



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
"CUIDADOS EN UN ADULTO MAYOR CON
ALTERACIONES EN LAS NECESIDADES BÁSICAS"

TESIS

294083

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

Edith Hernández Gómez

No. de Cuenta: 9562428-6



ASESORA:

LIC. MARGARITA CÁRDENAS JIMÉNEZ

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social



MAYO DEL 2001.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTADÍSTICA NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

DEDICATORIA:

**Gracias a Dios por multiplicar
mi fe, esperanza e ilusión de vivir,
convivir, sobrevivir para seguir preparándome
en el ámbito profesional.**

**Gracias por prestarme la vida
y hacer con su amor más fácil el camino.**

**Gracias por el regalo de la vida,
de tener la dicha de conocer a personas que
nos enriquecen con su sapiencia y que nos
invitan a ser mejores profesionalmente. Y
como seres humanos, para el cuidado de los
demás.**

**Gracias a Dios por caminar conmigo por hacer
con su amor, más fácil el camino.**

**Por el tiempo que me da y llenarme de su
espiritualidad y fe.**

Gracias.

INTRODUCCION

En las últimas décadas, nuestro país ha venido sufriendo un periodo de economía crítica que ha obligado a transiciones que han dejado un déficit en los satisfactores básicos de la sociedad, por lo que se han originado condiciones de vida muy problemáticas, a la que se ha sumado el gran deterioro ecológico condicionando así, en gran magnitud un vínculo determinante de riesgos a daños a la salud. La vida en el presente constituye una obligada exposición a emergencias y constantes nocivas causantes de enfermedad y de menoscabo de potenciales humanos que reclaman todo tipo de intereses de quienes atienden la salud.

A partir de 1990, con el incipiente crecimiento de la economía, paulatinamente se viene reforzando las acciones para el bienestar social y para la salud como componentes importantes de los mínimos de este bienestar, sobre todo si se reconoce que una población con mejores condiciones de vida podrá constituirse en pilar del avance y desarrollo nacional. Los programas y políticas de salud actuales están encaminados al logro de las metas nacionales que para este fin de siglo se orientan al aumento en la esperanza de vida, a la disminución de la mortalidad infantil y preescolar y a los índices de fecundidad; así como en general, a abatir los problemas de morbi – mortalidad, tanto los que en su mayoría son susceptibles de prevención, como aquellos que requieren de una atención curativa.

Con estos propósitos se avanza en la consolidación del Sistema Nacional de Salud (SNS), en la reordenación del criterio de atención profesional y la especialización por niveles progresivos. De este modo conforme a un esquema sectorizado, con la definición de la atención primaria como estrategia y de los mecanismos de referencia y contrarreferencia hospitalaria, se espera utilizar la infraestructura de cada sector y aumentar la calidad de los servicios que se ofrecen a los usuarios. con oportunidad, efectividad y la tan deseada calidez.

En este sentido cuidar la salud es ahora todo un vínculo de relaciones en el que los profesionales de la atención a la salud ofertan sus servicios a la demanda de cuidados que ofrece el SNS., como principal empleador de estos profesionales, por lo que se constituye en el mayor mercado de trabajo, en el que la capacidad profesional es objeto de remuneración y factor de negociación contractual, con la siguiente estratificación laboral. En todas las metas de salud se hace indispensable la práctica del profesional de enfermería, quien ha afrontado de manera corresponsable con otros profesionales el esfuerzo para que los servicios de salud respondan a las necesidades de la población demandante, tanto en salud pública como en la atención médica y asistencia social, buscando los cambios que se requieran como respuesta de un mayor compromiso social.

El papel de la enfermería ha sido significativo para muchos avances logrados en la atención a la salud. Ahora se hace urgente el cambio en la orientación de la práctica profesional hacia nuevas alternativas que ayuden a identificar y a valorar los modelos apropiados para la prestación de servicios de enfermería, considerando que la enfermedad ha dejado de ser solo una situación emergente, transitoria y de solución muy definida, para convertirse en la repercusión de toda una reorientación hacia la búsqueda del mejor equilibrio de las múltiples variables que inciden en la calidad de vida de cada individuo. Ejercer la enfermería, considerando a la salud como un bienestar integral es ahora una práctica enmarcada en una gran responsabilidad profesional que debe ser producto no solo de una formación académica de gran nivel.

Existen evidentes perspectivas de desarrollo profesional para lograr una enfermería con independencia para asumir su responsabilidad, como un profesional más que contribuye con su producción intelectual a resolver problemas de salud de nuestra población, modificando con ello las indicaciones laborales que hasta ahora se han dado; que en visión del futuro tiene gran importancia la decisión individual de cada enfermero (a).

Para optar por alternativas que le permitan la superación, y que en el mismo sentido su aportación debe conllevar a una decisión gremial y así proyectar acciones que mejoren la calidad profesional para los escenarios que serán el desafío en el siglo XXI, en la que se deberá ser profesional de mayor competencia técnica y científica y de mayor claridad de juicio para entender al ser humano en toda su dimensión biológica, afectiva y social, asumiendo responsabilidades de mayor grado de autonomía profesional, el cual se dará siempre con adquisición de conocimientos y con la capacidad y autoestima suficiente para constituirse en profesionales que proponen alternativas que den respuesta a las expectativas profesionales que se darán en un siglo nuevo de significativa transformación. Y así considerando la importancia de desarrollar este trabajo, a la vez hacemos visión a través de la historia de la enfermería para valorar los alcances logrados al correr de los años y plantear de manera objetiva la importancia de introducir en nuestra práctica diaria nuevos instrumentos que la faciliten, pero que además sirvan de soporte para el desarrollo y avance de las enfermeras, dando un sello a su calidad profesional.

Un proceso de enfermería ha sido para mí el gran reto, por demás placentero, además conociendo el nuevo enfoque metodológico que se empieza a difundir, dándome la oportunidad de valorar nuevamente la importante labor y desempeño de mi profesión. Es por ello que me avoque a realizar un proceso de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson, y la definición y clasificación de los diagnósticos de enfermería autorizados por la NANDA, describiendo cada una de las etapas del proceso cuya etapa final que es la valoración nos permite determinar si el plan ha dado resultados deseados.

Este proceso de enfermería basado en Virginia Henderson se aplicó a un adulto mayor con alteraciones básicas. En el cual se incluye cada una de sus etapas con descripción de las mismas, identificando las necesidades del cliente, el cual debería ser una herramienta en el quehacer profesional de la enfermera, facilitando los cuidados de mayor calidad, organizados y precisos.

I N D I C E

INTRODUCCION

I.- JUSTIFICACIÓN.....	1
II.- OBJETIVOS.....	2
III.- METODOLOGÍA.....	3
IV.-MARCO TEORICO.....	4
4.1.- Antecedentes de la enfermería.....	4 - 10
4.2.- Conceptualización de enfermería.....	10
4.2.1.- Persona.....	11
4.2.2.- Entorno.....	11
4.2.3.- Salud.....	11
4.2.4.- Cuidado.....	11
4.2.5.- Descripción de Enfermería.....	12 - 15
4.3.- Conceptualización de cuidado.....	15 - 18
4.3.1.- Antecedentes.....	15
4.3.2.- Concepción del cuidado.....	16 - 18
4.4.- Propuesta teórica de VIRGINIA HENDERSON.....	18
4.4.1.- Referencias y antecedentes personales de Virginia Henderson.....	18 - 29
4.4.2.- Postulado teórico del modelo de Virginia Henderson.....	30 - 47

4.5.- Proceso de enfermería.....	48
4.5.1.- Antecedentes históricos.....	48 - 51
4.5.2.- Etapas del proceso.....	52 - 88
4.6.- El proceso enfermero basado en Virginia Henderson.....	89 - 124
4.7.- Características del adulto mayor.....	124
4.7.1.- Concepción del adulto mayor.....	124 - 126
4.7.2.- Aspectos biológicos del adulto mayor.....	127 - 130
4.7.3.- Aspectos psicológicos del adulto mayor.....	131 - 132
V.- APLICACIÓN DEL PROCESO.....	133
5.1.- Resumen valorativo.....	133 - 138
5.2.- Jerarquización de las necesidades.....	139 - 141
5.3.- Plan de cuidados.....	142 - 147
5.4.- Registro de los cuidados.....	
5.5.- Evaluación de los cuidados.....	
5.6.- Plan de alta.....	148

VI.- CONCLUSIONES

VII.- SUGERENCIAS

BIBLIOGRAFÍAS

ANEXOS

I.- JUSTIFICACION.

La salud del ser vivo es uno de los valores más importantes en nuestro planeta tierra, ya que por ello es necesario la constante preparación sobre conocimientos Científicos – Técnicos – Metodológicos, de la persona que se dedica a proporcionar cuidados para la preservación y continuidad de la vida del ser humano.

El Proceso Enfermero se elige como base para la titulación, como secuencia del aprendizaje de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia. En el cual se observan las necesidades y se planean los cuidados de acuerdo a los lineamientos teóricos – metodológicos abordados en el seminario del proceso de enfermería.

Se lleva a cabo el proceso en una persona de edad adulta con alteraciones en las necesidades básicas de la vida. Determinando en función de los diagnósticos los cuidados de acuerdo al Modelo de Virginia Henderson, que define la conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados, configurando como un ser único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que tienen las catorce (14) necesidades básicas o requisito que debe satisfacer para mantener su integridad (Física y Psicológica) y promover su autocuidado para mejorar su calidad de vida y comportamiento con su entorno que lo rodea.

II.- OBJETIVO.

1.- Poner en práctica los conocimientos adquiridos, contemplando la situación en su conjunto y apreciar las necesidades reales del individuo sano o enfermo.

2.- Proporcionar atención integral a un adulto mayor con alteraciones en las necesidades básicas, a través del proceso enfermero, basado en el modelo de Virginia Henderson.

3.- Como pasante de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia, profundizar en todo lo relacionado al método enfermero, el cual se presenta como una opción para obtener la titulación.

III.- METODOLOGIA.

El presente trabajo es de acuerdo al nuevo enfoque en el método enfermero, aplicado a un adulto mayor que presenta alteraciones en las necesidades básicas, tomando referencias en el seminario del proceso de enfermería; donde se adquiere nuevos conocimientos teóricos metodológicos básicos necesarios, además revisando bibliografías de gran interés, investigando diversas teorías y métodos de manera exhaustiva; elaborando posteriormente fichas de resumen analíticas y textuales que facilitan información y uso empleados en la elaboración del marco teórico.

Este proceso se lleva a cabo en el domicilio y entorno familiar del adulto mayor, cuyo domicilio se localiza en Avenida Aristóteles # 222, Fraccionamiento Atenas, de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, del Estado de Chiapas, realizándose del 4 de Junio al 8 de Julio del año 2000, de lunes a viernes, trabajando de dos a tres horas diarias, sumando un total de 46 hrs. Trabajando en conjunto con el cliente y la familia, determinando las necesidades del cliente y de acuerdo a cada observación se centra el proyecto de trabajo, el cual se le explica ampliamente y estando de acuerdo y contando con la colaboración se realiza los interrogatorios correspondientes y se recopilan datos importantes; los cuales sirve para analizar, complementar, planear y realizar cuidados de atención integral personalizados, además se complementa con la evaluación, observando la autoestima del cliente para continuar mejorando el estado de salud; aceptando sus problemas y necesidades con conocimiento previo, llevando así la continuidad de la superación del problema con el apoyo de los integrantes de la familia.

Todas las acciones que se llevaron a cabo fueron de acuerdo a las necesidades de la persona en función de cada diagnóstico de enfermería en el cual se llega a una conclusión y evaluación en la cual nos permitió estrechar la relación con la familia.

IV.- MARCO TEORICO.

4.1.- ANTECEDENTES HISTORICOS DE ENFERMERIA.

La enfermería no determina por si sola su práctica, depende de las políticas de salud y de la evolución de la humanidad, de los avances tecnológicos, de las dimensiones que alcanzan los regímenes políticos y burocráticos; además del tiempo y espacio en que se desarrolle. Desde los primeros tiempos se reconoce la figura de la enfermera como la persona que proporciona ayuda al enfermo, a los niños y a los recién nacidos. Antes de la era Cristiana (1500 D.C.), eran las mujeres encargadas de prestar atención al enfermo en el hogar. Mas tarde las ordenes monásticas se ocuparon de ésta actividades integrándolas en sus actividades normales.

La primera orden de enfermería fue, la de las Hermanas Agustinas, fundada en la edad media. Antes de la reforma protestante del siglo XVI, los hospitales se organizaban bajo la dirección de la Iglesia Católica. A partir de la reforma, a principios de 1517 el interés por la iglesia disminuye en gran medida, esta crisis provoca el nacimiento del llamado " Periodo Oscuro " de la enfermería; los hospitales eran lugares insalubres, oscuros y denigrantes. En este periodo no se necesitaba ninguna formación especial para ejercer como " Enfermera " y la jornada laboral era de entre 12 y 40 horas consecutivas, este periodo oscuro finalizó a mediados del siglo XIX (Kozier, 1993).

La reforma llegó con la aparición de la enfermera Británica, Florence Nightingale, durante la guerra de Crimea (1854 – 1856). Los esfuerzos de Florence Nightingale, lograron que la enfermería se convirtiera en una profesión respetada; además destaca la fundación de la Escuela de Enfermería en el St. Thomas Hospital de Londres, El primer centro que desarrolló un programa de formación para enfermeras. Colaborando en la primera organización de atención domiciliaría.

En Norteamérica, la creación de los servicios de enfermería y salud, fue antes de la revolución americana (1775 – 1783). Al final del año 1800, se produjo una rápida reforma de los servicios de enfermería en Estado Unidos y Canadá; poniéndose en marcha escuelas de enfermería con planes y programas de formación adecuados. De ellas salieron gran número de enfermeras, las primeras líderes de la profesión; reconocidas como Isabel Hampton Rovv, Mary Adelaide Nutting, Mary Agnes Snively, Linda Richard y Mary Mahoney, a quien se le considera la primera enfermera de color (Kozier, 1993).

A finales del año 1800 entre las enfermeras surge la necesidad de organizarse, especialmente en Inglaterra, Estados Unidos y Canadá. En 1894, se creó Matron´s Council de Gran Bretaña e Irlanda.

Estados Unidos y Canadá, crearon la American Society of Superintendents of Training Schools for Nurses.

En 1908 se fundó la National Association of Colored Graduate Nurses, referido a un grupo de enfermeras que opinaban que una organización de profesionales podría llegar muy lejos en lo que se refiere a la enfermería y sus intereses. De estas organizaciones surgieron otros grupos a nivel nacional.

En 1973 Linda Richards, considerada la primera enfermera norteamericana graduada en el New England Hospital for Women and Children Training School de Boston. Creó hospitales y escuelas de salud mental, fundó la primera escuela en Japón, posteriormente aparece Harriet Newton Phillips, la primera en alcanzar un postgrado y pionera de la salud pública en América. En 1908 nace la Asociación de Enfermería en Colorado, fundada por un grupo de enfermeras que sintieron que una asociación defiende la causa de la enfermería así como sus propios intereses.

La tendencia general desde la creación de las primeras organizaciones de enfermería en 1980, hasta el final de la primera guerra mundial fue la rápida expansión de hospitales y de escuelas de enfermería, adoptando la formación de tres años, pero la aceptación de la jornada laboral de 8 horas diarias, fue la más problemática.

En 1920 el sistema educativo basado en los hospitales se criticó abiertamente, cuestionándose la efectividad de la enfermera como educadora; visión de esto, se inicia con la impartición de cursos especiales de preparación para la docencia en el Teacher's College, en la Universidad de Columbia de Nueva York, además de proyectos de educación y salud pública, debido a la epidemia de gripe que azoto al país y al desarrollo de nuevos campos de la profesión, que incluían los principios sanitarios a los individuos, comunidades y familias (Kozier, 1995).

En los años 20's, el Rockefeller Survey (Comités for Study of Nursing Education), propuso la superación de las escuelas de enfermería de los hospitales y la educación de este a un nivel universitario; como resultado se crearon dos escuelas universitarias de enfermería, una en la Universidad de Yale, New Haven, Connecticut y otra en la Wester Reserve University, Cleveland, Ohio. El objetivo de esta experiencia nueva fue comprobar si era posible la compaginación de estudios teóricos con prácticas en hospitales, de acuerdo a las necesidades de los estudiantes; se enfatizó en el bienestar social y aspectos sanitarios concernientes a la enfermería, ambas escuelas demostraron la efectividad de los modelos universitarios en esta disciplina.

Otro de los logros fue la realización práctica de una propuesta de la National League for Nursing Education, el replanteamiento de los estudios en enfermería para conducirlos hacia la graduación (1926 – 1934), se creía que la graduación establecería las bases docentes en las escuelas. Este fue el comienzo de la acreditación que ahora practica la National League for Nursing. Durante este periodo, el concepto de enfermería clínica se afianzó.

En 1933 se reconoció la necesidad de " Expertos en el arte de la enfermería y especialistas de la rama clínica " (Stewart, 1933). Este concepto visto por muchos como un nuevo campo de enfermería, fue discutido por los líderes de esta profesión, entre los años de 1933 y 1940. A principios de 1940, se hizo hincapié en favor de las especialidades clínicas para los profesionales de las escuelas y universidades. Los programas avanzados desarrollaban especialidades en las ramas de administración, docencia, salud pública y supervisión, dejando a un lado las especialidades clínicas; esta últimas surgieron después de la guerra. En 1946, en los Estados Unidos; los programas de enfermería aportaban mayores contenidos clínicos; en la actualidad la enfermera clínica especialista es una licenciada de un programa master o de doctorado en enfermería con una especialización clínica. Siendo responsables de sus conocimientos y competencia clínica y de la mejoría en la calidad de los cuidados de enfermería y la calidad de la organización del aprendizaje y la investigación.

La enfermería ha cambiado en todas las áreas, los programas de educación han avanzado rápidamente y también en una amplia gama de servicios de enfermería comunitarios y hospitalarios, a través de estos cambios, la enfermería ha continuado aportando un servicio estable de ayuda a la gente (Kozier, 1993).

La participación en las asociaciones de enfermería refuerza el crecimiento del profesional y ayuda al colectivo, tanto en lo que se refiere a la práctica como a la política sanitaria.

La enfermería en la universidad.- Entrar a la universidad, permite a las enfermeras salir del espacio unidimensional del hospital – escuela y liberarse de la uniformidad de los modelos sociales que produce, para descubrir la polivalencia de las corrientes del pensamiento, su diversidad, su contradicción, su oposición, así como las diferentes opciones sociales, económicas y políticas que la sustentan.

La enseñanza superior es profesionalismo e investigación y estará integrada por funciones:

- a).- Transmisión de cultura.
- b).- Enseñanza de las profesiones.
- c).- Investigación científica y educación de nuevos hombres de ciencia.

Las asociaciones de enfermeras constituyeron un aporte de incalculable valor histórico en el análisis de la identidad profesional.

El consejo internacional de enfermeras creado en 1899, es la más antigua de las organizaciones internacionales para profesionales. Fundado por Mrs. Bedford Fenwick en colaboración con líderes de la enfermería de numerosos países. En 1990 se aceptaron los estatutos del consejo y la primera reunión se celebró en la exposición mundial de Búfalo (Nueva York en 1901), por lo tanto es una asociación cuyos objetivos son proporcionar un medio de documentación, entre las enfermeras de todos los países; para discutir sobre los aspectos ligados al desarrollo de la profesión de la enfermería, así como mejorar las condiciones de trabajo.

La ANA es la organización profesional de las enfermeras registradas en los Estados Unidos, sus objetivos es defender unos niveles elevados para la práctica de la enfermería.

En 1973, Gebbie y Lavin, fundaron la National Conference Group the Classification of Nursing Diagnosis, con el objetivo de identificar, desarrollar y clasificar los diagnósticos de enfermería, para analizar la naturaleza de la misma y dotarla de un lenguaje preciso, común y propio. En la V Conferencia en 1982 se creó la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), cuyo objetivo es el desarrollo y perfeccionamiento de los diagnósticos de enfermería y la formación de una taxonomía diagnóstica propia.

La Asociación Mexicana de Enfermeras (AME) nació en 1947 con el propósito de lograr el mas alto nivel para las enfermeras de este país.

La reflexión sobre la ciencia debe empezar por la búsqueda de los principios propios a cada ciencia (Aristóteles). Es decir de los términos universales que son el objetivo de dicha disciplina (el objetivo de la enfermería).

Es preciso tomar conciencia de la situación epistemológica de la enfermería y de las prescripciones de la filosofía de la ciencia. En la confrontación de estos atributos con la realidad, nos daremos cuenta de la situación actual del proceso de construcción disciplinaria en la que se haya la enfermería.

Las concepciones teóricas de las enfermeras del siglo XX surgen de la necesidad histórica de proporcionar a la enfermería un estatuto disciplinario desde las prescripciones de la filosofía de la ciencia (Compil. Bernal B, María, 1998).

La enfermería ha incrementado el conocimiento público de su misión y disfruta la confianza pública, la imagen de la enfermería como servidumbre del médico continúa impregnando el punto de vista del público. Ahora y en el futuro la tarea es cambiar esta imagen pública para incluir el concepto de autonomía y equidad de categoría con otros grupos profesionales. Así entrar a una profesión, se compromete al desarrollo de actitudes y respuestas características, incluso a vestir un atuendo aceptable, como es el uniforme de enfermeras, que lo distingue de otros trabajadores ocupacionales (Margaret M. Noloney, 1986).

El nivel educacional básico de enfermería, logra el status universitario y con ello se eleva el status profesional, social, económico y es un factor o fuente de poder. Poniéndolo a la práctica y demostrándolo con la excelencia y efectividad del servicio que recibe la persona, la comunidad.

Como enfermeras tenemos la capacidad de influir sobre otros y no desaprovechar las habilidades políticas para hacerse oír y obtener el respeto de quienes tiene el poder político e influenciar en las decisiones técnicas que afecten o favorezcan el sistema educativo de enfermería, la asignación de recursos económicos, el marco legal para la práctica, las condiciones de trabajo y los aspectos socioeconómicos de las enfermeras.

La fuente de poder que se ha identificado en enfermería son su carisma, el conocimiento, la calidad de su servicio, el aspecto económico, el número de profesionales y el número de personal de enfermería (Revista de enfermería, 1988).

4.2.- CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERIA.

La conceptualización ha evolucionado y podemos entrever como cambiará la profesión en los últimos años, ya que vivimos en una sociedad variable; entendiendo el presente de la enfermería y prepararla para el futuro y valorando su pasado, la práctica actual y los factores sociológicos e industriales que la afectan.

La enfermería es en esencia, una disciplina práctica; aunque la calidad de la misma depende de las actitudes, conocimientos y las capacidades para un cuidado efectivo; las / os enfermeras saben como actuar, tomando decisiones y una experta utilización de los conocimientos (Hinchliff, Susan M. 1993).

Doris Grispun en su ponencia " Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico " propone una definición de enfermería diciendo que " Enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y compresivo, en el cual la enfermera junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud, enfatizando que la esencia de la enfermería reside en la habilidad de vincularse con las personas en el contexto de su meta.

Paradigma de enfermería: Persona, entorno, salud y enfermería, siendo difícil en su definición.

4.2.1.- Persona: El hombre es una totalidad " Es un campo de energía pandimensional, irreductible, indivisible que se identifica a través de un modelo y que manifiesta características que son específicas de su totalidad y no pueden predecirse a partir del conocimiento de sus partes ". Mezcla dinámica de interrelaciones entre factores fisiológicos, socioculturales, evolutivos y espirituales.

4.2.2.- Entorno: Es el contexto en que vivimos nuestras vidas, todo lo que nos rodea, escenario en el que participamos activamente. Es el conjunto de factores internos y externos que rodean o interactúan con el hombre, aspectos físicos, ecológicos, sociales, igual que la visión del mundo y todo factor que tenga una influencia sobre el estilo de vida de la persona.

4.2.3.- Salud: Es el estado fugaz y dinámico influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales; utilizados con el fin de prevenir y conservar el bienestar de un individuo o grupo, ejecutando actividades cotidianas, que mantiene la integridad de las personas, tanto en el entorno externo como en el interno; a través de su capacidad adaptativa. Es la situación en la cual todas las partes y subpartes se encuentran en armonía con el individuo en su totalidad (Suzanne, 1996).

4.2.4.- Cuidado: Puede entenderse como las acciones que se desarrollan para mantener la vida o como lo describe Collere; cuidar es un acto de vida, para que esta pueda persistir, el cuidar representa un conjunto de actos que tiene por finalidad mantener la vida de los individuos (comp. Teorías y Modelos, UNAM. 1988).

DESCRIPCION DE ENFERMERIA

Florencia Nigthingale en 1860 define a la enfermería diciendo que era: " La actuación de la enfermera sobre el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación ". Es decir contando con un ambiente limpio, ventilado y tranquilo para recuperar la salud. A más de cien años de distancia, su concepto sobre la enfermería con visión sobre el entorno sigue siendo vigente.

Se desarrollan conceptos o definiciones de algunas teorías referentes a la enfermería: Se dice que la enfermería es inquieta, adaptativa, individualizada, holística, conexiona la familia y la comunidad que incluye la enseñanza y servicios directos / indirectos y que es una ciencia, así como un arte que tiene relación con la promoción de la salud, mantenimiento, restauración y cuidado del moribundo, todo ello conlleva a delimitar a cada una de las teorías.

Hildegard Peplau (1952), Enfermera psicodinámica.-

Un proceso significativo, terapéutico, interpersonal, funciona conjuntamente con otros procesos humanos que posibilitan la salud de los individuos en las comunidades, un instrumento educativo, una fuerza de ayuda a empujar a las personas hacia la creatividad, la construcción, la productividad, la personalidad y la vida comunitaria.

Faye Abdeilah (1960), 21 Problemas de enfermería.-

Servicio a los individuos y familias, además a la sociedad, un arte y una ciencia que moldean las actitudes, las competencias intelectuales y las experiencias técnicas de la enfermería dentro del deseo de ayudar a las personas sanas o enfermas, cubriendo sus necesidades de salud. Puede llevarse a cabo bajo la dirección médica general o específica.

Virginia Henderson (1960), 14 Necesidades básicas.-

La única función de la enfermera: ayudar a los clientes, sanos o enfermos; en el desarrollo de aquellas actividades que contribuyen a su salud, su recuperación, o a la muerte tranquila, actividades que se realizarían sin ayuda si tuvieran la fuerza, el deseo o el conocimiento necesarios. Todo esto de manera que se ayude a los clientes a recuperar su independencia lo más rápido posible.

Martha Rogers (1970), La unidad de los seres humanos, un campo de interés.-

Una ciencia humanística dedicada al compromiso, con el mantenimiento y la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención para rehabilitar al enfermo e incapaz. La enfermería busca promover la interacción armoniosa entre el medio y la persona, fortalecer la coherencia e integridad de los seres humanos y dirigir los modelos de interacción entre la persona y el medio para el logro de una máxima salud.

Myra Levine (1973), 4 Principios de conservación.-

Una interacción humana; una disciplina arraigada en la dependencia orgánica del individuo en relación con otros seres humanos. Una subcultura que refleja las ideas y valores únicos para las enfermeras, incluso aunque los valores reflejan el modelo social que las ha creado.

Dorothy E. Jonson (1980). Teoría del logro de metas.-

Una fuerza reguladora externa que preserva la organización e integración del comportamiento de los clientes en un nivel óptimo, bajo aquellas condiciones en las que la conducta constituye una amenaza a la salud física o social, o en la que se encuentra la enfermedad.

Imogene King (1971 – 1981). Teoría del logro de metas.-

Una profesión de apoyo que ayuda a los individuos y grupos sociales a obtener y restaurar la salud. Si esto no es posible, las enfermeras ayudarán a los individuos a morir con dignidad. La enfermería percibe, piensa, relaciona, juzga, actúa frente a frente ante la conducta de aquellos individuos que implican una actuación sanitaria, una situación de enfermería constituye el ambiente y la realidad espacial y temporal en la que la enfermera y el cliente establecen una relación para luchar por los estados de salud y ajustar cambios en las actividades de la vida diaria, si la situación lo requiere. Es un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción por el cual enfermera y cliente participan de sus propias percepciones en esta situación.

Sor Callista Roy (1976 – 1984). Teoría de la adaptación.-

Un sistema teórico de conocimiento que prescribe un proceso de análisis y acción del enfermo o con la persona potencialmente enferma. Como una ciencia, la enfermería es un sistema desarrollado de conocimiento sobre las personas para observar, clasificar y relacionar los procesos por los cuales las personas afectan positivamente a su estado de salud. Como disciplina práctica, que es el conjunto de conocimientos científicos de la enfermería, se emplea para ofrecer un servicio esencial a las personas y promover aquello que afecta a la salud positivamente.

Bette Neuman (1982). Teoría sistemática.-

Una profesión única que se preocupa por todas las variables que afectan a la responsabilidad de los individuos que son intra, inter y extra personales por naturaleza. El interés de la enfermería es prevenir la tensión o tras la tensión, proteger la estructura básica del cliente y obtener o mantener el nivel de bienestar máximo. La enfermería ayuda al cliente a través de formas de prevención primarias, secundarias, y terciarias, a adaptarse a la tensión ambiental y a mantener su estabilidad.

Madaleine Leininger (1984). Teoría de atención transcultural.-

Un arte humanístico aprendido y una ciencia que se enfoca en los comportamientos personalizados (individuales o en conjuntos), en las funciones y en los procesos dirigidos hacia la promoción y mantenimiento de la conducta para la salud y hacia la recuperación en la enfermedad. Los comportamientos tienen un significado físico, psicocultural y social para aquellos seres, asistidos generalmente por una enfermera profesional o una de similares competencias.

Dorotea Orem (1985). Teoría de autoasistencia.-

Un servicio de ayuda o asistencia a las personas que son total o parcialmente dependientes, niños, adolescentes y adultos, cuando ellos, sus padres, tutores u otros adultos responsables de su cuidado no son capaces de darles o supervisar esta atención. Un esfuerzo creativo de un ser humano para ayudar a otros seres humanos. La enfermería es una acción deliberada, una función de la inteligencia práctica de las enfermeras y una acción sobre la condición humana de las personas y el medio ambiente, se distingue de otros servicios humanos y de otras formas de atención por centrarse en los seres humanos (Kozier, 1993).

4.3.- CONCEPTUALIZACIÓN DE CUIDADO.

4.3.1.- Antecedentes

Un acto de liberación social, cuando la mujer decide defender una justicia social, impuesta por el Cristianismo, ya que toda mujer consagrada era aquella que dedicaba a Dios, entregándose a sus obras. Las múltiples invasiones, peregrinaciones y las cruzadas dieron vida a las grandes ordenes hospitalarias militares, siendo la población esencialmente rural que conserva sus propias prácticas curativas. Las mujeres ejercen actividades curativas en las iglesias y hospitales, así nacieron agrupaciones de mujeres como las Beguinas; las cuales prodigaban cuidados entre los humildes y pobres.

La aplicación de cuidado a pesar de la revolución y evolución financiera son gratuitos, ya que las mujeres consagran su tiempo a los cuidados, por la estética y el manejo más pasivo y menos brusco que los hombres. Teniendo una estimación monetaria antes de la mitad del siglo XX. Las mujeres desde que nacen están al pendiente del cuidado y al servicio de todo lo que es vida y desarrollo, sin embargo teniendo barreras en la era del cristianismo para desarrollarse en sus prácticas (COMP. Textos de Filosofía y Filosofía de Enfermería, 1998).

4.3.2.- Concepción del cuidado.

Cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo permitir que la vida continúe y se desarrolle, de ese modo luchar contra la muerte: La muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie.

Durante miles de años los cuidados se consideraron actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida y la del grupo, no siendo propios de un oficio, menos de una profesión.

El cuidado o los cuidados es lo que ha asegurado a la humanidad la continuidad de la vida, del grupo y de la especie; permitiendo mantener las funciones vitales (Colliere, 1996).

Cuidar es acompañar las grandes etapas de la vida, la naturaleza de los cuidados dependerá de la finalidad para prolongar y asegurar la vida; despertando y desarrollando las capacidades físicas, afectivas, mentales y sociales del individuo y así logrando la continuidad de la vida. Los cuidados tienen dimensiones y efectos físico – biológicos y socio – afectivas, cuidar es permitir nacer... y renacer a la vida.

Los cuidados de enfermería es parte de un arte creativo un conocimiento de los instrumentos, mostrando su elaboración, su creación, la justificación de su utilización apropiada y de la manera de servirse de ella. La técnica corresponde únicamente a la forma de utilizar tal instrumento, siendo un procedimiento que es objeto de aprendizaje y crea un saber hacer, determinando la práctica profesional que orientan y que ayudan a identificar las técnicas para emplearlas con conocimientos.

Los cuidados, y entre ellos los cuidados de enfermería han recurrido a tecnologías diversas, siendo las principales como hemos visto previamente todas aquellas que sirven para el mantenimiento de la vida: Cuidados habituales de higiene, alimentación y de relajación de apariencia. Estos cuidados han estado siempre acompañados de una relación de base indisociable del acto de cuidar, uniéndose instrumentos y técnicas de curación cada vez más complejas.

El cuerpo en sí ha sido el primer instrumento usado por una persona que presta cuidados y sigue siendo el instrumento principal de los cuidados de enfermería, en el sentido de que es el vehículo, el mediador de los cuidados, de ahí la necesidad de volver a descubrir las propiedades del cuerpo: Energéticas, Propioceptivas, térmicas, mecánicas, etc. propiedades desarrolladas o inhibidas que se traducen en mecanismos de defensa bio-psico-efectivos o en reacciones de empatía. El cuerpo es instrumento privilegiado del cuidado, no es tan solo mencionar los sentidos, sino también redescubrir la sensibilidad, después del cuerpo principal vehículo de los cuidados debemos tener en cuenta:

- Las tecnologías relacionadas con los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida.
- Las tecnologías para la curación.
- Las tecnologías de información.

La historia de enfermería, instrumento fundamental de coherencia y de continuidad de los cuidados, es la expresión de la evolución del proceso de la prestación de cuidados. Recogiendo las bases de un proyecto de cuidados establecidos a partir de un tipo de problema de orden físico, psíquico o efectivo que se le plantean al enfermo por su enfermedad o por las distintas deficiencias que esta produce, así como la naturaleza de los cuidados que requieren: Cuidados para el mantenimiento de la vida, para la curación (exploración, tratamiento), datos sobre el tiempo, duración del proyecto, frecuencia de los cuidados (Colliere, 1996).

Para Colliere los cuidados son universales y se relacionan con dos grandes momentos de la vida, que son el nacimiento y la muerte; considerados el primer arte de la vida y de ahí la importancia de los cuidados de la vida.

La gestión de los cuidados enfermeros emerge de las consideraciones precedentes sobre las concepciones y el centro de interés de la disciplina enfermera. La gestora guía su actividad a partir de los conocimientos extraídos de las ciencias de la organización de la gestión, de la economía y de la política.

Las teorías y los principios inherentes a esta disciplina, son pues necesarios para la práctica administrativa en cuidados enfermeros (Suzanne, 1996).

4.4.- PROPUESTA TEÓRICA DE VIRGINIA HENDERSON.

4.4.1.- Referencias y antecedentes personales de Virginia Henderson.

Virginia Henderson nació en 1897, en Kansas City. Missouri, pasando su infancia y adolescencia en Virginia, acompañando a su padre que era abogado en Washington, D.C.

Durante la primera guerra mundial, Henderson desarrolló su interés por la enfermería; en 1918 ingresó a la Army School of Nursing de Washington, D.C., Se graduó en 1921, aceptando un puesto de enfermería en el Henry Street Visting Nursing Service de Nueva York. En 1922 inició su actividad como profesora de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia, cinco años después ingresó al Teacher's College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los estudios de B.S. y M.A. en formación de enfermería.

En 1929, trabajó como supervisora de enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. En 1930 vuelve al Teacher's College como miembro de la Facultad, impartiendo cursos sobre el proceso analítico en enfermería y sobre el ejercicio profesional hasta 1948.

Henderson tiene en su haber un a larga carrera como autora e investigadora, durante su estancia en el Teacher's College. Rescribió la cuarta edición de la obra de Berta Harmer, Textbook of the Principles and Practice of Nursing, tras la muerte de la autora, siendo publicada esta edición en 1939. La quinta edición de este libro de texto se publicó en 1955 y contenía la definición de Henderson sobre la enfermería (Marriner, 1996).

Henderson trabajó en asociación con la Universidad de Yale desde el inicio de la década de los cincuenta, desarrollando una gran labor de investigación sobre enfermería a través de esta asociación. Desde 1959 a 1971, dirigió el Nursing Studies Index Project, patrocinado por Yale.

El Nursing Studies Index fue elaborado en cuatro volúmenes comentados que ordenaban la literatura bibliográfica analítica e histórica de enfermería desde 1900 a 1959. Junto con esto Henderson elaboró como autora o participó como coautora en varios trabajos importantes. Su folleto Basic Principles of Nursing Care, fue publicado en 1960 por el International Council of Nurses, siendo traducido a mas de veinte idiomas.

La colaboración de Henderson como Leo Simmons durante cinco años, dio como fruto una revisión de la integración nacional en enfermería, publicada en 1964.

El libro *The Nature of Nursing* se publicó en 1966 y en él describía su concepto de la fundación única y primaria de la enfermería. Ha sido reeditado en 1991 por la *National League of Nursing* publicada en 1978, fue elaborada conjuntamente con Gladis Nite, siendo editado por Henderson. Este libro de texto se ha tomado como referencia para los planes de estudio de muchas escuelas de enfermería, habiéndose traducido a más de 25 idiomas.

Durante la década de los 80's Henderson permanece en activo como investigador emérito asociado en Yale. Su influencia y los logros conseguidos en la profesión de enfermería le han reportado al menos 9 investiduras como Doctor Honoris Causa y el primer premio *Christiane Reimann*.

Henderson ha recibido el premio *Marie Adelaide Nutting* de la *US National League of Nursing*, fue socia honoraria de la *Association of Integrate an Degree Courses in Nursing* de Londres y socia honoraria del *Royal College of Nursing* de Inglaterra. En 1983 recibió de *Sigma Theta International* el premio *Mary Tolle Wrigth Founders a la Dirección*, uno de los mayores galardones de esta sociedad honorífica.

En la convención de la *American Nurses Association*, recibió una mención honorífica especial por las contribuciones que ha realizado durante toda su vida a la investigación, formación y desarrollo profesional de la enfermería. La *Biblioteca Internacional Informatizada de enfermería de Sigma Theta Lau International* lleva el nombre de *Virginia Henderson*, en su honor. (*Marriner, 1996*).

4.4.2.- Postulados teóricos del modelo de Virginia Henderson.

Definición de la función propia de enfermería.-

La corriente de pensamiento de Virginia Henderson y la manera de ver el comportamiento de la enfermería en su época le llegó a causar insatisfacción, por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Además cuando revisó bibliografías existentes en aquellos años, sobre enfermería; se dio cuenta de que los libros que pretendían la formación de las enfermeras, no definían las funciones, además no establecían principios para la práctica de la profesión. La cristalización de sus ideas se publicó en 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, en el que define la función propia de la enfermería.

“ La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a la muerte serena). Actividades que realizaría por si mismo, si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible “ (Suzanne, 1996).

Los conocimientos intelectuales y prácticos de la enfermera es general y tiene propósitos intelectuales, con disciplina. Lo cual hace que el modelo conceptual guíe la práctica, la investigación, la formación y la gestión de los cuidados, clarificando la contribución o razón de ser enfermeras y el objetivo del servicio que se presta a la población.

Este modelo hace una propuesta teórica, que parte de cuatro conceptos principales y subconceptos.

La persona y sus 14 necesidades básicas.-

Persona: Ser humano único y complejo, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas que debe satisfacer para mantener su integridad (Física y Psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento; teniendo la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de la vida (Fernández, 1995).

- Necesidad de oxigenación
- Necesidad de nutrición e hidratación
- Necesidad de eliminación
- Necesidad de moverse y mantener una buena postura
- Necesidad de descanso y sueño
- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
- Necesidad de termorregulación
- Necesidad de higiene y protección de la piel
- Necesidad de evitar los peligros
- Necesidad de comunicarse
- Necesidad de vivir según sus creencias y valores
- Necesidad de trabajar y realizarse
- Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas
- Necesidad de aprendizaje

La salud, independencia / dependencia y causas de la dificultad.-

Salud: Es la capacidad que posee una persona para satisfacer de manera independiente las catorce necesidades fundamentales, en toda su complejidad, manteniendo la integridad de la persona (Suzanne, 1996).

Independencia: Es la capacidad de las personas para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia: Considerada como la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades o las actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades. Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia de acuerdo con los componentes específicos de la persona (Biofisiológicos, Psicológicos, Socioculturales y Espirituales).

Las causas de la dificultad: Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, las cuales se agrupan en tres posibilidades:

Falta de Fuerza.- Se entiende por fuerza, no solo a la capacidad física o habilidades mecánicas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación determinado por el estado emocional, estado de funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

Falta de conocimientos.- En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles (Fernández, 1995).

Falta de voluntad.- Incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Es importante señalar que estas tres causas o algunas de ellas, puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente; aspectos que deberán tomarse en cuenta y valorados para la planificación de las intervenciones de enfermería.

El tipo de actuación (Suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

ROL PROFESIONAL, CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA Y EQUIPO DE SALUD

Rol profesional de enfermería.- El objetivo de la profesión enfermera es conservar y reestablecer la independencia del cliente de manera que pueda satisfacer por si mismo sus necesidades fundamentales, interviniendo en completar, reemplazar, sustituir, añadir, reforzar y aumentar la fuerza, la voluntad o el conocimiento de la persona, dirigiendo su atención a la zona de dependencia o a la fuente de dificultad, tratando de suplirla y ayudarle a mantener su integridad con la participación conjunta del equipo de salud que comparte el entorno del cliente (Suzanne, 1996).

Entorno.- Factores que actúan de forma positiva o negativa.

Los cuidados básicos se conceptualizan como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

Henderson dice "...éste es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla; en el que es dueña de la situación..." (Fernández, 1995).

Los cuidados básicos están en estrecha relación con las necesidades básicas. Henderson afirma que los " Cuidados básicos de enfermería se derivan del análisis de las necesidades humanas "; son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes, sin embargo varían frecuentemente porque cada persona tiene una manera especial de interpretar estas necesidades. En otras palabras, la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona, de esto surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Henderson realizó un análisis de la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinario "...en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitar sufrimiento en la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir del otro, actividades que obstaculicen el desempeño de su función propia.

Con relación al paciente, Henderson afirma "...Todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden, como la figura central y comprender que primordialmente su función misión consiste en " Asistir " a esta persona. Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él y para él, ni coopera en su desarrollo, se perderá gran parte de los esfuerzos del equipo. Es decir, que el usuario es visto como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

Entorno: En este aspecto se ha criticado a Henderson, el hecho de no incluir el concepto, en el cual algunas veces lo menciona de forma implícita y en otras ocasiones explícitamente. La importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, Grupo, Factores Ambientales) es relevante para la valoración de las 14 necesidades básicas y la planificación de los cuidados (Fernández, 1995).

El modelo de Henderson puede ser aplicable a todas las etapas del proceso de enfermería. En las etapas de valoración y diagnóstico, sirve de guía en la recolección de datos y en el análisis y síntesis de los mismos: en esta etapa se va a determinar el grado de independencia / dependencia para satisfacer las 14 necesidades y la interrelación entre estas, así como la definición de los problemas y la relación que existen con las causas de dificultad identificadas (Fernández, 1995).

A continuación se presenta una estructura analógica de diagnóstico del modelo Henderson y la NANDA.

MODELO HENDERSON

NANDA

Definición del problema de dependencia → Etiqueta diagnóstica de la NANDA

Datos de dependencia → Características definitorias mayores y menores

Causas de la dificultad

(Fuerza, crecimiento, voluntad) → Factores relacionados/ contribuyentes

En las etapas de PLANEACION Y EJECUCIÓN, se formulan objetivos de independencia, en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección de la forma de intervención, adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería, implicando al individuo en su propio cuidado. Estos criterios serán los que guiaran la etapa de ejecución (Fernández Ferín, 1995).

Siguiendo el modelo de Virginia Henderson, los objetivos deberán fijarse como metas a alcanzar por el paciente, en términos de independencia, en relación con sus condiciones particulares como persona. En el caso de detectarse un problema interdependiente, los objetivos se describen como metas a alcanzar por las enfermeras, encaminados a informar signos y síntomas de complicaciones potenciales de dichos problemas y en llevar a cabo acciones preventivas ante dichos problemas.

Después de haber formulado los objetivos, se debe decidir si el modo de intervención que se va a planificar debe ir encaminado a la ayuda o suplencia total o parcial, es decir, si las acciones solo las realizará la enfermera o bien en conjunto con el cliente y/o la familia. Estas actividades irán encaminadas a reforzar, aumentar, sustituir, añadir o completar la fuerza, voluntad, conocimientos que hacen falta al cliente.

En la etapa de EVALUACIÓN, el modelo nos ayuda a determinar los niveles de independencia mantenida y/o alcanzados, ya que Henderson señala que nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia para satisfacer sus propias necesidades lo más pronto posible, de acuerdo a sus propias necesidades y recursos (Fernández, 1995).

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS

La valoración de las catorce necesidades básicas pretende ayudar a la identificación de las manifestaciones de independencia y dependencia, satisfacción de las mismas. Consiste en una serie de indicadores a observar de manera directa o indirecta al igual que una serie de preguntas que en términos generales deberían hacerse para valorar cada necesidad, adecuándolas según la persona y su situación.

Existen algunos aspectos que deben ser comentados de manera especial:

- Lo referente al aparato circulatorio se ha incluido en la " necesidad de oxigenación ".
- El dolor se ha considerado en la " Necesidad de reposo y sueño ".
- Lo referente al autoconcepto y autoestima están incluidos en la " necesidad de evitar peligros ".
- Respecto a los patrones de sexualidad de la persona, se han incluido en la " necesidad de comunicarse ".
- Lo relativo a los aspectos de interdependencia del ser humano están contenidos en la " necesidad de comunicarse ".
- Los mecanismos de afrontamiento de la persona se contemplan en todas y cada una de las necesidades.
- La ansiedad / estrés se incluyen en todas las necesidades, al preguntar como influencia su estado de ánimo en la satisfacción de las distintas necesidades.

Existen valores que influyen la satisfacción de las necesidades, ya que ellos son los que individualizan su esencia y permiten identificar los valores adecuados en su satisfacción desde la unicidad de la persona.

Por una parte están los biofisiológicos, que hacen referencia a las condiciones genéticas de la persona y el funcionamiento de sus aparatos, sistemas u órganos de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y estado general de salud, los factores psicológicos hacen referencia a sentimientos, pensamientos, emociones, inteligencia, memoria, psicomotricidad, estado de conciencia, sensopercepción y habilidades individuales y de relación (estrategias o habilidades de afrontamientos). Por último los aspectos socioculturales que hacen referencia al entorno físico de la persona (Próximo o más lejano) y los aspectos socioculturales que están influenciando a la persona.

Así el entorno físico próximo es el de la casa, del trabajo, el hospitalario y el más lejano se refiere a la comunidad en donde vive la persona (clima, orografía, contaminación, etc.) (Fernández, 1995).

El entorno sociocultural incluye lo relativo a los valores y normas que proporciona la familia, la escuela, las leyes y políticas por la que rige la comunidad de referencia, valorando las propias creencias y valores que se van elaborando a través de las influencias intergeneracionales familiares y de grupos con los que la persona se relaciona. Estos factores deben ser relacionados con " Salud " y con otras variables. Es evidente, por lo que existe la necesidad imperiosa de desarrollar comportamientos de afrontamiento y de adaptación al medio cambiante, para conseguir la satisfacción de las necesidades fundamentales en una forma óptima de acuerdo con la persona, su edad y situación. Henderson reconoció que las personas tienen recursos reales y potenciales que en situación de normalidad, requiere utilizar para alcanzar su independencia (Fernández, 1995).

LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES SEGUN EL ENFOQUE DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo conceptual en el que se encuentra encuadrado el contexto de este trabajo es el de las necesidades fundamentales tal como lo define Virginia Henderson. Destacando la importancia que tiene la satisfacción de determinadas necesidades vitales. La organización conceptual que lo caracteriza nos conduce igualmente a la definición de la noción de cliente, el rol del cuidador y el objeto de los cuidados de enfermería.

El individuo sano o enfermo, es considerado como un todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales que debe satisfacer. La finalidad de los cuidados, tal como se deduce de esta concepción, consiste en conservar o reestablecer la independencia del cliente en la satisfacción de sus necesidades. El rol de la enfermera consiste en ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia, supliéndolo en aquello que él no pueda realizar por si mismo para responder a sus necesidades.

POSTULADOS Y VALORES SOBRE LOS QUE SE BASA EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

POSTULADOS

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha, el individuo no está "COMPLETO", "ENTERO", "INDEPENDIENTE". (Planeuf, 1993).

VALORES

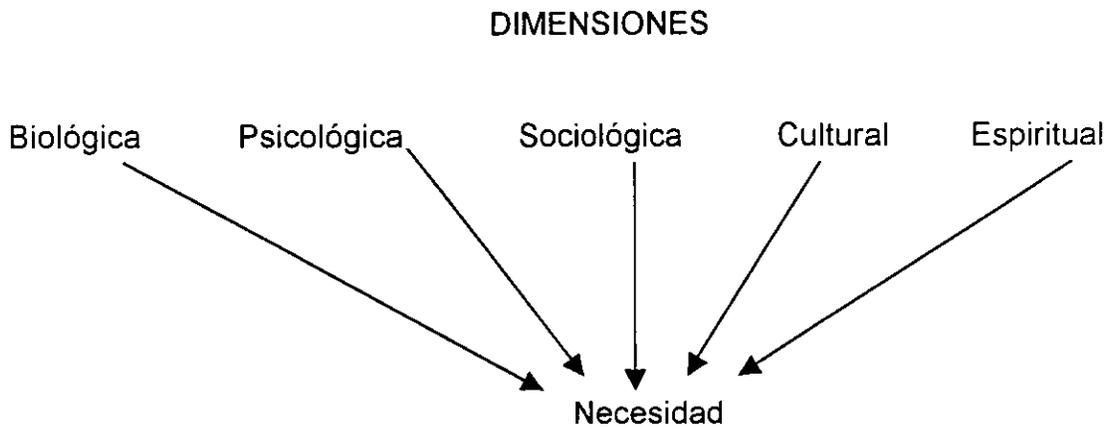
- La enfermera tiene funciones que le son propias
- Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le pueda prestar.

NECESIDAD FUNDAMENTAL

El marco conceptual de Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones, que ella denomina necesidades fundamentales. Una necesidad fundamental es una "necesidad esencial " que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente. Cada una de las necesidades están relacionadas con las distintas dimensiones del ser humano y en cada una de ellas pueden descubrirse las dimensiones biológica, sociológica, cultural y espiritual en los cuales se deben considerar para prestar cuidados personalizados, planificando intervenciones apropiadas que tengan en cuenta estas diferentes dimensiones.

Con el fin de establecer una tipología menos rígida de las necesidades, me permito transcribir y mostrar de forma sucinta ciertos factores ligados en la satisfacción de las necesidades fundamentales del cliente. En la cual se muestra de acuerdo a la importancia que le diera Virginia Henderson.

- Respirar
- Alimentarse e hidratarse
- Eliminar
- Moverse, conservar una buena postura (y mantener una circulación adecuada)
- Dormir y reposar (y conservar un estado de bienestar aceptable)
- Vestirse y desnudarse
- Mantener la temperatura corporal en los límites normales
- Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos
- Evitar los peligros (y mantener la integridad física y mental)
- Comunicarse con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad)
- Actuar de acuerdo con sus creencias y valores
- Preocuparse de su propia realización (y en conservar su propia estima) (Phaneuf, 1993).
- Recrearse
- Aprender



Cada una de las necesidades están relacionadas con las distintas dimensiones del ser humano.

Todo lo referente a la circulación se ha añadido a la necesidad de moverse y mantener una postura adecuada, teniendo en cuenta los íntimos lazos fisiológicos que unen las funciones cardiorrespiratorias, algunos prefieren unir la función circulatoria a la necesidad de respirar. Considerando que el flujo sanguíneo aporta a la célula el agua, los electrolitos y los nutrientes que necesitan y que libera de sus desechos, podría también considerarse que mantiene relaciones funcionales importantes con la nutrición y la eliminación.

La comunicación engloba la sexualidad y por extensión, la procreación. Virginia describió esta necesidad como el hecho de comunicarse con los otros a través de sus emociones, sus necesidades y sus opiniones. Es legítimo considerar a la sexualidad como un medio de combatir la soledad del ser y de comunicar desde el nivel de su propio cuerpo, la sexualidad debe ser considerada evidentemente como una necesidad, puesto que al igual que el comer y el beber, responde a los comportamientos de consumo innatos (Phaneuf, 1993).

LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES Y LOS FACTORES RELACIONADOS
CON LAS DISTINTAS DIMENSIONES QUE PUEDEN INFLUIR EN SU
SATISFACCION

NECESIDAD.

1.- Respirar

- Inspiración: Aporte esencial de oxígeno.
 Difusión de gases a nivel pulmonar.
 Intercambio a nivel celular.
- Espiración: Expulsión de gas carbónico y de vapor de agua.

DIMENSIONES.

- Biofisiológicas: Mantenimiento de las funciones esenciales. Frecuencia, ritmo, amplitud, ruidos respiratorios, tos (Phaneuf, 1993).
 Alteración orgánica, obstrucción, inmadurez o envejecimiento.
 Tasas de hierro en sangre.
 Fatiga.
- Psicológica: Ansiedad y estrés.
- Sociológica.
- Entorno: Polución, tabaquismo, estilo de vida, deportes al aire libre, ejercicio, aireación, y humedad de los lugares, altitud.
- Cultural,
- Espiritual: Disciplina personal de la respiración; meditación, yoga, etc.

NECESIDAD.

2. Alimentarse e hidratarse:

Ingestión, digestión y absorción de agua, de electrolitos y de nutrientes esenciales para la vida.

DIMENSIONES.

Biofisiológica: Capacidad de masticar, de deglutir, de digerir y de absorber los alimentos.

Calidad y cantidad de los líquidos y nutrientes, según las necesidades (Phaneut, 1993).

Psicológica: Ansiedad, anorexia, polifagia de origen nervioso. Estado afectivo y utilización de los mecanismos de defensa; compensación, sublimación, miedo.

Gratificación, hábitos personales relacionados con la absorción de alimentos o de bebidas alcohólicas.

Imagen corporal deseada.

Repulsa a ciertos alimentos.

Sociológica:

Entorno.- Tipo de alimentación según el medio, horario de comidas, elección de los alimentos.

Clima afectivo de familia en el momento de las comidas, límites que impone el trabajo; bocadillos, comidas de restaurante, soledad.

Organización del domicilio.

Cultura, Espiritual: Restricciones religiosas, ayunos, costumbres familiares.

NECESIDAD.

3. Eliminar: Rechazo a las sustancias nocivas o inútiles que resultan del metabolismo.

DIMENSIONES.

Biofisiológica: Capacidad de eliminación urinaria, intestinal, etc. (sudor, lágrimas, menstruaciones y ...).

Alteraciones físicas o psicológicas, inmadurez, envejecimiento, ciclo de eliminación y ciclo de menstruaciones.

Dependencia física de los laxantes.

Eliminación.

Equilibrio hormonal.

Psicología: Ansiedad, estrés repulsiones.

Hábitos de higiene personal y de eliminación.

Actitud frente a la eliminación y la menstruación.

Intimidad.

Dependencia psicológica de los laxantes.

Sociológica: Organización y control sanitario, salubridad de los lugares públicos, educación.

Cultural,

Espiritual: Valor que se da a la higiene en determinadas culturas.

NECESIDAD. (Phaneut, 1993)

4. Moverse, conservar una buena postura (y mantener una circulación adecuada):

Impulso dado a los músculos o a los miembros o a ambos a la vez

Para asegurar un cambio de posición en el espacio, o para favorecer una buena circulación.

Mantenimiento de una buena alineación corporal.

DIMENSIONES.

Biofisiológica: Tono muscular, movilidad articular, integridad nerviosa, cardiovascular y esquelética.

Madurez psicomotriz, envejecimiento, arteriosclerosis.

Estado de la tensión arterial y pulso. Traumatismo. Integridad del sistema vestibular.

Ejercicio, posturas habituales.

Alimentación rica en colesterol y un cloruro de sodio.

Psicológica: Ansiedad, estrés, agitación, valor personal que se da al deporte y a la actividad.

Sedentarismo.

Hábitos personales de comportamiento

Soledad.

Hábito de fumar.

Carácter competitivo (tipo A)

Sociológica: Organización de los deportes y de los lugares de ejercicio.

Condiciones de trabajo inadecuadas.

Cultural. Espiritual : Valor que se concede a los deportes y al ejercicio, dentro de la familia y de la cultura.
Posturas aceptables en una determinada cultura.

NECESIDAD. (Phaneut , 1993)

5. Vestirse y

desnudarse: Protección del cuerpo en función del clima, de las normas sociales y de la reserva personal.

DIMENSIONES.

Biofisiológica: Movilidad articular, tono muscular, estatura, corpulencia, madurez, psicomotriz, edad.
Fuerzas físicas.

Estado Fisiológico: Gordura, Embarazo.

Psicológica: Estado de conciencia.
Importancia que se le da al vestido y a la apariencia personal, desgana pudor.
Preferencia en el vestir.
Conformismo o no conformismo en adaptarse a las modas.

Sociología: Modas, normas sociales.

Entorno: Clima.
Nivel socioeconómico, status social.
Mimetismo (sobre todo en los adolescentes).

Cultural,

Espiritual: Límites aportado por la religión y por la cultura (particularmente en lo que se refiere a la mujer).

NECESIDAD. (Phaneut, 1993)

6. Dormir y reposar: (conservar un estado de bienestar aceptable).

Interrupción del estado de conciencia de la actividad, o de ambos, que permite la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas. Mantenimiento de un estado de confort.

DIMENSIONES.

Biofisiológica: Capacidad de distenderse.

Números de hora de reposo, según la edad y necesidades del organismo.

Tendencia al insomnio o al hipersomnio.

Dolor, prurito.

Falta de confort, enfermedad.

Psicología: Estrés, ansiedad, hábitos personales de vigilia y sueño.

Ritual que precede al acostarse; dependencia farmacológica.

Depresión o cualquier otro problema psiquiátrico.

Inquietud, miedo.

Sufrimiento moral.

Sociológica: Horas de acostarse y levantarse en función del trabajo.

Trabajo de noche.

Entorno: Confort de la habitación y de la cama.
Número de personas que comparten la misma habitación.
Intimidad y tranquilidad del lugar del reposo.

Cultural, Espiritual: Valor que se da al trabajo y al descanso en cada cultura.
Valor que se da a la resistencia ante el dolor.

NECESIDAD. (Phaneut , 1993)

7. Mantener la temperatura corporal en los límites normales:
Equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo
y su pérdida en la superficie corporal.

DIMENSIONES.

Biofisiológica: Regulación térmica cerebral y calor de los tegumentos.
Inflamación, infección.

Psicológica: Elevación térmica debida al nerviosismo o al estrés.

Sociológica:

Entorno: Clima
Confort de la casa.
Lugar de trabajo.
Confortabilidad externa.
Medios económicos para evitar el frío y templar la casa.

Cultural, Espiritual: Medios para combatir el frío y el calor, que utiliza una
determinada cultura; Vestido , habitación, calefacción.

NECESIDAD.

8. Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos:
Cuidados de higiene corporal y de la imagen personal.

DIMENSIONES.

Biofisiológica: Capacidad física para atender a sus propios cuidados;
movilidad
Fuerza física.
Integridad de los tegumentos y faneras.
Madurez psicomotriz o envejecimiento.

Psicológica: Estado de conciencia, diaforesis debida a la tensión.
Hábitos personales de limpieza del cuerpo y de los
vestidos.
Imagen de sí mismo.
Educación.

Sociológica: Salubridad del medio de vida y de trabajo.
Instalaciones sanitarias, baños.

Cultural, Espiritual: Significado de la higiene y de la limpieza dentro de la
familia y de la propia cultura.
Modas de vestir y de peinarse.

NECESIDAD. (Phaneut, 1993)

9. Evitar los peligros: Protección contra las agresiones internas o externas, con el
fin de mantener su integridad física y mental.

DIMENSIONES.

- Biofisiológica: Límites sensoriales; Vista, oído, desequilibrio, inmunidad, inflamación, infección / contaminación.
Prevención de la enfermedad y de los accidentes.
Modificación del esquema corporal, automutilación, violación, malos tratos.
- Psicológica: Limitaciones intelectuales, perturbaciones del pensamiento.
Estado de conciencia.
Predisposición de los accidentes. Falta de atención; ansiedad y miedo.
Alteración de su autoimagen.
Ideas suicidas.
Utilización de técnicas de relajación.
- Sociológica: Reglamentación para prevenir peligros y preservar la salud del trabajador. Medidas de seguridad laboral (mascarilla, casco protector, etc.).
Seguridad en casa, especialmente para niños y ancianos.
Código de circulación.
- Entorno: Polución del aire y polución por ruido.
Contagio y medidas de control de la enfermedad.
Organización sanitaria.
Prevención contra el suicidio y la violencia.

Cultural,

Espiritual: Exposición a los peligros a consecuencias de ciertas ideologías.
Valoración del estoicismo en ciertas culturas "Mito del Héroe".
Forma de ver la enfermedad mental.
Disciplina de vida para mantener el propio equilibrio.

NECESIDAD. (Phaneut, 1993)

10. Comunicar con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad):
Establecer lazos con los otros seres próximos y con las personas de su entorno.
Expansionarse, desarrollarse.
Procreación.

DIMENSIONES.

Biofisiológicas: Capacidad física para relacionarse con los otros: vista, oído, tacto, fonación, débito verbal.
Integridad de los órganos sexuales, capacidad de procrear, equilibrio hormonal.
Mímica.

Psicológica: Perturbación emotiva, capacidad para expresar sentimientos, relaciones con los otros: Repliegue en sí mismo, tedio, percepción del otro sexo, equilibrio sexual.

Mecanismo de

Defensa: Proyección, sublimación, regresión.
Estado de conciencia.

Sociológica: Libertad de expresión de los sentimientos, control social, comunicación de masas.

Utilización de la sexualidad con fines pecuniarios.

Cultural, Espiritual: Extroversión o introversión, características de ciertas culturas.
Forma de considerar la sexualidad, la procreación y el rol de la mujer.

NECESIDAD. (Phaneut, 1993)

11. Practicar su religión, actuar de acuerdo con sus creencias y valores:

Actualización de los propios valores.

DIMENSIONES.

Biofisiológica: Inmovilidad, debilidad, enfermedad.

Psicológica: Ansiedad relacionada con la enfermedad.
Concepción personal de la vida y del más allá.
Estado de conciencia.

Fase de adaptación a la enfermedad; cólera.

Sociológica: Alejamiento de los lugares del culto.
Libertad permitida o control ejercido por el entorno.

Cultural, espiritual: Pertenencia a una religión o adhesión a una filosofía.
Misticismo, ascetismo.

NECESIDAD. (Phaneut, 1993)

12. Preocuparse por su propia realización y en conservar su propia estima:

Utilización del tiempo de forma útil, eficaz y valorizada.

DIMENSIONES.

- Biofisiológica: Capacidad física.
Integridad neurológica y músculo - esquelética
Nivel de energía y de fuerzas físicas, movilidad articular.
Enfermedad, dolores.
- Psicológica: Desarrollo intelectual.
Estado de conciencia, de presión, confianza en sí mismo, educación.
Deseo de realizarse.
Creatividad
- Sociológica: Disponibilidad de medios educativos y culturales.
Limitaciones socioeconómicas, roles sociales y parentales, grupos de interés.
Voluntario.
- Cultural, Espiritual: valor que se atribuye en la cultura al trabajo y a la productividad.

NECESIDAD.

13. Recrearse: Necesidad de actividades de esparcimiento.

DIMENSIONES.

- Biofisiológica: Capacidad de movimientos.
Integridad de los sentidos del sistema nervioso y del sistema músculo esquelético.
Dolor, fuerza física.

Psicológica: Estado de conciencia, deseo de distensión y esparcimiento.
capacidad personal de relacionarse con los demás.
Soledad.
Preferencias por las formas de ocio.
Creatividad.
Espíritu lúdico.

Sociológica: Organizaciones deportivas y culturales para las distintas
edades.
Limitaciones económicas.
Aislamiento físico.
Entorno rural o urbano, clima.
Costumbres más o menos gregarias de la familia.

Cultural, Espiritual: Severidad de determinadas religiones frente a actividades
de esparcimiento.
Restricciones que se imponen a las mujeres en ciertas
culturas

NECESIDAD. (Phaneut, 1993)

14. Aprender: Adquirir conocimientos, recibir información.

DIMENSIONES.

Biofisiológicas: Capacidad funcional del cerebro, del sistema nervioso y de
los sentidos (vista, oído).
Uso de medicamentos.
Senilidad o inmadurez.
Enfermedad aguda.
Dolor.

- Psicológica: Estado de conciencia.
Capacidad intelectual, perturbaciones del pensamiento (juicio, memoria).
Ansiedad.
Educación (Leer, escribir).
Periodo de adaptación a la enfermedad.
- Sociológica: Disponibilidad de servicios educativos.
Grado de evolución del medio familiar.
Importancia de la enseñanza dentro de los cuidados de enfermería.
Poner el acento en la prevención.
- Cultural, espiritual: Valor que se da en una cultura determinada a la educación o a la información sobre la salud y la enfermedad.

NECESIDADES Y HOMEOSTASIA

La satisfacción del conjunto de necesidades de un cliente le permite conservar diferentes procesos fisiológicos y psicológicos en un estado de equilibrio, el estado físico denominado homeostasia. Este término que se ha ido extendiendo poco a poco a los procesos psicológicos y de relajación y ahora se ha denominado homeostasis fisiológica y psicológica de un cliente.

La homeostasia constituye el principio de interacción entre los diferentes mecanismos vitales. Los procesos fisiológicos actúan para regularse mutuamente unos a otros. Ejemplo: La necesidad de eliminar, permite la evaporación de la humedad de la piel por lo que constituye efecto de refrescar el organismo cuando se eleva la temperatura (Necesidad de mantener la temperatura corporal en los límites normales).

Si las necesidades se convierten en un circuito de auto - ayuda entre sí, cuando alguna de ellas permanece en un estado de insatisfacción importante a causa de un problema de salud o de cualquier otra dificultad, las demás necesidades sufren repercusiones. Ejemplo: Cliente que no puede satisfacer la necesidad de moverse, tendrá disminución en la eliminación o apetito, reduciendo la capacidad muscular y motilidad intestinal y la homeostasis de los procesos fisiológicos y psicológicos no lograrían un equilibrio (Phaneut, 1995).

4.5.- PROCESO DE ENFERMERIA

4.5.1.- ANTECEDENTES HISTORICOS

El término proceso de enfermería fue introducido por Lydia Hall en 1955, el cual continúa siendo válido para la práctica profesional de enfermería. En el cual algunas enfermeras han descrito el proceso de enfermería de diferente manera (Potter, 1996).

Windenbach, en 1963 planeó que el proceso de enfermería constaba de tres etapas: Identificar la ayuda necesitada, administrar la ayuda y verificar que la ayuda fue otorgada.

Mc Main en 1965, hizo una innovación al proceso de enfermería, introduciendo el término valoración, tomando como referencia las capacidades funcionales del cliente. Recopiló y registró datos objetivos del cliente (Kozier Cit. por Alcantar, 1997).

Virginia Henderson en 1966, siendo una de las figuras más sobresalientes de la enfermería; identificó las acciones de enfermería básica como funciones independientes y planteó que el proceso de enfermería era el mismo que el de las etapas del método científico (Potter, 1996).

Lois Knowles, en 1967 describió la actividad de enfermería en cinco etapas: Descubrir, investigar, decidir, hacer y discriminar; en las dos primeras etapas las enfermeras recopilan datos.

En 1969, Dolores Litle Y Doris Carnevali utilizaron un proceso de cuatro pasos que combinaba la valoración de la salud y la denominación del problema en el primer paso (UNAM, 1993).

WICHE (Western Interstate Comision on Higher Education) en 1976, enumeró las etapas del proceso de enfermería como percepción, comunicación, interpretación, intervención y discriminación (Idem).

En 1982 el National Council Of State Boards Nursing definió y dividió al proceso en: valoración, análisis, planificación, ejecución y evaluación (UNAM, 1993).

El concepto de diagnóstico de enfermería se desarrolló entre los años de 1950 - 1960, se aplicó a la identificación de los problemas o necesidades del cliente; contando con cuatro etapas y en las cuales su utilización ayudó a los profesionales de enfermería a analizar, sintetizar datos obtenidos en la valoración, facilitando el enfoque de actividades clínicas en el manejo de síntomas en la identificación y solución de problemas.

En 1973, Kristine Gebbie y Mary An Lavin de la Escuela de Enfermería de la Universidad de San Luis, ayudaron a organizar la primera conferencia sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería como " La conclusión o juicio que tiene lugar como resultado de la valoración de enfermería ".

(Gebbie y Lavin, 1975) A partir de entonces las conferencias se vienen realizando cada dos años.

En 1980, la ANA Standards of Nursing Practice declaró que " La enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas actuales y potenciales "; esta asociación consideró claramente que diagnosticar era una función de enfermería aunque la gente no estuviera habituado a ello y creyera que esto es exclusivo del médico.

En 1982, el National Council of State Board Nursing definió y describió cinco etapas del proceso de enfermería: Valoración, análisis, planificación, ejecución y evaluación. En este mismo año el grupo de la conferencia aceptó el nombre de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), reconociendo la participación y aportación de enfermeras canadienses (Kozier Cit. por Alcantar, 1997).

En 1983 Yura Y Walsh, afirman que el proceso de enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir el objetivo de la enfermería; mantener el bienestar del paciente en un óptimo nivel si este estado se alterara, proveer entonces todos los cuidados necesarios que la situación exija para restablecer su bienestar.

Si no se puede llegar al bienestar, el proceso de enfermería debe seguir en su apoyo a la calidad de vida del paciente, aumentando al máximo sus recursos para conseguir la mejor calidad de vida durante el mayor tiempo posible (W. Iyer, 1989).

Los diagnósticos de enfermería aparecieron en la década de los ochentas. La asociación española de enfermería docente (AEED), inició en 1988 una política de apoyo a la difusión del trabajo de la NANDA, impartiendo una serie de temas por la profesora Carpenito, autora de varios libros y miembro de la NANDA, al mismo tiempo llevaba un seminario de trabajo para la discusión y traducción del listado de la Taxonomía I.

Actualmente la AEED ha formado un nuevo grupo de trabajo, tomando como base la tarea previa, ha elaborado un documento que pretende:

- 1.- dar a conocer el trabajo y funcionamiento de la North American Nursing Diagnosis Association.
- 2.- Situar los diagnósticos en el contexto en el que fueron concebidos, esto es dentro del proceso de atención de enfermería.
- 3.- Aclarar la relación existente entre los diagnósticos de enfermería y los modelos de enfermería.
- 4.- Identificar los beneficios que pueden derivarse de su uso en los distintos ámbitos de la profesión: Asistencia, gestión de investigación.
(Kozier Cit. Alcantar, 1997).

LA OMS Y EL PROCESO DE ENFERMERIA

La definición dada por la organización mundial de la salud, resume las características del proceso de enfermería, resaltando que muchas de las características mencionadas cuentan con actividades intelectuales, una eficaz resolución de problemas y la toma de decisiones.

Todo ello contribuye a la valoración, planificación, implementación y evaluación de los cuidados de un modo sistemático. La OMS(1977), declara:

“ El proceso de enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades, o ambos. Implica pormenorizar el uso de métodos científicos para la identificación de las necesidades de salud del paciente / cliente / familia o de la comunidad, así como su utilización para escoger aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermería; incluye también la planificación para cubrir las necesidades, la administración de unos cuidados y la evaluación de los resultados. La enfermera / o, en colaboración con otros miembros del equipo de salud y con el individuo o grupos a los que hay que proporcionar y movilizar recursos; evaluando resultados, la información recibida de la evaluación de los resultados es el inicio de las modificaciones deseables en las intervenciones posteriores y en situaciones similares de cuidados de enfermería. De este modo, la enfermería se convierte en un proceso dinámico que se presta a adaptación y mejoría “.

Entre las características claves del proceso de enfermería se incluye la inspiración, la creatividad y la productividad. La suma de habilidades técnicas de toma de decisión que poseen estas características, junto con las actividades de cuidados, es fundamental para el propósito del proceso de enfermería(Potter, Perry 1996).

4.5.2.- ETAPAS DEL PROCESO

El proceso de enfermería es un modelo sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería, cuyo objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, elaborar planes para solucionar las necesidades identificadas actuando de forma específica para resolverlas.

Cliente es una “ Persona que requiere los consejos o servicios de aquellos que están calificados para proporcionarlos. Además es un receptor y colaborador en lo que respecta a su propia salud y no como un ser pasivo “, es decir, el cliente es la persona que se responsabiliza de su salud. El proceso de enfermería consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

- La valoración consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del cliente, desde el punto de vista: Físico, emocional, social y espiritual, realizándose a través de la observación, comunicación y la entrevista directa realizada al cliente. Esta fase del proceso constituye una base elemental para las demás etapas del proceso de enfermería.
- El diagnóstico de enfermería constituye una relación de las alteraciones actuales y potenciales del nivel de salud del cliente.
- la planificación, es donde la enfermera establece acciones específicas de cada diagnóstico, jerarquizando las necesidades y estableciendo objetivos de intervención.
- La ejecución consiste en llevar a cabo el plan de cuidados; durante esta etapa, la enfermera continúa recabando datos y valida el plan realizado.
- En la evaluación se valora la respuesta del cliente a la intervención de la enfermera.

Las cinco fases del proceso de enfermería están íntimamente ligadas; cada fase debe actualizarse continuamente de acuerdo a los cambios en la situación, ya que la salud no es estática y por tanto, el proceso enfermero es dinámico que constituye la respuesta a la salud del cliente (Kozier, Cit. Alcantar, 1997).

CARACTERISTICAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

- El sistema es abierto, flexible y dinámico.
- Individualiza el acercamiento a las necesidades particulares de cada cliente.
- Es planificado.
- Está dirigido hacia las metas.
- Es flexible para encontrar las necesidades particulares del cliente, la familia o la comunidad.

- Permite ser creativos a la enfermera y al cliente en la resolución del problema planteado.
- Es interpersonal, requiriéndose que la enfermera tenga una comunicación directa y persistente para encontrar las necesidades del cliente.
- Es cíclico, como las etapas guardan interrelación, no existe un principio o un final absoluto.
- Conduce a la comprobación del problema o a la revisión del plan de cuidados.
- Es aplicable universalmente (Idem).

VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Ventajas para el cliente:

- Calidad en el cuidado.- La evaluación continua del proceso y la reconsideración de los cambios en las necesidades del cliente aseguran una intervención de la enfermera apropiada de calidad.
- Continuidad en el cuidado.- Al tener el plan por escrito, permite que todas las personas implicadas en el cuidado tengan acceso al mismo y se evita que el cliente este repitiendo información.
- Participación del cliente en el cuidado de su salud.- Permite que los clientes desarrollen sus capacidades para su auto cuidado y por tanto ayudan en el alcance de metas (Kozier Cit. Alcantar, 1997).

VENTAJAS PARA LA ENFERMERA

- Adecuación constante y sistemática.
- Satisfacción en el trabajo.- Las actividades del profesional están basadas en una identificación correcta de los problemas del cliente, lo que permite planear acciones adecuadas, favoreciendo la coordinación y evita el trabajo por ensayo - error, lo que conlleva a una satisfacción cuando se logran los objetivos.

- Crecimiento profesional.- Por medio de la evaluación, la enfermera va adquiriendo experiencia y capacidad respecto a los cuidados que son efectivos y los que tienen que adaptarse para cubrir las necesidades del cliente.
- Evita acciones legales.- Evita consecuencias legales adversas cuando aplica cuidados de enfermería previamente establecidos a través de todas las fases del proceso.
- Alcanzar los modelos de enfermería profesional.- El aprendizaje y la realización del proceso de enfermería sobre los cuidados del cliente, es un requisito básico para la aptitud de la enfermería profesional, por esto, el proceso de enfermería es un marco para la responsabilidad de las enfermeras.

UN MARCO DE RESPONSABILIDAD

Responsabilidad es la condición de responder y ser responsable de conductas específicas que son parte del rol profesional; el proceso de enfermería proporciona un marco en este sentido y eleva al máximo la responsabilidad ante los criterios de cuidado. Los profesionales son responsables ante el cliente, ante el resto de los profesionales y ante sí mismo. El proceso otorga una gran responsabilidad en todas las áreas y la enfermera responde de sus actividades en las cinco fases del proceso.

En la valoración.- La enfermera es responsable de la obtención de datos, debiendo distinguir entre datos conflictivos, no exactos o parciales.

En el diagnóstico es responsable sobre el análisis que hace de la información recogida con lo cual emite un diagnóstico acerca de los problemas de salud del cliente. Tomando en cuenta ampliamente los antecedentes socio - culturales.

En la planificación; la responsabilidad en esta fase implica prioridades. Establecer objetivos del cliente previendo sus respuestas y planificando actividades.

Lo cual incorpora un plan de cuidados que es válido para todas las enfermeras implicadas: En esta fase la enfermera debe garantizar que son tomadas en cuenta las prioridades del cliente.

En la ejecución.- La enfermera responde de todas sus acciones cuando aplica cuidados, estas acciones se pueden realizar directamente en colaboración con otros, o delegarse y aún cuando esto último suceda, el profesional sigue siendo responsable de la acción delegada así como del hecho de delegar.

En la evaluación.- La enfermera es responsable del éxito o fracaso de sus acciones, estableciendo el grado en el cual se han alcanzado los objetivos: Debe tener la capacidad para explicar el porqué un objetivo no se ha logrado y que fase o fases del proceso requieren cambios y porqué.

VALORACIÓN.

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería: Incluye la obtención de datos y la confirmación, lo cual es necesario para poder hacer un diagnóstico de enfermería y está presente en cada una de las fases del proceso. "La valoración es una parte de cada actividad que la enfermera hace para y con el paciente" (Stkinson y Murray, 1986). (6).

La valoración establece una serie de datos sobre la respuesta del cliente en todas las áreas de la vida diaria como la salud, preocupaciones biofísicas, emocionales, socioeconómicas, culturales y religiosas (Kozier, 1993).

La obtención de datos es el proceso sistemático y continuo para obtener información sobre el nivel de salud del cliente. Al ser un proceso sistemático disminuye en gran medida la posibilidad de omitir datos significativos y por ser continuo permite la actualización, manifestando los cambios en el estado de salud del cliente.

En la valoración participan activamente el cliente y la enfermera; el cliente puede ser una persona, una familia o una comunidad. Para construir una base de datos exactos y evitar una conclusión prematura, la enfermera tiene que confirmar las presunciones tomando en cuenta los aspectos físicos y emocional del paciente. Los datos pueden ser objetivos y subjetivos. Los objetivos son aquellos que se pueden observar o verificar con criterios establecidos a través de los sentidos (Signos), como por ejemplo la tensión arterial, la coloración de la piel, etc. Los datos subjetivos son evidentes únicamente para la persona afectada (Síntomas) y son obtenidos durante la realización de la historia de la enfermería. Al igual que la información proporcionada por los familiares y otros profesionales. Los datos también pueden clasificarse en variables e invariables: Los primeros son aquellos en los que la información obtenida no es constante por ejemplo, la tensión arterial puede variar de un día para otro: Los datos invariables son aquellos que no cambian y un ejemplo de estos puede ser la fecha de nacimiento. Los datos deben ser concisos y la enfermera tiene que resumir la información obtenida con un lenguaje científico correcto.

FUENTES DE DATOS

Pueden ser primarios y secundarios, el cliente se considera como fuente primaria, mientras que en la secundaria se encuentran los allegados, otros profesionales de la salud.

La historia, otros registros y bibliografía sobre el tema (Alfaro, 1996).

- El cliente.- Es la principal fuente de datos a excepción de que esté muy grave. Sea muy pequeño o que esté desorientado y no pueda comunicarse. Proporciona información subjetiva que solamente él puede hacerlo.

- Los allegados.- Aquí se encuentran familiares y amigos, los cuales pueden dar información respecto del cliente para complementar o verificar ésta, por lo tanto representan una fuente importante de datos. Mayormente en los casos en los cuales por diversas situaciones no existe una comunicación directa con el cliente.
- Los profesionales de la salud.- Las enfermeras, médicos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc., pueden proporcionar información por medio de sus contactos previos o actuales con el cliente.
- La historia.- Representa una fuente de información sobre los patrones de salud y enfermedades anteriores del cliente; siempre se debe considerar si los datos registrados en la historia son apropiados para el momento actual.
- Otros registros.- En algunos casos, la enfermera puede utilizar los resultados de laboratorio para controlar la eficacia de las medidas de enfermería, tales como las enseñanzas respecto a la dieta y la toma de medicamentos. Cualquier dato de laboratorio de un cliente, debe ser comparado con las cifras normales de ese análisis, tomando en cuenta la edad, el sexo y demás.
- Bibliografía.- Una revisión bibliográfica puede proporcionar información adicional a la base de datos y debe incluir entre otras cosas:
 - Criterios establecidos para comparar algunos datos como el peso, la talla y el grado de desarrollo, considerando normal para determinado grupo de edad (Idem).
 - Hábitos de salud, Culturales y Sociales.
 - Creencias espirituales.
 - Datos adicionales que requiere la valoración.
 - Actuación de la enfermera y criterios de evaluación para el problema de salud del cliente.
 - Información sobre diagnóstico, tratamiento y pronóstico médico.

METODOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Los principales son: La observación, la entrevista, la consulta y la exploración (Idem).

La observación.- Observar consiste en obtener información a través de los cinco órganos de los sentidos. La observación es una técnica consciente e intencionada, la cual se desarrolla a través del esfuerzo y de un enfoque organizado, por lo tanto, la observación explica discriminar entre estímulos.

Para no perder datos importantes, la observación debe organizarse, por ejemplo:

- Signos clínicos de alteración del cliente (Calidez, enrojecimiento, fatiga, etc.).
- Los riesgos en la seguridad del cliente, como por ejemplo el barandal de una cama bajado.
- El funcionamiento del material y equipo.
- Su medio inmediato, incluyendo a las personas que se encuentran con él.

La entrevista.- Consiste en una comunicación planificada o una conversación con una finalidad; algunos objetivos de esta, serían recavar información, identificar problemas, educar, evaluar cambios, etc.

La entrevista puede ser dirigible o no dirigible. La directa está muy estructurada y se obtiene una información específica y se utilizan generalmente para recavar y proporcionar información en un tiempo limitado, en la entrevista no dirigible la enfermera permite al cliente controlar el propósito, el asunto del tema y llevar el paso; este tipo se utiliza para resolver los problemas, aconsejar y valorar la realización. La combinación de ambos tipos de entrevista resulta de utilidad para obtener información.

Respecto al tipo de preguntas que pueden utilizarse en la entrevista, estas pueden ser abiertas o cerradas y neutras o dirigidas. Las preguntas cerradas utilizadas en las entrevistas dirigibles son restringidas y por lo general requieren de respuestas cortas que dan información específica; estas preguntas comienzan con: " Cuándo ", " Dónde ", " Quién ", " Qué ", haces (hizo, hace), " es (son, era) " y a veces " cómo "; la persona que tiene problemas de comunicación encontrará más fáciles de contestar este tipo de preguntas.

Las preguntas abiertas invitan al cliente a hablar sobre lo que ellos quieran y a dar respuestas más amplias; sin embargo la principal desventaja es que el cliente puede emplear mucho tiempo en dar información poco relevante; generalmente el cuestionario empieza con " qué " o " cómo ". La enfermera debe planificar la entrevista para revisar la información que puede ser de utilidad; en este aspecto se debe tomar en cuenta el tiempo en que se va a realizar dicha entrevista, el lugar y la posición que adopte la enfermera con respecto al cliente. Es importante mencionar que la entrevista tiene tres fases que son: la introducción o apertura, el cuerpo o desarrollo y el cierre. (Idem).

Introducción.- esta fase consiste en establecer una buena relación y orientación con el cliente; generalmente no se puede distinguir una etapa de la otra porque son simultáneas.

El establecimiento de buenas relaciones es el proceso de crear buena voluntad y confianza y se puede iniciar con el saludo y sobre preguntas de la misma persona, familia, etc.; pero sin excederse, ya que esto generaría angustia por parte del cliente.

La fase de orientación consiste en explicar el objetivo de la entrevista y que tiene derecho o no a facilitar los datos que quiera y qué destino tendrá esa información proporcionada.

- **Cuerpo.-** En el desarrollo a través de las preguntas que realiza la enfermera, el cliente manifiesta sus pensamientos y percepciones. El paso de la etapa anterior a esta, se facilita empleando preguntas abiertas - cerradas, fáciles de contestar y que no le generen angustia, requiriéndose además del uso adecuado de técnicas de comunicación por parte de la enfermera, para que la entrevista resulte productiva.
- **El cierre.-** Normalmente la enfermera da por terminada la entrevista, cuando ha obtenido la información requerida, aunque en ocasiones el cliente es quien la termina; esto es cuando no quiere proporcionar mas información o cuando se siente cansado. En esta fase es importante continuar con las buenas relaciones, para facilitar posibles encuentros futuros.

PAUTAS DE COMUNICACION EN LA ENTREVISTA

- Escuchar atentamente y hablar claro y despacio.
- Utilizar un lenguaje entendible por el cliente y aclarar puntos que no comprenda.
- Planificar las preguntas para que tengan una secuencia lógica.
- Preguntar solo una cosa a la vez.
- Dar oportunidad al cliente de ver las cosas tal y como le parecen a él, y no como las vea el entrevistador.
- No importa al cliente los valores propios del que entrevista.
- Evitar usar ejemplos personales.
- Expresar no verbalmente respeto, interés y aceptación.
- Utilizar y aceptar el silencio para ayudar al cliente a pensar o a organizar los pensamientos.
- Utilizar el contacto con la mirada y estar tranquilo y sin prisa.

LA EXPLORACION FÍSICA

Las enfermeras realizan las valoraciones físicas para obtener los datos y objetivos, para complementar la fase de reconocimiento del proceso de enfermería (Kozier, 1993). La valoración física se hace sistemáticamente, normalmente la enfermera registra una impresión general sobre el aspecto del cliente y de su estado de salud, ejemplo: Edad, talla, estado mental y nutricional, el habla y la conducta, así como el registro de los signos vitales. La enfermera puede realizar un reconocimiento físico cefalocaudal, empezando por la cabeza, se continúa con el cuello, tórax, abdomen y las extremidades para terminar con los pies. También la enfermera puede hacer esta exploración utilizando un planteamiento de sistemas del organismo, en ocasiones puede ser necesario resolver un problema del cliente antes de completar el examen. Los datos que se obtienen en este examen se comparan con los modelos ideales, como pueden ser la altura, el peso, las normas para la temperatura normal o los niveles de tensión arterial. Para realizar el examen, la enfermera utiliza técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

ORGANIZACION DE LOS DATOS OBTENIDOS

La historia de salud de enfermería o más recientemente denominado reconocimiento de enfermería, es un método sistemático de recopilación de los datos deseados sobre el cliente, el propósito de una valoración de enfermería es recopilar la máxima información sobre el cliente para identificar sus problemas y planear las actuaciones de enfermería.

Existen muchos modelos y marcos de enfermería que guían la recopilación de los datos a través de métodos estructurados de reconocimiento. Un ejemplo es el método de Virginia Henderson, el cual se abordará posteriormente en el presente trabajo.

DIAGNOSTICO (Kozier, 1993).

El término de diagnóstico de enfermería (DdE), apareció por primera vez en la literatura anglosajona al inicio de la década de los cincuenta. En ese entonces el proceso de enfermería contaba con cuatro etapas (valoración, planificación, ejecución y evaluación), y posteriormente se agregó el diagnóstico. El haber incluido el diagnóstico en el proceso de enfermería ha hecho posible que los profesionistas de enfermería analicen y sinteticen los datos que se obtienen de la valoración, para que con ello, las actividades clínicas se enfoquen a la identificación y manejo de problemas y no al manejo de los síntomas, como se hacía previamente; estas fueron las causas por las que en 1973 se llevó a cabo la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería en los Estados Unidos Americanos; posteriormente en España (1988), se inicia una política de apoyo sobre ese tema.

En 1990 la NANDA, definió el diagnóstico de enfermería de la siguiente manera: " El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud / procesos de la vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la selección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable " (Kozier, 1994).

El formular un diagnóstico y su proceso, requiere del conocimiento adquirido a través del estudio y la práctica metódica, no se realiza espontáneamente, sino que implica unas fases sucesivas del proceso de enfermería. La habilidad con que se elaboren los diagnósticos de enfermería depende de la capacidad para ser metódico, sistemático, lógico y riguroso, para con ello, formular un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad, a los procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones para lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

CARACTERISTICAS DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- Describe la respuesta de una persona ante un problema, una situación o una enfermedad.
- Esta enfocado al individuo.
- Varía según cambian las respuestas del cliente.
- Orienta las actividades de enfermería independientes: Planificación, ejecución y evaluación.
- Es complementario al diagnóstico médico.
- El sistema de clasificación no está universalmente aceptado, varios sistemas están en desarrollo.
- Consta de dos partes, en las que se incluye la etiología cuando se conoce.

VENTAJAS DE USAR LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

- Facilita la comunicación entre las enfermeras y con otros miembros del equipo de salud. Un diagnóstico identifica el estado de salud del cliente, sus fuerzas y sus problemas de salud.
- Fortalecen el proceso de enfermería y dirigen la planificación de las actividades independientes de enfermería.
- Ayudan a identificar el foco de una actividad de enfermería y facilitan el análisis de los compañeros y de los programas de control de calidad. El análisis de los compañeros es la valoración de la práctica de la enfermera, la educación o la investigación por colaboradores del mismo rango, el control de calidad es la confrontación de los servicios de enfermería aportados y los resultados obtenidos con el modelo establecido.

- Facilitan la participación de enfermería cuando un cliente se traslada a una unidad hospitalaria a otra o del hospital a su casa; también guían la planificación de las intervenciones de enfermería que el cliente precisa después de la salida.
- Favorecen la comprensión de la atención sanitaria identificando, legalizando y respondiendo a los problemas específicos de salud.

EL PROCESO DE DIAGNOSTICO

Consiste en analizar y sintetizar. - Analizar consiste en separar un todo en sus componentes y sintetizar es lo contrario, es decir es conjuntar las partes en un todo (Idem).

El proceso de diagnóstico tiene tres fases principales:

- Procesamiento de los datos.
- Determinación del nivel de salud del cliente.
- Formulación del diagnóstico.

Procesamiento de datos.- Consiste en interpretar los datos recogidos e implica:

- La organización.
- La comparación con los estándares.
- La asociación.
- La identificación de omisiones e incoherencias o contradicciones de los datos.

La organización de los datos.- Después de la obtención de los datos, estos necesitan ser clasificados en un marco útil para la enfermera y para quienes puedan tener acceso a ellos.

La comparación de los datos son los estándares.- La enfermera los compara con una gran variedad de estándares como son los signos vitales normales, resultados de laboratorio, tablas de crecimiento, etc. También utilizan conocimientos psicológicos, fisiológicos y sociales, así como su experiencia previa.

Agrupación de datos.- Este proceso está influenciado por los conocimientos científicos previos de la enfermera, por su experiencia dentro de la profesión y por el concepto que se tenga de la enfermería. Con base en esto, la enfermera puede agrupar los datos por inducción y formar un patrón.

La agrupación de los datos incluye el hacer deducciones.- Una deducción es el juicio de la enfermera o la interpretación de las señales; éstas deducciones se hacen a través del proceso de diagnóstico.

FORMULACION DEL DIAGNOSTICO

En esta etapa final, la enfermera formula una relación causal entre el problema de salud y los factores asociados. Estos factores pueden ser sociales, ambientales, psicológicos o espirituales, tomando en consideración que en un problema de salud intervienen más de uno de ellos (Alfaro, 1996).

El diagnóstico de enfermería puede ser: Real, potencial o posible.

Real.- Un diagnóstico real describe la categoría diagnóstica que ha validado la enfermería, debido a las características de definición principal de signos y síntomas, es decir, reúne todos los datos que confirman su existencia.

Potencial.- Describe un estado alterado que se puede presentar si no se ordenan o se ponen en práctica ciertas intervenciones de enfermería.

Posible.- Este diagnóstico describe un problema que la enfermera sospecha, pero que requiere la compilación de datos adicionales para confirmarlo o descartarlo.

FORMATO DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Existen tres componentes esenciales de los planteamientos diagnósticos de enfermería, los cuales se denominan como formato PES (Gordón, 1976). Que deben ser considerados cuando se desarrollen nuevas categorías diagnósticas o cuando se escriban diagnósticos para clientes específicos, estos componentes son:

- Los términos que describen el problema (P), este se refiere al título diagnóstico, es una descripción del problema (Real o potencial) del cliente, en donde se describe su estado de manera clara y concisa.
- La etiología del problema (E) o los factores contribuyentes identifica una o más de las causas probables del problema de salud y proporciona una dirección a la terapia de enfermería requerida. En la etiología se pueden incluir las conductas del cliente, los factores del entorno mental o ambos.
- Las características definidas o los grupos de signos y síntoma (S), sus características definidas las cuales son el criterio clínico que representa el diagnóstico (Real o potencial).

Las características de definición para los diagnósticos reales de enfermería son un síntoma o signo aislado o un conjunto de signos o síntomas. Las categorías con estudios de validación clínica tienen síntomas y signos mayores que presentan el 80 % de las veces y signos y síntomas menores que ocurren en el 50 % de las ocasiones.

En la categoría mayor se incluyen signos y síntomas que deben estar presentes para validar el uso de un diagnóstico; la clasificación menor se refiere a las características que deben estar presentes en muchos, pero no en todos los individuos, pero no por ello son menos graves que las mayores.

ENUNCIADOS DIAGNOSTICOS

(Alfaro, 1996)

El enunciado diagnóstico describe el estado de salud del cliente y los factores que han contribuido en dicho estado.

Se pueden escribir diagnóstico de enfermería de dos a tres partes.

- El planteamiento diagnóstico de enfermería de dos partes consta de:
 - a) El problema (P).- Planteamiento de la respuesta del cliente.
 - b) La etiología (E).- factores contribuyentes a causas probables de las respuestas.

Las dos partes están unidas por las palabras en relación o con asociado a más que debido a, ya que las primeras implican una relación.

- El planteamiento diagnóstico de tres partes (diagnóstico real) incluye:
 - a) El problema (P)
 - b) La etiología (E)
 - c) Los signos y los síntomas (S)

Los diagnósticos actuales de enfermería de tres partes, se pueden plantear utilizando con relación y dicho por; los signos y síntomas pueden describirse después del planteamiento diagnóstico unido por las palabras dicho por o evidenciado por (Idem).

En el caso de considerar un diagnóstico posible, se enunciaría citando primero el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra posible y relacionando con la etiología, sin añadir las características definitorias o posibles.

Cuando se presenta un diagnóstico posible, se deben recolectar más datos para confirmar o refutar dicho diagnóstico.

En la etapa del diagnóstico los problemas que con mayor frecuencia se presentan son:

- Escribir la respuesta del cliente como una necesidad en lugar de como un problema.
- Usar planteamientos de juicio mental.
- Situar la etiología antes de la respuesta del cliente.
- Usar planteamientos que no aporten ninguna dirección a los planes de actuación independientes de enfermería.
- Usar terminología médica en vez de terminología de enfermería.
- Comenzar el diagnóstico con una actuación de enfermería.
- Usar un solo síntoma como respuesta del cliente.
- Cuando se identifica un problema que no puede ser enunciado como un diagnóstico de enfermería, necesitando de la cooperación de otros profesionales para validar y tratar dicho problema. Carpenito lo define como problemas interdependientes y L. Riopelle como problemas colaborativos y de vigilancia.
- Cuando el diagnóstico es evidente pero no se conoce la etiología, en este caso se formula el diagnóstico escribiendo la etiqueta diagnóstica; relacionado con etiología desconocida.

Se debe evitar obtener datos irrelevantes, ya que esto estorba la capacidad de la enfermera para procesar información.

El abuso de la intuición y la deducción prematura es otro error en el cual no debe caerse, se debe estar consciente que si comete un error diagnóstico puede perjudicar al usuario, por lo tanto, la etapa del diagnóstico es la clave, ya que si se realiza correctamente facilita la jerarquización de los problemas, la selección de los objetivos y la determinación de los cuidados adecuados en cada caso.

LA TAXONOMIA DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

(Kozier, 1993)

La taxonomía es un sistema de clasificación de los grupos, clases o conjuntos.

Las ventajas de la taxonomía en el diagnóstico de enfermería son:

- Los diagnósticos de enfermería promueven la responsabilidad profesional y la autonomía por medio de la práctica de enfermería.
- Proporcionan un vínculo de relación de la enfermera con otros profesionistas del área de salud.
- Aportan un principio de organización para la construcción de una investigación significativa, para dar validez a las actuaciones de enfermería, además el organizar los datos de esta manera facilitaría el análisis a través de sistemas computacionales.

El desarrollo de la taxonomía de los diagnósticos de enfermería es un proceso que está en marcha, ya que se sigue revisando cada categoría diagnóstica, al igual que se incluyen otras no contempladas previamente.

PLANIFICACIÓN.

La planificación es la tercera etapa del proceso de enfermería y en este contexto se define como el proceso de diseñar las intervenciones de enfermería que son necesarias para prevenir, disminuir o eliminar los problemas de salud que fueron identificados durante el diagnóstico.

El proceso de planificación utiliza:

- a) Los datos obtenidos durante la valoración.
- b) Los enunciados de los diagnósticos que presentan los problemas de salud (reales y potenciales).

COMPONENTES DE LA PLANIFICACIÓN

Tiene 6 componentes: (Kozier, 1993).

- Establecer propiedades
- Fijar los objetivos del cliente y los criterios de resultado
- Planificar las estrategias
- Redactar las órdenes de enfermería
- Registrar el plan de cuidados
- Consulta

Establecer prioridades.-

Se define como el proceso de establecer un orden preferencial para las estrategias; para poder llevar a cabo esto, se requiere que la enfermera ordene los diagnósticos de enfermería por orden de preferencia; a este respecto, los diagnósticos se pueden agrupar según la prioridad en alta, media y baja; sin embargo, esto no significa que aquellos de alta prioridad se tengan que resolver antes de considerar otros, ya que se pueden resolver en forma parcial y terminarse posteriormente de manera simultánea, con otro diagnóstico de menor prioridad; el utilizar un marco teórico o un modelo de enfermería facilita este proceso.

El fijar prioridades está influenciado por los siguientes elementos:

- La percepción de prioridades del propio cliente / paciente
- El plan general de tratamiento
- El estado general de salud del cliente
- La presencia de problemas potenciales

En el primer caso se refiere a la percepción que el paciente tiene sobre su situación, lo cual significa que cuando la situación implica un determinado riesgo vital, la enfermera debe razonar, si es posible, con el paciente el orden de prioridades acorde a su situación: Cuando esto no es posible, la enfermera es quien toma las decisiones; si no existe un riesgo vital el paciente es quien toma las decisiones sobre su cuidado y el orden en el mismo.

Tiene mayor prioridad los problemas que amenazan la vida como lo son la pérdida de las funciones respiratoria y cardíaca; los problemas que amenazan la salud generalmente tienen una prioridad media; mientras que las necesidades del crecimiento no son necesarias para sostener la vida. Las prioridades deben cambiar a medida que cambian los problemas y la terapia.

Fijar los objetivos del cliente y los criterios de resultados: Los objetivos pueden reflejar restauración, mantenimiento o promoción de la salud y éstos se establecen en términos de conducta deseada por el cliente y no de actividades de la enfermera.

Los objetivos del cliente son los cambios deseados después de la intervención de la enfermera y deben anunciarse con verbos como incrementar, disminuir, mejorar, desarrollar, etc.

Los propósitos de los objetivos del cliente son proporcionar una dirección para planificar las actividades de enfermería y que se cumplan los objetivos. Así como establecer criterios de evaluación que midan la eficacia de la intervención.

Los objetivos del cliente derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería, es decir, de la identificación de la respuesta del cliente, siendo los de corto plazo los que más se utilizan, debido a que una gran cantidad de tiempo de la enfermera se centra en necesidades inmediatas del cliente y por ende, pueden evaluar el progreso del cliente; los objetivos a largo plazo son utilizados en clientes con problemas crónicos.

Los criterios de resultado son necesarios para especificar el resultado, estos son afirmaciones que describen las respuestas del cliente en forma específica, observable y cuantificable y van a determinar si el objetivo se ha alcanzado o no; estos criterios tienen cuatro finalidades: (Idem)

- Dirigir las actividades de enfermería
- Proporcionar tiempo para planificar las actividades
- Servir como criterios de evaluación de la evolución hacia el logro del objetivo
- Hacer que la enfermera y el cliente sean capaces de determinar cuándo se ha resuelto el problema.

Componentes de los criterios de resultado.

Generalmente tienen todos o la mayor parte de los siguientes componentes:

Sujeto.- El sujeto, el nombre, es el cliente o una parte de él o un atributo suyo como puede ser el pulso o la diuresis.

Verbo.- Indica una acción que el cliente va a desarrollar. Se utilizan verbos que incluyan una conducta observable como administrar, demostrar, observar, etc.

Condiciones o modificaciones.- Deben añadirse al verbo para especificar las condiciones en las que se va a desarrollar la conducta; explican el qué, dónde, cuando o cómo.

Criterios de actuación deseado.- Indica el estándar por el que se evalúa la actuación; este puede ser tiempo, velocidad, exactitud, distancia y calidad.

Pautas para enunciar objetivos y criterios de resultado.

Estas pueden ayudar a la enfermera a anotar los objetivos y criterios de resultado.

- Escribirlos en términos de conducta del cliente; cada uno comenzará con: " El cliente podrá ", esto ayuda a ubicarse en lo que el cliente logrará cuando se alcancen los criterios de resultado, basado en lo que él hará y no en lo que haga la enfermera, por lo tanto deben evitarse verbos como capacitar, facilitar, permitir, ya que indican lo que la enfermera espera lograr (Kozier, 1993).
- Asegurarse que el enunciado del objetivo es adecuado para el diagnóstico de enfermería y que los objetivos de resultado son adecuados para el objetivo.
- Comprobar que las metas son realistas con las capacidades y limitaciones internas y externas del cliente, estableciendo límites de tiempo siempre que esté indicado. Las limitaciones internas se refieren a las condiciones físicas y psíquicas de la persona y mecanismos de defensa; las externas se relacionan con la economía, servicios sociales y apoyo familiar.
- Asegurarse de que el cliente considere importantes los objetivos y los valore.
- Corroborar que los objetivos y los criterios de resultado son compatibles con la terapia y el trabajo de otros profesionales.

- Asegurarse de que cada objetivo se deriva de un solo diagnóstico de enfermería.
- Utilizar palabras que indiquen posibilidades de observación o cuantificación al enumerar criterios de resultados, evitando palabras vagas que requieran la interpretación del observador.

Planificar las estrategias.

Las estrategias de enfermería se planean de acuerdo al diagnóstico específico para lograr los objetivos del cliente y eliminar o reducir la causa del diagnóstico de enfermería, cuando éste es potencial, la actuación debe centrarse en la reducción de los signos y síntomas.

La selección de estrategias de enfermería es un proceso de toma de decisiones e implican acciones alternativas que tengan probabilidad de solucionar el problema del cliente, tomando en consideración las consecuencias de cada una de ellas y para establecer esto, se requiere del conocimiento y la experiencia, al mismo tiempo, eligiendo una o más estrategias, siendo satisfactorias de tres a cinco para cada problema de salud, ya que más de ellas crea confusión.

Una vez que se han considerado las consecuencias de cada una de las alternativas, se elige una o más que se juzgen las más adecuadas y eficaces.

Criterios para la selección de estrategias.

- Aceptada por el cliente y adecuada a su edad y estado de salud
- Realizable con los recursos existentes
- Debe ser acorde a los valores y creencias del cliente
- Congruente con otras terapias
- Basarse en el conocimiento y experiencia de la enfermería o en el conocimiento de otras ciencias.

Redactar las órdenes de enfermería

Las prescripciones de enfermería son las acciones específicas que la enfermera debe realizar para ayudar al cliente a alcanzar los objetivos establecidos del cuidado de su salud.

El grado con que se especifica una prescripción depende de los conocimientos de la persona que va a ejecutarla y es recomendado que sean exactos al escribirlas.

Las prescripciones de enfermería incluyen componentes:

- Fecha.- Cuando son redactadas y revisadas; esta revisión debe ser regular, dependiendo de las necesidades del cliente.
- Verbo.- Encabeza la prescripción y debe ser precisa, en algunas ocasiones agregándole un adverbio puede hacer que la indicación sea mas precisa, por ejemplo: " Vendar fuertemente en espiral la pierna derecha " es más específico que " Vendar en espiral la pierna derecha ".
- Contenido y área.- Contiene el dónde y el qué de la prescripción, tomando el ejemplo anterior, sería " Vendar en espiral " y " Pierna derecha ". Aclarando si el pie o los dedos del mismo deben quedar expuestos.
- Tiempo.- Contesta cuándo, durante, cuánto y cada cuándo.
- Firma.- Demuestra la responsabilidad de la enfermera y tiene un significado legal.

La prescripción de enfermería (planes) se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Prescripciones para proporcionar un tratamiento de enfermería a un problema. En estas engloban la mayor parte de las prescripciones y son aquellas actividades que mantiene o recuperan los patrones habituales del cliente, eliminan o disminuyen los síntomas y previenen problemas agregados.

- Prescripciones para obtener datos adicionales que en ocasiones es necesario para definir mejor el diagnóstico de enfermería o para manejar un problema.
- Prescripciones para hacer extensiva la información sobre el tratamiento del problema para las personas de apoyo del cliente u otros miembros del equipo de salud.

Registrar el plan de cuidados de enfermería.

Es una guía por escrito que organiza la información sobre el cliente en un conjunto significativo y centra las actividades de enfermería necesarias para solucionar el problema diagnosticado y lograr el objetivo.

Los fines del plan son:

- Proporcionar una atención individualizada del cliente
- Asegurar la continuidad del cuidado.- Un plan escrito implica la organización y comunicación de las actividades entre las enfermeras que asumen la atención.
- Dirigir las anotaciones a realizar en las hojas de evolución.- Especifica qué observaciones hacer, las actividades que haya que realizar y las instrucciones que sean necesarias para proporcionar al cliente y a la familia.
- Ayuda a organizar el trabajo en el servicio.- Algunos aspectos acerca del cuidado del cliente pueden delegarse a otros trabajadores, cuando es necesario valorar la respuesta del cliente.

Documentación (registro) de los cuidados de enfermería.

El registro o anotación de los cuidados de enfermería es un requerimiento legal de todos los sistemas del cuidado de salud. Las notas de enfermería son registros que posteriormente pueden presentarse como evidenciante ante un tribunal.

Esta documentación proporciona la única prueba de que se han llevado a cabo los tratamientos médicos y de enfermería (Kozier, 1993).

Existen dos tipos de anotaciones de enfermería: uno son las notas generales que se anotan en el momento del contacto inicial con el cliente y otro son las anotaciones centradas en el problema que se escriben sobre los problemas específicos. Los pacientes con problemas más agudos o complejos requieren de anotaciones de enfermería más frecuentes, profundas y complejas. El formato para las anotaciones de enfermería varía en cada institución y tipo de clientes que se manejen.

PAUTAS PARA REGISTRAR EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Poner fecha y firma.
- Utilizar como títulos " diagnósticos de enfermería ", " Objetivos ", prescripciones de enfermería ", " evaluación " y los criterios para evaluar cada objetivo.
- Indicar que objetivos están revisados a través de firma u otros métodos.
- Enumerar las prescripciones de enfermería para cada objetivo, ordenado por prioridades.
- Utilizar símbolos médicos o españoles estandarizados y palabras clave, mejor que frases completas para comunicar ideas.
- No incluir todos los pasos de los procedimientos en el plan escrito. Los profesionales deben recurrir a los manuales de procedimientos o protocolos.
- Adaptar el plan a las características del cliente asegurándose que las elecciones de éste, como sus preferencias de horas para actividades ó métodos utilizados, se incluyan: con esto se refuerza la individualidad del cliente.
- Asegurarse de que el plan incluya aspectos de cuidado para prevenir problemas, promoción a la salud y rehabilitación.

- Incluir en el plan a las personas con las que la enfermera debe colaborar y coordinarse en las actividades.
- Incluir planes para el alta hospitalaria y las necesidades de cuidado en el domicilio.

CONSULTAR.-

Consultar es deliberar entre dos personas. Las enfermeras frecuentemente consultan con una diversidad del personal incluyendo otras enfermeras, durante todo el proceso de enfermería. El consultar implica buscar clarificación u opinión con respecto a los objetivos del cliente (Kozier, 1993).

Generalmente las enfermeras consultan para verificar los hallazgos (valoración), ejecutar cambios (diseño del plan) y obtener conocimientos adicionales.

El proceso de consulta consta de seis pasos:

- Identificar el problema.- Antes de consultar a alguien, la enfermera debe tener claro el problema, incluyendo las circunstancias que lo rodean.
- Recoger los datos pertinentes sobre el cliente, esto es, cuando se pretende consultar con alguien que no está relacionado con el cliente y se hace necesarios obtener datos relevantes del problema.
- Seleccionar al consultar.- Se debe consultar con un profesional de la salud reconocido, que cuente con las habilidades y conocimientos requeridos.
- Comunicar el problema y la información pertinente.- La información a transmitir debe ser en forma clara y objetiva para que el consultor no se forme ideas preconcebidas, sino que tenga una información clara de la situación, debiéndose asegurar de que los datos proporcionados son objetivos y no interpretaciones.
- Comentar las recomendaciones con el consultor.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

- Incluir las recomendaciones en el plan de cuidados del cliente. Después de ejecutar las recomendaciones, la enfermera necesita evaluar su eficacia y registrarla; si no son eficaces, puede ser necesario ver otra vez al consultor y realizar ajustes adicionales en el plan de cuidados de enfermería.

PLANIFICACION DE ALTA.-

La planificación de alta, es el proceso de prever y planificar las necesidades después del alta de un hospital o de otro centro, es parte fundamental de los cuidados sanitarios y debe incluirse en el plan de cuidados de cada cliente. Un plan de alta eficaz se inicia al ingreso de la persona, se continúa con la valoración sucesiva de las necesidades tanto del cliente como de la familia, hasta el alta (Kozier, 1993).

La enfermera puede ayudar eficazmente a los miembros de la familia a enfrentarse a lo que está sucediendo a su propio paso y estilo, así como a planear los problemas previstos, experimentando así una sensación de control y confianza.

También proporciona la oportunidad a la enfermera de identificar las necesidades de aprendizaje del cliente y la familia, pudiendo ser cubiertas estas necesidades a través de la enseñanza individualizada antes del alta o después de la misma por la enfermedad de atención domiciliaria.

En cuanto sea posible, se debe iniciar la facilitación de recursos y otras acciones antes del día del alta, para que los preparativos para la llegada del cliente a su casa estén terminados, de tal manera que la ansiedad del cliente y de la familia sea mínima.

EJECUCIÓN.

La ejecución también llamada actuación, consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados. Esta actuación según Marriner (1983) implica llevar a cabo tanto las indicaciones médicas como las órdenes de enfermería.

Tipos de actividades de enfermería.-

Para describir las actividades de enfermería, con frecuencia se utilizan las palabras dependiente, independiente y de colaboración.

Una actividad INDEPENDIENTE de enfermería es aquella que realiza la enfermera como resultado de su propio conocimiento y capacidad (Munding lo denomina " práctica autónoma de enfermería "). La enfermera determina que el cliente requiere ciertas actividades de enfermería y las lleva a cabo o las delega a otras enfermeras siendo ella responsable tanto de la decisión como de las actividades.

Bulecheck y McCloskey (1987) han identificado una taxonomía para las actuaciones de enfermería independientes. Una taxonomía es un grupo de clasificaciones que se ordenan y se arreglan basándose en un principio único o en un grupo coherente de principios (Blomm, 1956).

Las actividades DEPENDIENTES de enfermería son aquellas que se realizan bajo la indicación o supervisión de un médico y de acuerdo a las rutinas establecidas, este tipo de actividades están relacionadas generalmente con la enfermedad del cliente y es de suma importancia que la enfermera las lleve a cabo, además que las acciones que realiza ésta están asociadas con la prescripción (Kozier, 1993).

Las actividades de enfermería EN COLABORACION son aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud, como resultado de una decisión conjunta del equipo.

La ANA describe la colaboración como " una interrelación verdadera, donde el poder de ambas partes se valora por igual, donde se reconoce y acepta la diferenciación de las áreas de actividades y responsabilidades, aunque sean complementarias, se salvaguardan los intereses legítimos de cada parte y los objetivos se reconocen por ambos lados " (ANA, 1980). Para que las actividades de colaboración sean efectivas, es necesario que las enfermeras tengan competencia clínica, confianza en sus conocimientos y capacidades y asumir la responsabilidad de sus actos.

El tiempo que la enfermera pasa en cada tipo de actividad depende del tipo de área clínica, el tipo de servicio y la posición específica de la enfermera.

PROCESO DE EJECUCIÓN.

Se incluye la actuación de la valoración del cliente, la validación del plan de cuidados, la determinación de las necesidades de apoyo, la aplicación de las estrategias y la comunicación de las actividades de enfermería. La valoración del cliente y la validación del plan de cuidados son procesos que se llevan a cabo en forma continua a lo largo de toda la ejecución (Idem).

Actualización de la valoración del cliente.-

Después de haber realizado la valoración en la primera fase del proceso de enfermería, la revaloración en las siguientes fases suele enfocarse a las necesidades y /o respuestas del cliente; a través de este mecanismo, la enfermera puede darse cuenta si las estrategias planificadas son apropiadas o no en ese momento y puede requerirse un cambio de las mismas y de las prioridades.

Tanto las actividades independientes como las dependientes y en colaboración deben aplicarse una vez que se ha valorado al cliente. La profesional debe mantener una estrecha comunicación con el cliente para aliviar su ansiedad y revisar el plan de cuidados en forma apropiada.

Validación del plan de cuidados.-

El plan de cuidados no es fijo, sino flexible. Una vez recogidos los nuevos datos la enfermera compara el plan de cuidados existente y juzga si es válido aún o es imprescindible ajustarlo tomando en cuenta nuevas condiciones.

Determinación de las necesidades de apoyo.-

En muchas ocasiones, la enfermera requiere de apoyo para poner en práctica las estrategias. Generalmente se necesita de apoyo por varias razones: porque una sola persona no puede desarrollar una actividad, porque es necesario más de una persona para disminuir el estrés del cliente y cuando el profesional no cuenta con conocimientos o experiencia en el desarrollo de determinada práctica.

Ejecución de las estrategias de enfermería.-

El llevar a cabo las estrategias ayuda al cliente al logro de los objetivos.

La práctica de enfermería puede enfocarse a cualquiera de los cuatro campos: promoción, mantenimiento, recuperación de la salud y cuidado durante la muerte; en cada uno de estos campos se llevan a cabo actividades independientes, dependientes y en colaboración.

Para ejecutar las estrategias de enfermería se debe considerar lo siguiente:

- La individualidad del cliente
- La necesidad del cliente de participar en su cuidado
- La prevención de complicaciones
- Mantenimiento de las defensas naturales
- Proporcionar comodidad y apoyo al cliente
- Desarrollo de las actividades de forma cuidadosa y exacta

Comunicación de las actividades de enfermería.-

Se deben comunicar en forma verbal y escrita una vez que se hayan llevado a cabo, ya que si se registran anticipadamente puede que la enfermera decida no llevarlas a cabo después de valorar nuevamente al cliente; también puede existir objeción por parte del cliente. En algunos casos, es importante notificar de inmediato la actividad realizada, lo cual protege al cliente de posibles errores (Kozier, 1993).

Las enfermedades pueden realizar informes verbales a la hora del cambio de turno y cuando el paciente cambia de hospital o pasa al cuidado extrahospitalario.

CAPACIDADES NECESARIAS PARA LA EJECUCIÓN

Para desarrollar las actividades de enfermería, se necesitan tres tipos de capacidades: cognoscitiva, interpersonal y técnica o manual.

Las capacidades cognoscitivas (intelectuales) necesarias para la ejecución son la toma de decisiones, la resolución de los problemas, el pensamiento crítico y la creatividad.

Las capacidades INTERPERSONALES son todas las actividades que utiliza una persona para comunicarse con otra, ya sean verbales o no verbales. La eficacia de una actividad de enfermería depende, en gran medida, de la habilidad que tenga una enfermera para comunicarse con los demás.

Las capacidades MANUALES son aquellas que se realizan con las manos, muchas de ellas se denominan procedimientos o técnicas psicomotoras. Las capacidades técnicas requieren de un gran conocimiento por parte de la enfermera, incluyendo cada uno de los principios en los que se basan los pasos del procedimiento. Resulta especialmente importante el conocer los principios científicos en los que se basa un procedimiento, ya que esto es lo que permite adaptarlos sin riesgo a cada cliente, además las capacidades técnicas requieren de destreza manual.

Cuando la enfermera realiza procedimientos que requieren habilidades técnicas, es imprescindible que valore al cliente antes, después y durante el procedimiento.

EVALUACIÓN.

Evaluar es juzgar o valorar. Dentro de enfermería consiste en valorar el grado en el que se han alcanzado los objetivos (Alfaro, 1996).

La evaluación es la quinta etapa del proceso de enfermería y es fundamental dentro del mismo, ya que de las conclusiones que se obtienen se determina si la intervención de enfermería debe terminarse, revisarse o cambiarse.

Constituye un proceso continuo y terminal. Continuo porque se realiza durante la ejecución, en donde la primera enfermera pregunta cómo reacciona el cliente ante su actuación; muchas veces la profesional se ve obligada a cambiar alguna actividad planteada para que el cliente logre los objetivos. Es un proceso terminal, ya que una vez que la enfermera ha concluido su plan de cuidados evalúa si se han cubierto o no los objetivos del cliente.

La evaluación es una actividad organizada que tiene una finalidad, a través de ella, la enfermera acepta la responsabilidad de sus actos, indican su interés en los resultados y demuestran el deseo de no perpetuar las actividades ineficaces, adoptando otras.

El proceso de evaluación consta de seis etapas:

- 1.- Identificar los criterios de resultado, que utilizará para determinar el grado de alcance de los objetivos.
- 2.- Recoger datos en relación con los criterios identificados y juzgar si los objetivos se han logrado.
- 3.- Cuantificación del logro de objetivos
- 4.- Relacionar las actividades de enfermería con los resultados
- 5.- Analizar el plan de cuidados de los clientes
- 6.- Modificar el plan de cuidados

1.- Identificación de los criterios de resultado.-

Es utilizada para evaluar la respuesta del cliente a las acciones de enfermería. Los criterios tienen dos propósitos: Orientar a la clase de datos de evaluación que se necesita obtener y proporcionar un estándar para esos datos.

Cuando los criterios están bien definidos son precisos y mensurables y orientan al siguiente paso del proceso de evaluación que es la recogida de datos.

2.- Recolección de datos.-

Los datos se recogen de manera que se puedan obtener conclusiones sobre el grado de alcance de los objetivos. Los datos guardan relación con los criterios de resultado, obteniéndose a través de la observación, comunicación directa con el cliente o de los registros de otros profesionales de la salud. El registro de los datos debe ser exacto y conciso para facilitar la tercera etapa de evaluación (Idem).

3.- Cuantificación del logro de objetivos.-

Consiste en comparar los datos recogidos con los criterios establecidos. Para evaluar el logro de objetivos, existen tres probables resultados:

- Se ha logrado el objetivo, la respuesta del cliente es la esperada
- El objetivo se ha alcanzado parcialmente, por ejemplo, se logra alcanzar el objetivo a corto plazo, no así el de largo plazo.
- No se ha cubierto el objetivo.

4.- Relación de las actividades de enfermería con los resultados de los clientes.-

Esta etapa consiste en determinar si las actividades de enfermería tienen alguna relación con los resultados.

5.- Revisión del plan de cuidados de los clientes.-

La evaluación de los resultados proporciona la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de cuidados ha dado resultado, reduciendo o previniendo eficazmente los problemas del cliente, por lo tanto, la enfermera debe revisar todo el proceso de enfermería, independientemente si se cubrieron o no los objetivos.

Cuando los objetivos se han alcanzado se debe tomar una de las siguientes alternativas:

- Si el problema diagnosticado ya se ha solucionado y la enfermera constata que se ha alcanzado el objetivo, se abandona el plan realizado para su logro.
- A pesar de haberse alcanzado el objetivo el problema persiste, por tanto la enfermera debe continuar su actividad.
- Cuando los objetivos no se han cubierto o se logran parcialmente, la enfermera debe realizar la base de datos, los propios diagnósticos y las estrategias.
- Base de datos.- Debe revisarse para corroborar que es completa y correcta, ya que de lo contrario afectaría a las etapas siguientes del proceso de enfermería. En algunas ocasiones esta nueva información puede invalidar toda la base de datos, requiriéndose por tanto, realizar nuevamente todo el proceso.
- Diagnósticos establecidos.- Deben volverse a establecer diagnósticos si la base de datos era incompleta. Aunque la información sea la correcta, se deben revisar los diagnósticos para determinar si el problema no se identificó correctamente o no corresponde con los datos.
- Objetivos establecidos.- Se deben revisar los objetivos si el diagnóstico no era el correcto o apropiado; en caso de ser correcto, la enfermera debe corroborar si los objetivos son realistas o alcanzables y determinar si las prioridades han cambiado o no (Alfaro, 1996).

- Estrategias de enfermería.- La enfermera investiga si las estrategias elegidas fueron las mas adecuadas y si guardan relación con los objetivos. Cuando los diagnósticos y objetivos son correctos, lo más lógico es que las estrategias elegidas no hayan sido las mas apropiadas para cubrir los objetivos, sin embargo, antes de seleccionar otras, la enfermera debe constatar que se cumplieron las órdenes, ya que puede suceder que no se hayan llevado a cabo por el resto de los profesionales por no ser claros y razonables, tomando en consideración los recursos de los que se disponían tanto de persona, económico y de equipo.

6.- Modificación del plan de cuidados.-

Cuando existe la necesidad de cambiar el plan de cuidados, la enfermera debe llevar a cabo los siguientes pasos:

- Cambiar los datos de la columna de valoración para reflejar los nuevos hallazgos, poniendo fecha y resaltándolos de alguna manera, de tal forma que indiquen que son nuevos (por ejemplo con otro color, subrayándolos, etc.).
- Revisar los diagnósticos, poniéndoles fecha a los nuevos.
Hacer una revisión de las prioridades del cliente, los objetivos y los criterios de resultados, anotando la fecha.
- Establecer nuevas estrategias que sean acordes con los diagnósticos.
- Cambiar los criterios de resultados, ajustándolos a los otros cambios del plan de cuidados (Alfaro, 1996).

4.6.- EL PROCESO DE ENFERMERIA BASADO EN VIRGINIA HENDERSON

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado que se basa en principios y reglas que se han comprobado efectivos en la promoción de la calidad de los cuidados eficientes y eficaces orientados al logro de los objetivos, aplicándolos en la vida diaria en la resolución de problemas; tomando decisiones, aprovechando las oportunidades y los recursos. El proceso consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados, siendo; valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. En los cuales nos permite realizar acciones para alcanzar el máximo resultado a largo plazo, caracterizado por su humanidad porque el plan de cuidados se desarrolla y se pone en práctica de la forma que los intereses e ideales únicos del cliente y de las personas significativas para él, reciban la mayor consideración.

El proceso de enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia y el grado de satisfacción y progreso del cliente; esto permitirá lograr los objetivos de los cuidados de enfermería; como son: (Afaro, 1996).

- Promover, mantener o restaurar la salud en el caso de enfermedades terminales, lograr una muerte tranquila.
- Permitir a las personas manejar sus propios cuidados de salud.
- Proporcionar cuidados de calidad y a un costo efectivo.
- Buscar formas de manejar la satisfacción mediante los cuidados de salud.

GUIA PARA LA VALORACION
DE LAS 14 NECESIDADES
BASICAS

A continuación se desarrolla la " GUIA PARA LA VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS ", siguiendo el modelo de Henderson de acuerdo con los principios anteriormente expuestos:

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Factores que influyen esta necesidad (Fernández, 1995)

- Biofisiológicos: Edad, alineación corporal, talla corporal (relación talla/peso), nutrición e hidratación. Sueño / reposo / ejercicio. Función cardiaca. Función respiratoria, estado de la red vascular (arterial y venosa).
- Psicológicos: Emociones (miedo, ira, tristeza, alegría, etc.) ansiedad /estrés, inquietud, irritabilidad, etc.
- Socioculturales: Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes, tales como estilo de vida, habito de fumar). Entorno físico próximo (trabajo, casa, habitación, hospital), entorno físico de la comunidad (altitud, temperatura, clima, contaminación ambiental).

OBSERVACIONES

- Signos vitales (pulso central y periféricos, tensión arterial, temperatura y patrones respiratorios), ruidos respiratorios, movimientos del tórax, secreciones, tos, estado de las fosas nasales, aleteo nasal, color de la piel y mucosas, temperatura de la piel, circulación de retorno (venas varicosas).

- Dolor asociado con la respiración, dificultad respiratoria.
- Estado de conciencia, existencia de agitación.
- Calidad del medio ambiente: Polución. Humedad, sistemas de ventilación, corrientes de aire, espacios verdes.

INTERACCIONES

- Si fuma. ¿ Que sabe acerca de fumar ?, ¿ Desde cuando fuma ?, ¿ Cuantos cigarrillos / puros / etc. fuma al día ?, ¿Varía la cantidad según su estado emocional?
- ¿ Cómo influencia la realización de las actividades de la vida cotidiana en su respiración ? (Sensación de ahogo al subir escaleras, cambios de ritmo respiratorio al andar deprisa, etc.)
- ¿ Cómo influencia su estado de ánimo en su respiración ? (Si aumenta o disminuye la frecuencia, ritmo, etc.)
- ¿ Tiene conocimientos sobre una respiración correcta ?
- ¿ Conoce y /o utiliza técnicas que cree que le mejoran en su respiración (relajación, yoga...) ?
- ¿ Tiene cambios de temperatura en las extremidades que no guarden relación con la temperatura ambiental ?
- ¿ Es propenso a sufrir hemorragias ? ¿ De que tipo ?
- ¿ Tiene algunos antecedentes de problemas cardiorespiratorios ? (Dolor precordial, taquicardias, asma, alergias, etc.).

2. NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION

Factores que influncian esta necesidad

- Biofisiológicos. Edad, talla, constitución corporal y patrón de ejercicio
- Psicológicos. Emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida / bebida.
- Socioculturales. Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes) status socioeconómico, entorno físico próximo (casa, comedor, olores), entorno físico lejano (Clima, temperatura), religión, trabajo (horarios, tiempo disponible, tiempo entre comidas, comer solo o acompañado...).

OBSERVACIONES

- Antropometría (peso, talla, pliegue de la piel y diámetro del brazo). Estado de la piel. mucosas, uñas y cabello; funcionamiento neuromuscular y esquelético; aspecto de los dientes y encías; capacidad para masticar y deglutir, funcionamiento tracto digestivo.
- En caso de heridas, tipo y tiempo de cicatrización.
- Dolor, ansiedad, estrés, trastornos del comportamiento, disminución de energía, apatía, debilidad, irratibilidad, trastornos de la conciencia y agitación.
- Condiciones del entorno que faciliten / dificulten en la satisfacción de esta necesidad.

INTERACCIONES

- ¿Cómo influencia el estado de ánimo en su alimentación e hidratación? (Ansiedad, estrés, conflictos: si aumenta o disminuye la ingesta o sea relación con anorexia y polifagia).
- ¿ Que antecedentes familiares tiene con respecto a talla, corpulencia, peso y hábitos alimentarios ?
- ¿ Que sentido le da a la comida ? (castigo, amor, recompensa, supervivencia, paliativo del aburrimiento...)
- ¿ Con quién come habitualmente ?
- ¿ Dónde come ? (Restaurante, casa, otros)
- ¿ Cuales son los patrones familiares con respecto a la comida ? (Motivo de encuentro e intercambio, momento destinado a ver la TV, oír la radio, leer y distribución de roles alrededor de la comida)
- ¿ Que alimentos ha tomado en las últimas 72 horas ? (registro dietético para valorar si conoce los cuatro grupos básicos de alimentos y que tipo de alimentación realiza)
- ¿ Que horario y número de comidas habituales realiza ? (relación con trabajo y patrones culturales)
- ¿ Que cantidad y tipo de líquidos bebe al día ? ¿Cuál es la pauta de ingesta ?
- ¿ Que preferencia / disgusto siente por determinados alimentos ? (impedimentos ideológicos o religiosos con respecto a la comida, influencias socioculturales, si relacionan obesidad con salud) por la temperatura de los mismos.
- ¿ Qué dificultades encuentra para procurarse, almacenar y prepararse alimentación adecuada ? (Del entorno, económica, de conocimientos, de habilidad / capacidad personal).
- ¿ Conoce las necesidades de alimentación e hidratación y su relación con la edad y con la actividad ?

- ¿ Conoce los factores que favorecen su digestión y asimilación ? (No comer alimentos que produzcan flatulencia, comer despacio, masticando e insalivando bien, no acostarse inmediatamente después de comer, etc).
- ¿ Han habido cambios recientes de dieta o de peso ? ¿ Por qué ? (relacionados con modas, costumbres, auto imagen).
- ¿ Tiene algún problema al masticar y / o tragar la comida / bebida ?, ¿ Con qué cree que está relacionado ? (problemas de salud, dentales...)
- ¿ Tiene en la actualidad algún problema digestivo ? (ardores, nauseas, vómitos, pérdida de apetito...)

3. NECESIDAD DE ELIMINACION

Factores que influyen esta necesidad (Fernández, 1995)

- Biofisiológicos. Edad, nivel de desarrollo, nutrición e hidratación, ejercicio.
- Psicológicos. Emociones, ansiedad, estrés, estado de ánimo.
- Socioculturales. Organización social (servicios públicos, cumplimiento de normas de salubridad), estilo de vida, hábitat, entorno adecuado, influencias familiares y sociales (hábitos aprendizajes, aspectos culturales, condicionantes), clima.

OBSERVACIONES

- Orina (coloración, claridad, olor, cantidad, pH, frecuencia, densidad, frecuencia de proteínas, sangre, glucosa y cuerpos cetónicos); heces (coloración, olor, consistencia, frecuencia, configuración, presencia de sangre y constituyentes anormales); sudor (cantidad y olor); menstruación (cantidad, aspecto, color).

- Estado del abdomen y del periné.
- Estado de conciencia, cambios del patrón del sueño y del comportamiento, capacidades sensoriales. perceptuales, neurológicas y motrices.
- Condiciones del medio que ayudan / dificultan la satisfacción de esta necesidad.

INTERACCIONES

- ¿Cuales son sus patrones habituales de eliminación? (heces, orina, menstruación, sudoración).
 - ¿Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación?
 - ¿Se siente satisfecho respecto a sus patrones habituales de eliminación? (frecuencia diurna y nocturna, cantidad y calidad, confortabilidad, sensación de bienestar, etc.).
 - ¿ El cambio de entorno (viajes, lugar, intimidad, postura, etc.) modifica los hábitos de eliminación ? ¿ cuales ?
 - ¿El cambio de horarios modifica los hábitos de eliminación? ¿Cuáles?
 - ¿Que tipo de hábitos higiénicos utiliza en la necesidad de eliminación?, La modificación de estos hábitos ¿ le causa algún tipo de problemas?
 - ¿Conoce medidas no medicamentosas de ayuda? (masajes, dieta, hidratación, ejercicio físico) ¿ Cuáles ?
 - En la actualidad ¿ Tiene algún problema relacionado con la necesidad de eliminación ? (ardor al orinar, necesidad de laxantes para evacuar, hemorroides, dolor al defecar u orinar, dolor menstrual, etc.)
 - En caso de problemas de eliminación (incontinencia, colostomías, sudoración excesiva o de olor desagradable).
- ¿Cómo le afectan en su auto concepto / auto imagen y en su vida de relación?
- En el supuesto anterior. ¿ Realiza o ha realizado los aprendizajes necesarios para resolver o neutralizar el problema ?

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Factores que influyen en esta necesidad

- **Biofisiológicos** Constitución y capacidad física (nivel de energía individual, edad, crecimiento y desarrollo físico).
- **Psicológicos** Emociones, personalidad de base y estado de ánimo.
- **Socioculturales** Influencias familiares y socioculturales (hábitos, aprendizajes, raza, valores, creencias y costumbres, rol social, organización, social, tiempo dedicado a la actividad / ejercicio, hábitos de ocio / trabajo, entorno físico lejano (clima, temperatura, altitud). Entorno físico próximo (temperatura, mobiliario, barreras ambientales).

OBSERVACIONES

- Estado del sistema músculo esquelético (fuerza / debilidad muscular, firmeza en la marcha, tono muscular, gama de movimientos, postura adecuada de pie, sentado y acostado), necesidad de ayuda para la deambulacion y / o mantenimiento de una postura correcta, coordinación voluntaria, presencia de temblores, ritmo de movimientos: constantes vitales (pulso, tensión arterial).
- Estados de apatía, de postración, estado de conciencia, estados depresivos, sobreexcitación, agresividad.
- Cualidades ergonómicas de su entorno inmediato.

INTERACCIONES

- ¿Cuál es su postura habitual relacionada con su ocupación, rol social o pertenencia a determinado grupo cultural ?
- ¿ Cuántas horas del día cree usted que está sentado, andando, de pie, reclinado ? ¿ Se considera una persona activa o sedentaria ?
- ¿ Conoce la importancia de esta necesidad y medidas saludables de vida con respecto a ella ? (consecuencias de la hipoactividad o de malas posturas prolongadas, elección de mobiliario y calzado adecuado, etc.).
- ¿ Sabe como realizar ejercicios activos y pasivos que mejoren la movilidad y la tonicidad muscular ?
- ¿ Cómo influyen sus emociones en esta necesidad ?
- ¿ Cómo influyen sus creencias y / o valores de comunicación intercultural en esta necesidad ? (posturas y movimientos aceptados para determinadas culturas....).

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Factores que influyen esta necesidad

(Fernández, 1995)

- Biofisiológicos Edad, ejercicio, alimentación / hidratación.
- Psicológicos Estados emocionales, ansiedad, estrés.
Estado de ánimo, hipnograma (características del sueño de la persona).

- Sociocultural Influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, normas sociales, practicas culturales, siesta), trabajo entorno próximo o del hábitat (iluminación, ruido, colores, mobiliario). entorno lejano (clima, altitud, temperatura), creencias y valores, estilo de vida (horario de trabajo...)

OBSERVACIONES

- Nivel de ansiedad / estrés, lenguaje no verbal (ojeras, postura, bostezos, concentración y atención). Estado que presentan los ojos (enrojecimiento, hinchazón), expresión de irritabilidad o fatiga, dolor, inquietud, laxitud y apatía, cefaleas, estado de conciencia y respuesta a estímulos.
- Condiciones del entorno que ayudan / impiden la satisfacción de esta necesidad (sonido, luz, temperatura, adaptación de la cama, colchón, almohada o ropa, a la talla o situación de la persona).

INTERACCIONES

- ¿Cuál es su patrón y tipo habitual de sueño ? (horas, horario, duración, siestas, si se despierta por la noche, necesidad de levantarse durante la noche, sueño profundo, si se despierta con estímulos suaves o no....) ¿ Le resulta suficiente o adecuado ?
- Habitualmente, ¿ duerme solo /a o acompañado/a ?

- Los cambios en el entorno, en su situación y hábitos, modifican o alteran su patrón de sueño ? especificar cuáles y cómo.
- ¿ Cuánto tiempo necesita habitualmente para conciliar el sueño ?
- ¿ Cómo la influyen las emociones en la necesidad de dormir y reposar ? (en situaciones de estrés, ansiedad, modificaciones en el peso, en constantes vitales, etc.).
- ¿ Sabe cómo reducir y controlar las tensiones y el dolor ?
- ¿ Qué hace normalmente cuando necesita descansar ? (leer, dormir, relajarse, etc.). ¿ Hay algo que interfiera en su descanso en este momento?
- ¿ Qué sentido tiene para usted el dormir ? (como rutina, obligación, placer, relajación, evasión, compensación) ¿ Conoce los efectos positivos y negativos de cada una de estas formas de comportamiento?
- ¿ Tiene sueños / pesadillas cuando duerme ?
- ¿ Utiliza algún medio con el fin de facilitar el sueño ? (Masajes, relajación, visualización, música, entretenimiento, lectura).
- ¿ Utiliza algún tipo de medicamento para dormir o estimularse ? si lo utiliza ¿ conoce sus efectos ?
- ¿ Cuánto tiempo diario utiliza para el reposo / descanso ? ¿ Donde ? (Trabajo, casa, entorno social, masajista, bar...).

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Factores que influyen esta necesidad (Fernández, 1995)

- **Biofisiológicos** Edad, desarrollo, psicomotor, talla corporal, tipo de actividades.
- **Psicológicos** Emociones (Alegría, tristeza, ira), personalidad de base, estado de ánimo y auto imagen.
- **Socioculturales** Influencias familiares (hábitos, aprendizajes), status social, trabajo, cultura (moda, perteneciente a un determinado grupo social, actitudes de reserva y pudor), creencias (uso del color negro para expresar el duelo), religión, significado personal de la ropa, entorno próximo (temperatura del hábitat), entorno lejano (clima, temperatura, medio rural / urbano).

OBSERVACIONES

- Edad, peso, estatura, sexo, handicap, capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse.
- Utilización incontrolada del vestirse y desvestirse (negativa, exhibicionismo, desinterés / rechazo frente a la necesidad, apropiación de los vestidos de otro), vestido incompleto, descuidado, sucio o inadecuado a la situación. Tipo y cantidad de accesorios / abalorios.
- Condiciones del entorno (espacio para guardar la ropa limpia y sucia, para lavarla, secarla).

INTERACCIONES

- ¿ Qué significado tiene la ropa en cuanto a su imagen o cobertura de alguna otra necesidad ? (autoestima, relaciones con los demás, etc.).
- ¿ Cree que el modo de vestir marca diferencias personales, sociales, culturales, etc ?
- ¿ Puede decidir por si mismo/a la ropa que se pone habitualmente ? (En hospital, residencia de ancianos, trabajo...)
- ¿ Conoce la relación entre calidad / cantidad de ropa necesaria para la adecuada acomodación al propio cuerpo y a la temperatura ambiente ?
- ¿ Necesita algún tipo de ayuda para decidir el tipo de ropa o para vestirse / desvestirse ? en caso afirmativo, ¿ Conoce cómo adaptarse a una limitación o handicap en esta necesidad y dispone de los recursos materiales o humanos para ello ? (Ante una dificultad en abrocharse los cinturones, cambiarlos por velcro como sistema de cierre, disponer de mas tiempo para realizarlo, etc).
- Ante situaciones de la vida, causantes de estrés o conflicto, ¿ se afecta su modo de vestir ?, ¿ Cómo ?
- ¿ Tiene algún objeto accesorio del vestir que tenga significación especial para Ud. ?, ¿Cuál es ?
- ¿ Tiene algún tipo de indumentaria relacionada con valores o creencias que considere necesario mantener ?
- ¿ De qué forma le afecta el vestirse o desvestirse en un sitio extraño, ante personas o con ayuda de otras personas ? (intimidad...)

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACION

Factores que influncian esta necesidad

(Fernández, 1995)

- Biofisiológicos Edad, sexo, ejercicio, tipo de alimentación, ritmos cardiacos.
- Psicológicos Ansiedad, emociones.
- Socioculturales Entorno físico próximo (casa, lugar de trabajo, habitación), entorno físico lejano (clima, altitud, temperatura), raza o procedencia étnica / geográfica, status económico.

OBSERVACIONES

- Constantes vitales (temperatura), coloración de la piel, transpiración, temperatura ambiental.
- Disconfort, irritabilidad, apatía.
- Condiciones del entorno físico próximo que ayuden / limiten la satisfacción de esta necesidad (sistemas de calefacción, control sobre ellos, etc.).

INTERACCIONES

- ¿ Qué temperatura le produce sensación de bienestar, el calor o el frío ¿ Se adapta fácilmente a los cambios de temperatura ambiental ?
- ¿ Tiene alguna creencia o valor que mediatice sus comportamientos en la necesidad de termorregulación ? (uso de alcohol para entrar en calor...)
- ¿ Qué recursos utiliza (bebidas calientes, ropa, actividades físicas, aire acondicionado) y que limitaciones de conocimiento, económicas, tiene en las situaciones de cambio de temperatura ?
- Las emociones intensas (miedo, ansiedad, ira) ¿ Cómo le afectan esta necesidad ?, ¿ Sabe cómo controlarlas ?

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Factores que influyen en esta necesidad
(Fernández, 1995)

- Biofisiológicos Edad, desarrollo, alimentación, ejercicio / movimiento, temperatura corporal.
- Psicológicos Emociones, estado de ánimo, inteligencia, auto imagen, psicomotricidad.
- Socioculturales Cultura, educación, corrientes sociales, modas (productos de belleza), organización social (casa, lugar de trabajo), influencias familiares (hábitos y aprendizajes), ambiente lejano (clima, temperatura ambiente).

OBSERVACIONES

- Capacidad de movimiento, estado de la piel (color, textura, turgencia, presencia de manchas, temperatura, humedad, lesiones), estado del cabello, uñas, orejas, ojos, nariz, boca (aliento, dientes....) y mucosas, olor corporal.
- Expresión facial / corporal de confort, efectos del baño o ducha (relajación física y psicológica).
- Condiciones del entorno (equipamiento y material adaptados a las necesidades individuales y hábitos personales).

INTERACCIONES

- ¿ Conoce la relación entre estilo de vida y satisfacción de esta necesidad ?
- ¿ Qué significado tiene para Ud. la limpieza ? (Auto imagen, reflejo del estado emocional, relación o comunicación con los demás....)
- ¿ Describa la forma en que cuida de su cuerpo en relación con las actividades de higiene (tipo, frecuencia, cantidad).
- ¿ Cómo le afecta el hecho de que sus necesidades de higiene sean satisfechas con ayuda de otra persona o ante personas ?
- ¿ Tiene preferencias horarias respecto a su aseo diario ?
- ¿ Que hábitos higiénicos considera imprescindibles mantener ? (Lavarse dientes y manos después / antes de comer o eliminar...).

- ¿ Tiene por costumbre utilizar algún producto específico ? (Colonias, antisépticos bucales, compresas, cremas...).
- ¿ Existen en su entorno inmediato que limitan o imposibilitan unos hábitos saludables de higiene ? (creencias o valores familiares, no lavarse durante la regla, no debe lavarse la cabeza a diario, ducha a diario nociva, condiciones de hábitat, equipamiento, material, condiciones económicas, creencias personales, modas).
- Ante situaciones de la vida, causantes de estrés o conflicto, ¿ se afecta su necesidad de higiene ? ¿ Cómo ? (influencia de emociones: aumento de transpiración, secreciones, etc).

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Factores que influyen esta necesidad

(Fernández, 1995) .

- Biofisiológicos Edad, etapa de desarrollo, mecanismos de defensa fisiológicos (termorregulación, sistema inmunológico), estabilidad psicomotora.
- Psicológicos Mecanismos de defensa, métodos de afrontamiento (competencias personales), estrés, estabilidad psíquica, personalidad de base, emociones y diferentes estados de ánimo.

- Socioculturales Sistema de apoyo familiar y social, cultura, religión, educación, status socioeconómico, rol social, estilo de vida, organización social, valores y creencias, entorno lejano (clima, temperatura, humedad, ruido, etc). Entorno próximo (iluminación, mobiliario, ruidos, etc).

OBSERVACIONES

- Integridad neuromuscular de los sentidos y del sistema inmunológico.
- Ansiedad, falta de control, falta de habilidades de afrontamiento, absentismo laboral, somatizaciones, aspecto descuidado, inhibición, desconfianza, agresividad, alteraciones en la sensopercepción o en la conciencia originadas por sobré exposición a estímulos o por derivación, interacciones con personas significativas, comportamientos peligrosos.
- Auto concepto / autoestima (si protege o evita mirar o tocar zonas de su cuerpo, armonía en el aspecto físico, existencia de cicatrices, deformidades congénitas o no, alteraciones en el funcionamiento del cuerpo).
- Condiciones del ambiente próximo (temperatura, humedad, iluminación, barreras ambientales, suelo encerado, mojado, barandillas en la cama, etc, ruidos), salubridad del ambiente lejano (alcantarillas,,polución...).

INTERACCIONES

- ¿ Qué miembros componen su familia de pertenencia ? ¿ Que miembros componen su familia de referencia ?
- ¿ Cómo influyen las emociones intensas en su necesidad de seguridad física y psicológica ? (se queda paralizado, hiperactivo...)
- ¿ Conoce las medidas de prevención de accidentes en su trabajo y en su casa? (Almacenaje de productos tóxicos o de limpieza, medicamentos, conducciones de gas, sistema eléctrico, etc) ¿ las utiliza ? ¿ Controla su funcionamiento periódicamente ?
- ¿ Realiza los controles de salud periódicos recomendados para cada edad y situación de la persona y familia ? (cartilla de vacunaciones infantil, vacunaciones antigripales en el anciano o personas de riesgo, vacunaciones y control de animales domésticos, revisiones médicas, control de la tensión arterial, etc.).
- ¿ Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades ? (examen periódico de mamas, testículos, visión, audición, etc.) ¿ Las utiliza ?
- Si necesita algún tipo de ayuda (para la deambulación, visión, audición, etc). ¿ La utiliza y está adaptada a sus necesidades ?
- ¿ Conoce las medidas de prevención de enfermedades infectocontagiosas y agresiones del entorno ? (Tormentas, rayos, inundaciones, fuego.) ¿ Las utiliza ?

- ¿ De que modo maneja las situaciones de tensión en su vida ? (Enfadarse consigo mismo o con los demás, culpabilizar a los demás de su situación, hablar con la persona que está implicada en el problema, sentirse ansioso, rezar, leer, escuchar música o realizar actividades relajantes, dedicarse a actividades intelectuales, infravalorarse, adoptar un comportamiento inhibido, sumiso o activo).
- ¿ De qué forma maneja su familia las situaciones de estrés ? (flexibilidad en el rol, quién toma las decisiones, solución a la disparidad de criterios entre los miembros del grupo familiar).
- ¿Cuál es el rol o status que ocupa en la familia ?
- ¿ Ha sufrido alguna alteración física que haya alterado su auto imagen / auto concepto?
- ¿ Es o ha sido mas difícil de lo previsible aceptar los cambios ocurridos a raíz de una situación de cambio o crisis ? (Enfermedad, amputación, cirugía).
- ¿ Pertenece a alguna organización, asociación o grupo social o religioso ? ¿ Le proporciona sentimientos de pertenencia y seguridad ?
- ¿Qué personas o grupos le han ayudado a sobrellevar la situación de crisis?,
¿ Cómo ?
- ¿ Qué personas pueden ayudarle en la actualidad ? (Familia, amigos, vecinos).
¿ Cuáles cree Ud. que le aportan sentimientos de seguridad y que estarían dispuestos a ayudarle ?

- ¿ Cómo ha reaccionado la familia ante sus problemas actuales de salud ?
(Actitud de aceptación y apoyo, rechazo, abandono o indiferencia).
- En situaciones anteriores de crisis o de cambio. ¿Ha sido capaz de identificar las necesidades de apoyo, las personas, recurso que pueden presentarlo y abiertamente?
- ¿ Cómo percibe su situación actual, en cuanto a mantener un tipo de vida en armonía consigo y con su entorno ?
- ¿ Cuáles son sus metas en un futuro próximo (tres - cinco años) ?
- ¿ Cómo planeas lograrlas ?
- ¿ Dispone de espacio propio en su entorno inmediato, casa, trabajo u hospital ?, en caso negativo ¿ En qué medida le afecta en sus sentimientos de seguridad psíquica?
- ¿ Se encuentra en una situación económica que le proporciona seguridad física y psicológica ?, ¿ Breves cambios ?, ¿Le preocupa respecto al futuro?
- ¿ Tiene sentimientos de control sobre si mismo (Equilibrio, entre dependencia e interdependencia) y sobre el medio ?
- ¿ Cuáles son sus hábitos respecto a drogas, alcohol, tabaco, café, té, bebidas con cola y medicamentos ?
- ¿ Qué cantidad / día semana consume ? ¿ En compañía o en solitario ?
¿ Cual / es cree Ud. que es / son la / s causa / s de este consumo ?

- ¿ Conoce los efectos del consumo de estas sustancias sobre su salud y sus relaciones ?
- ¿ Conoce técnicas para mejorar su estado de bienestar, su salud, sus relaciones consigo mismo y con los demás, y para aumentar las competencias en el manejo del estrés ?
- (Técnicas de asertividad, técnicas de relajación, técnicas de resolución de problemas....)

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

(Fernández, 1995)

Factores que influyen en esta necesidad

- **Biofisiológicos** Integridad de los órganos de los sentidos, edad, etapa del desarrollo.
- **Psicológicos** Inteligencia, percepción, memoria, conciencia (atención, orientación), carácter, estado de ánimo, humor de base, auto concepto, pensamiento.
- **Socioculturales** Entorno físico próximo (Personas, lugares), entorno físico lejano (vías de acceso, vivienda aislada), cultura, status social, rol, nivel educativo, influencias familiares y socioculturales (hábitos y aprendizaje, valores y creencias de la familia / grupo social), profesión.

OBSERVACIONES

- Estado de los órganos de los sentidos (en caso de prótesis, adecuación de estas) y del sistema neuromuscular.
- Dificultad respiratoria, fatiga y debilidad.
- Comunicación verbal (directa y abierta, poco clara o evasiva, habilidades de comunicación, acertibilidad, feedback, etc., barreras idiomáticas, dificultades en la fonación (tartamudeo, balbuceos, ...), comunicación no verbal (contacto visual, lenguaje corporal, gestos, tono de voz, congruencia con la verbal, expresión de sentimientos por el tacto), utilización de la expresión escrita.
- Cantidad y calidad de las interacciones con la familia y con las personas del entorno (Facilidad de expresión de sentimientos y pensamientos, pertenencia a grupos, relaciones armoniosas con la familia, grupos, etc.).
- Actitudes facilitadoras de la relación (confianza, receptividad, empatía, compromiso, concreción, disponibilidad).
- Utilización de mecanismos de defensa (negación; inhibición, agresividad / hostilidad, desplazamiento, etc.).
- Condiciones del entorno que ayuda / limitan la satisfacción de esta necesidad (sonorización, luz, intimidad, compañía).

INTERACCIONES

- ¿ En que medida le ha afectado en su necesidad de comunicación, la existencia de limitaciones físicas, enfermedad, cicatrices ? ¿ A nivel personal, familiar y de relaciones con los demás ?
- De las personas significativas de que dispone como recurso, ¿ Con cuáles puede intercambiar puntos de vista o compartir problemas o inquietudes ?
- ¿ Puede hacerlo a menudo o cuando cree necesario ?
- ¿ Cuánto tiempo pasa solo / a ?, ¿ Por qué ?, ¿ Con cuántas personas suele relacionarse diariamente ?
- ¿ Tiene contactos sociales en forma regular y que le resulten satisfactorios?
- ¿ De qué forma expresa generalmente sus sentimientos y pensamientos a los demás (verbal y directamente, indirectamente, a través de alusiones y del comportamiento) ? Si en alguna situación no los expresa, ¿Cuándo y por qué?, ¿ Cómo se siente ?.
- ¿ Cree necesario y / o adecuado manifestar lo que siente u opina a su familia o amigos ?, ¿ Por qué ?.
- ¿ Se encuentra a gusto siendo tal como es, con relación a sí mismo o a los demás (familia, amigos, colaboradores, compañeros) en cuanto al aspecto físico, peso, apariencia, psicológico y social ?

- ¿ Que tipo de humor tiene por lo general ? (deprimido, alegre) ¿ Tiene a menudo cambios en el humor ? ¿ Le causa problemas de relación consigo mismo o con los demás ?
- ¿ De que manera se relaciona su familia como un todo ? (reuniones periódicas, celebraciones)
- ¿ Que posición ocupa en el seno de su familia ? ¿ Cómo se ve Ud. ? ¿ Cómo le ven los demás ?
- ¿ Existe algún conflicto importante de relación con su familia y /o entre los miembros del grupo familiar ?
- ¿ Con cuál de sus familiares tiene mejor relación ? ¿ Por qué ?
- ¿ Qué otras personas son importantes para Ud. ? ¿ Cómo se ve en la relación con los demás ? ¿ Que cree que esperan de Ud. ?
- ¿ En que tipo de vivienda habita ? (Número de habitaciones, espacio) ¿ Le afecta en su necesidad de comunicación ?
- Si tiene problemas de espacio físico en su entorno inmediato, ¿ Le afecta en su necesidad de comunicación ?
- ¿ Tiene algún tipo de mascota o animal doméstico ?, ¿ De que manera le ayuda en su necesidad de comunicación ? (Le hace compañía, le hace sentirse seguro /a....)

- Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿ Se afecta su necesidad de comunicación ?, ¿ Cómo ? (Arreglo físico, aislamiento, búsqueda de relaciones, inactividad / hiperactividad, problemas de concentración / atención, de expresión, etc.)
- ¿ Tiene sentimientos, pensamientos o comportamientos competitivos con alguien de su familia o amigos ? (aspectos materiales, de status, físicos) Si su situación actual los modifica, ¿ En qué medida le preocupa y le afecta ?
- ¿ Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria para Ud. ?, en caso negativo ¿ Le resulta un problema digno de mención ?, En caso afirmativo, ¿ Cree que la causa es personal o situacional ?

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

(Fernández, 1995)

Factores que influyen esta necesidad

- Biofisiológicos Edad y etapa del desarrollo, integridad del sistema neuromuscular.
- Psicológicos Emociones, actitudes, estado de ánimo, personalidad de base, pensamiento, inteligencia, percepción puntual del entorno (catástrofes, enfermedades...)

- Socioculturales Cultura, religión y creencias (sentido de la vida y de la muerte, deseo de comunicarse con un ser supremo, deseo de vivir con una filosofía o ideales personales, noción de trascendencia), influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, patrones y estructura de la comunidad).

OBSERVACIONES

- Forma de vestir de la persona, familia y amigos (hábitos, vestimentas específicas de un grupo social o religioso) y actitud ante ello (Si trata de esconder signos distintivos).
- Indicadores de valores en las interacciones (Diálogo abierto estimulante, motivador, etc., utilización del tacto o evitación del tacto como medio de expresión).
- Nivel de integración de los valores en su vida diaria (Realización de ritos, congruencia, entre creencias / valores y comportamientos, etc).
- Condiciones del entorno que ayudan / limitan la satisfacción de esta necesidad (existencia y accesibilidad a lugares determinados: Iglesias, lugares de reunión y encuentros, etc.).
- Presencia de algún objeto, en el entorno próximo o en la propia persona, indicativo de determinados valores o creencias, existencia de indicadores de valores en el ambiente (tipo de objetos, libros, publicaciones, muebles, objetos personales, orden y conservación de tales objetos).

INTERACCIONES

- ¿ Cómo le influye el estado de ánimo, las tensiones o el estrés, en la satisfacción de esta necesidad ?
- ¿ En que tipo de creencias religiosas fue educado en su infancia ?, ¿ Cuáles de ellas son significativas ahora para Ud. ? ¿ Suponen una ayuda o le generan conflictos personales, familiares o algún tipo de problemas en su entorno ?
- ¿ Que tipo de ritos o comportamientos (Dietas, posturas, gestos....), asociados a sus creencias debe practicar ?, ¿ Con que frecuencia ?, ¿ Con qué exigencias o requerimientos específicos ?, ¿ Puede practicarlos sin dificultad en la actualidad ?
- ¿ Cuáles son los valores relevantes propios de su grupo familiar ? (Valor a la honestidad, a la unión familiar, al trabajo, al dinero, al éxito, al ocio, etc.). ¿ Qué significan para Ud. en este momento ? (Le suponen ayuda, conflicto....)
- ¿ Cuáles son sus propios valores personales integrados en su estilo de vida? (Importancia al trabajo, familia, salud, vida, muerte, dinero, amistad, disponibilidad....) ¿ Que orden de prioridad establece ?
- ¿ En que medida sus valores personales están siendo alterados por su situación actual ? ¿ Qué sentimientos y pensamientos problemáticos para Ud. le provoca esta situación ?
- ¿ En caso de necesidad, desearía tener la oportunidad de expresar sus últimas voluntades ? (Donación de órganos, servicios religiosos, testamentos, cartas, etc).

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

(Fernández, 1995)

Factores que influncian esta necesidad

- Biofisiológicos Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas.
- Psicológicos Emociones, personalidad de base, inteligencia, estado de ánimo.
- Socioculturales Influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, valores, creencias, demandas sociales), cultura, educación, rol, status, posibilidad de realizar un trabajo satisfactorio.

OBSERVACIONES

- Estado del sistema neuromuscular, el sistema nervioso y de los sentidos.
- Relaciones armoniosas consigo mismo y con las demás personas que le rodean.
- Distribución equilibrada entre el tiempo dedicado al trabajo y a las actividades de ocio y relación.
- Auto concepto positivo / negativo de sí mismo (apariencia física, postura, expresión), conciencia de sus capacidades y limitaciones de forma realista, capacidad de decisión y de resolución de problemas.

INTERACCIONES

- ¿ Qué tipo de trabajo u ocupación realiza ? (Intelectual o fisico) ¿ Cuánto tiempo le dedica ?, ¿ Qué energías personales y nivel de implicación le supone su trabajo ?.
- ¿ Cómo se siente con relación a su trabajo ? (Satisfactorio, valorado, participación, relación con superiores, iguales y /o inferiores, posibilidades de promoción).
- Su remuneración, ¿ Le permite cubrir sus necesidades básicas y /o las de su familia ?
- Su rol profesional, ¿ Le supone tener que superar algún conflicto con otros roles familiares o sociales ? (Madre, padre, policías, etc.).
- ¿ Se ha producido o puede producirse alguna modificación en sus roles de raíz de su situación actual ? ¿ Qué tipo de problemas le ha supuesto ? ¿ Ha recibido ayuda de su grupo familiar en la nueva distribución de roles ? ¿ ha recibido apoyo en su grupo de trabajo ?
- ¿ Cómo vive usted esta actual situación de cambio ? (pérdida del status, incapacidad de adaptarse al nuevo rol, incapacidad a sí mismo del grupo familiar para proporcionar ayuda, disminución o no del auto concepto, falta de expectativas, etc.).

- ¿ De que manera se enfrenta a la situación ? (Activa o pasivamente), ¿ Se plantea formas alternativas de estilo de vida ? (Nueva filosofía de vida adaptada a la situación, nuevas maneras de disfrutar en el tiempo libre y de enfocar el trabajo, modo de adaptarse a nuevos roles, relación con la familia y amigos).
- ¿Las situaciones de tensión o conflicto influyen en la satisfacción de esta necesidad?, ¿ De que modo ?
- ¿ Conoce la existencia de los recursos de apoyo disponibles en la comunidad ? (Asociaciones, grupos de autoayuda y de ayuda a los demás, ayuda profesional), ¿ Los utiliza o estaría dispuesto a utilizarlos ?

13. NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

(Fernández, 1995)

Factores que influyen en esta necesidad

- Biofisiológicos Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas.
- Psicológicos Madurez personal, sensopercepción, inteligencia, pensamiento, emociones, motivación, personalidad de base, humor de base, estado de ánimo, auto concepto.
- Socioculturales cultura, rol social (Trabajo / ocio). Influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, estructura de recursos y servicios), estilo de vida.

OBSERVACIONES

- Estado del sistema neuromuscular, integridad del sistema nervioso y de los sentidos.
- Estado de ánimo (Sonrisas, risas, lloros, aspecto tranquilo y sereno, alegre y distendido, triste, apatía, indiferencia, agitación, inhibición....), expresiones espontáneas directas o indirectas que indiquen aburrimiento (No se que hacer, las horas se hacen largas, el tiempo se hace eterno, etc.).
- Rechazo a este tipo de actividades (por aprendizajes o cogniciones erróneas).
- Comportamientos lúdicos en relación con el estado de desarrollo evolutivo de la persona.
- Condiciones del entorno que ayudan / limitan la satisfacción de esta necesidad (recursos de la institución de la comunidad).
- Existencia de material que indique hobbies, pasatiempos u otras actividades recreativas (libros, colecciones, música, deporte....).

INTERACCIONES

- ¿ Qué actividades recreativas o de ocio, desarrolla en su tiempo libre ? ¿ Son importantes para Ud. ? ¿ Por qué ? ¿ Tiene alguien con quien llevarlas a cabo ? En caso negativo, ¿ Es un problema para Ud. ?
- Las situaciones de estrés y emociones intensas ¿ Le influyen en la satisfacción de esta necesidad ? ¿ De que modo ?

- ¿ Aprendió la importancia del uso del tiempo libre en su grupo familiar o bien la ha incorporado de adulto ?
- ¿ Considera que el tiempo que Ud. dedica al ocio habitualmente es suficiente en proporción al tiempo y energía que dedica a su trabajo ?
- ¿ Tiene los recursos para poder dedicarse a cosas que le interesan (materiales, transporte, tiempo, energía). ? En caso negativo ¿ a encontrado alguna alternativa satisfactoria ?
- ¿ Conoce las diferentes posibilidades recreativas que tiene a su alcance en la comunidad ? ¿ Las utiliza ?
- ¿ Cuándo participó en alguna actividad lúdica o recreativa ?
- ¿ A tenido que introducir alguna modificación en este tipo de actividades, debido a su situación actual ? ¿ Qué tipo de problemas le ha supuesto ? ¿ Cómo vive esta situación de cambio ?
- En caso de no haber realizado ningún cambio, ¿ Qué piensa hacer ? ¿ Cree que alguien (familia, enfermera, amigos...), puede ayudarle a encontrar la forma de satisfacer esta necesidad ?.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

(Fernández, 1995)

Factores que influncian esta necesidad

- **Biofisiológicos** Edad, etapa de desarrollo, capacidades físicas.
- **Psicológicos** Emociones, capacidad intelectual, motivación (significado del aprendizaje, importancia del conocer y aprender sobre si mismo), carácter (activo, pasivo), estado de ánimo.
- **Socioculturales** Educación, nivel socioeconómico, status según instrucción o educación, influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes, ambiente, estructura social), raza, religión, creencias de salud relacionadas con el sexo masculino o femenino.

OBSERVACIONES

- Capacidades físicas (órganos de los sentidos, estado del sistema nervioso) y psicológicas (capacidad de auto cuidado, interés por aprender y /o cambiar actitudes y comportamientos, capacidad de relación / comunicación de compromiso).
- Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje (Ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos...)
- Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje para resolver los problemas de salud (pregunta, escucha, demuestra interés / desinterés, propone alternativas, etc).

INTERACCIONES

- ¿ Que estudios ha realizado ? ¿ Puede leer, escribir...)
- ¿ Las situaciones de emociones intensas le influyen en la satisfacción de esta necesidad ?, ¿ De que modo ?
- ¿ A tenido alguna vez dificultades en aprender cosas nuevas ? ¿ Que tipo de situaciones o cosas le han creado esta dificultad ?
- ¿ Cómo le resulta mas fácil aprender o retener conceptos o habilidades nuevas? (Leyendo, escribiendo, observando, mirando, varias a la vez...).
- ¿ A tenido alguna vez dificultad en poner en marcha y mantener comportamientos generadores de salud, que resultan de un nuevo aprendizaje ? (Dejar de fumar, hacer ejercicio o dieta...).
- ¿ Tiene conocimiento sobre sí mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, tratamiento y auto cuidados necesarios ? ¿ Considera que son suficientes ?.
- ¿ Tiene problemas de relación dignos de mencionar con su familia, amigos o personas significativas ?, en caso afirmativo, ¿ Cree que aprender a mejorar la forma de comunicarse y relacionarse le ayudaría ?
- ¿ Tiene conocimientos sobre el ser humano y su desarrollo a lo largo del ciclo vital ? ¿ Considera que son suficientes para comprender las conductas de las personas significativas y relacionarse de forma satisfactoria ?

- ¿ Tiene suficiente conocimiento sobre la familia como grupo y su evolución a lo largo del ciclo familiar, que le permita comprender los comportamientos de sus miembros y hacer frente a las situaciones de cambio y de crisis de manera adaptativa ?
- ¿ Conoce las diferentes fuentes de apoyo de que dispone en la comunidad? ¿ Sabe como utilizarlas ? ¿ Las utiliza ?, en caso negativo, ¿ por qué ?
- ¿ Desearía incrementar sus aprendizajes en aspectos relativos a su salud / enfermedad ? (Técnicas de autocontrol emocional, cambios en hábitos de vida, funcionamiento del propio cuerpo en situación de salud y enfermedad, alternativas en estilos de vida, procedimientos, etc).

4.7.- CARACTERISTICAS DEL ADULTO

4.7.1.- CONCEPCION DEL ADULTO MAYOR

En la etapa del adulto mayor se ha llamado los años de la estabilidad y consolidación. Para la mayoría de la gente es el tiempo cuando los hijos crecen y se cambian de casa, por lo tanto se diría la pareja vuelve a quedar sola y tiene mas tiempo para el uno y el otro, a la vez la disponibilidad para seguir los intereses que se aplazaron por años. (Logarica, 1985).

La Geriatria y Gerontología se desarrollan con rapidez en respuesta a los fenómenos del envejecimiento en un intento de propiciar una vejez con dignidad, para lo que tenemos que diseñar nuevos modelos de atención tomando en cuenta los aspectos humanisticos para mantener una estrecha relación con el adulto mayor y su familia, las personas mayores cada vez más numerosas tendrán contacto con toda la sociedad y esperan de ella un trato justo y comprensivo, esto sin olvidar que esos viejos a los cuales nos referimos seremos nosotros mismos mas adelante.

Las teorías de las etapas de la vida adulta subrayan los retos, problemas, conflictos y cambios de la personalidad intelectual que aparecen en momentos determinados. Al igual que se considera que la etapa adulta tiene una secuencia, siendo similares para cada miembro de una cultura particular; que vive en un periodo avanzado.

El individuo recién maduro, reconoce la soledad esencial de la existencia humana y la vulnerabilidad de la intimidad.

La madurez se puede caracterizar como un periodo de renuncia a las ilusiones, por lo tanto la edad adulta se caracteriza por la siguiente generación; " Se siente cuidado por el futuro, mas que por la preocupación insatisfecha de uno mismo ".

El desarrollo de las aptitudes mentales es otro aspecto fundamental del desarrollo humano y es importante porque tiene un efecto decisivo en el desarrollo total del individuo.

La madurez no implica la pérdida de la capacidad de aprendizaje, en realidad algunos factores de la capacidad intelectual se mantienen relativamente altos a medida que el individuo crece, mientras que los factores empiezan a declinar (Idem).

El envejecimiento es un signo y resultado del desarrollo económico y social. La salud y el bienestar de los adultos son afectados por muchos aspectos entremezclados del ambiente social y material; donde el estilo de vida, estructura familiar, organización y prestación de asistencia sanitaria y por los sistemas de ayuda económica y social.

En el contexto social que rodea a las personas adultas y al anciano juega un papel determinante en su estado de salud y bienestar, por lo tanto es indispensable considerarlo un factor importante en cada una de la evaluación, señalando que están sujetos a una serie de daños mal diagnosticados, como problemas en la locomoción, en el sentido de la vista, del oído y de la masticación, los cuales van a repercutir no solo en el bienestar físico de la persona, sino también en el aspecto psicológico y social.

Desde el siglo primero de nuestra era, se encuentran estudios de efectos asociados al envejecimiento humano, como los estudios realizados por KUBE en 1938, LORGE en 1941 - 1947, KAPLAN 1945 - 1956, DONAHUE 1949 y WATSON en 1954. En 1950 se funda la Asociación Internacional de Gerontología, donde se despierta el interés por los aspectos biomédicos y sociales del envejecimiento y en 1982 la ONU. reconoció que la población de 60 años y más constituiría un reto del siglo XXI, principalmente para los países en vías de desarrollo. (González, 1998).

En México se fundó la Asociación de Geriatria y Gerontología en 1977 y en 1979 se creó el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), es en la década de los noventas cuando cobra un auge la atención de las personas de la tercera edad, establecen programas prioritarios de atención para los adultos mayores, enfatizando un trato cordial en las acciones dirigidas a este grupo de población, enfocadas a la prevención y promoción de la salud, detección de complicaciones y acondicionamiento físico.

En México se empieza a utilizar el término de " Adulto Mayor " en el año de 1999, sustituyendo el término anciano o de la tercera edad.

Se dice que el adulto mayor es el individuo que ha rebasado las expectativas de vida de 60 a 72 años y más, con predisposición a riesgos y daños a la salud con problemática multifactorial concomitantes que son específicos en la etapa de la vida (Idem).

En México se espera que para el año 2000 tengamos alrededor de 9.13 Millones de adultos mayores, información que consta en el Instituto Nacional de Geografía y Estadísticas (INEGI).

4.7.2.- ASPECTOS BIOLOGICOS DEL ADULTO MAYOR

Los cambios biológicos más frecuentes y llamativos ocurren en el ámbito tisular, lo que determina variaciones en la composición corporal.

Es notable la disminución de agua en los tejidos, lo que origina la masa muscular disminuya en forma importante, el tejido graso se acumula alrededor de las viseras, en tanto que disminuye debajo de la piel (Logarica, 1985).

Los cambios afectan la constitución interna, como la externa. La pérdida de agua en el tejido tegumentario parece deberse a una disminución de mucopolisacáridos que tiene la propiedad de fijar este líquido.

La dermis es la estructura de la piel que más cambio presenta en especial de sus componentes fibrosos que son las colágenas, la elastina y la reticulina. Las fibras del colágeno aumentan de diámetro y se vuelven frágiles a medida que envejecen. Las fibras elásticas varían en proporción inversa al espesor de la dermis; en cuanto a la reticulina experimentan cambios semejantes a los de la colágena senil. Respecto a las terminaciones y receptores nerviosos de la piel, estos presentan cambios histológicos de extraordinaria complejidad, las glándulas sebáceas se inactivan; en las glándulas sudoríparas, se observan fenómenos involutivos, especialmente en la porción secretoria que es sustituida por tejido fibroso. Esto explica la piel seca, poco elástica, poco turgente, flácida y arrugada, todo lo cual lo hace más susceptible a traumatismo. En los adultos y ancianos, las manchas de lentigo se presentan en cara, cuello y en el dorso de la mano, brazos y antebrazos, en cuanto a las arrugas, es usual que se inicien en el ángulo externo del ojo y en las comisuras labiales; se forman en sentido perpendicular a la dirección de contracción del músculo que hay debajo de la piel.

Con el envejecimiento el sistema esquelético, sufre la constante pérdida de sustancias óseas. La desmineralización esquelética no está relacionada con enfermedades, se llama osteoporosis primaria; obedece a los diversos factores como son insuficientes ingestas de calcio ó pérdida de mineral por vía digestiva o urinaria, debido a la osteoporosis senil los huesos se vuelven frágiles y susceptibles a fracturas aún con traumatismos leves.

La atrofia muscular y la disminución de la fuerza de presión se acentúan con la edad, la deficiencia de los músculos masticatorios como la pterigoideos repercute en la función digestiva por la insuficiente masticación e insalivación ya que la producción de saliva y de ptialina disminuye a medida que avanza la edad. La región glútea muestra disminución de volumen, tanto en la parte muscular como en la grasa que disminuye de espesor.

La pérdida de elasticidad de las paredes abdominales y las redes de distribución del tejido graso motivan que hayan pliegues cutáneos de diverso grosor, cuya característica es la de caer péndulos.

Con el envejecimiento el aparato cardiovascular presenta cambios en el coexistir con alteraciones patológicas, con frecuencia atrofia del músculo cardíaco y la disminución de la fuerza de contracción y en consecuencia el menor volumen sistólico cursan en forma progresiva y simultánea. En realidad la menor fuerza de contracción origina el menor volumen sistólico, pierden flexibilidad por disminución de elastina y aumenta la cantidad de colágeno, lo que disminuye más la elasticidad.

El aumento de la masa adiposa, de fibras colágenas y de calcio alcanzan a los vasos arteriales, venosos y válvulas aórtica y mitral afectando con menor intensidad y frecuencia la válvula tricúspide y pulmonar. Es importante señalar que el tronco venoso bronquiesefálico izquierdo es comprimido por la aorta, lo que origina obstrucción para el retorno de la sangre al corazón y elevación de la presión venosa regional, es decir, en la porción izquierda del cuello, en el brazo y mano de ese lado (Idem).

El intercambio gaseoso se compromete no nada más por las secreciones acumuladas, sino también en el engrosamiento de la capa íntima de las arteriolas y la atrofia de las paredes alveolares que originan aumento de la distancia inter alveolar y por tanto disminución de la superficie de hematosis. La presión del dióxido de carbono no se altera con el envejecimiento y en cambio las respiraciones profundas si aumentan la presión de oxígeno, es conveniente que el adulto aprenda a realizar ejercicios respiratorios.

Los cambios en el aparato digestivo, se han comprobado que después de los sesenta y setenta y cinco años la lengua ha perdido hasta un ochenta por ciento de unidades gustativas funcionales. La secreción salival permanece más o menos constante en cantidad, muestra una disminución de ptialina, lo suficiente para alterar la digestión de los almidones. El esófago está sujeto a desplazamientos cuando la aorta y los vasos carotídeos están delgados y tortuosos, rechazan el esófago desplazándolo hacia atrás.

El estómago presenta disminución de las secreciones gástricas y en ocasiones presenta gastritis. La insuficiencia secretoria está dada por la incapacidad de las células oxínticas para producir cantidades adecuadas de ácido clorhídrico, la baja producción de gastrina, la disminución de pepsina, de amilasa y lipasa pancreáticas, la baja concentración de pepsina desciende bruscamente entre los cincuenta y los sesenta años.

El aparato urinario, en el adulto mayor; su función renal disminuye porque la cantidad de neuronas útiles es menor, por tal razón la homeóstasis, desde el punto de vista del volumen y composición del líquido corporal se altera. Con la vejez hay filtrado glomerular, que a los 40 años es de 120 ml. / minuto y de los 60 a los 80 años de edad, el flujo plasmático varía de 6,000 ml / min., a los 85 años, a medida que el riñón envejece disminuyen las funciones de excreción y reabsorción de los tubulos, como lo demuestran las pruebas funcionales de diodrast. El aparato reproductor masculino, la próstata tiene particular importancia, secretan un líquido prostático alcalino que forma el mayor volumen de líquido seminal.

En adulto masculino los cambios son progresivos y ocurren a un ritmo más bien lento, los testículos involucionan, como lo demuestra la gradual disminución de los niveles de testosterona, pero la espermatogénesis no parece comportarse de la misma manera.

La próstata aumenta de volumen, comprime la uretra posterior, causando dificultad para expeler la orina y la consecuencia de retención propicia nefritis por vías ascendentes (Logarica, 1985).

Aparato reproductor femenino, al paso de los años la función del ovario va decreciendo en forma gradual y dependiente de los estímulos hipofisarios, su anatomía se transforma por que el tejido de fibrosa y a menudo la ovulación antes de la menstruación. También se inicia la actividad estrogénica y la suspensión de la menstruación es poco precisa por que depende de factores como la herencia, el nivel de vida, la nutrición, el grupo étnico, etc. La falta de estrógenos da origen a pérdida de acidez de la vagina, provocando la vaginitis senil, caracterizada por prurito, sensación de dolor y ardor al coito, además la vagina se vuelve menos elástica, mas estrecha y con menor longitud. Este conjunto de fenómenos anatómicos y hormonales difíciles de superar, constituyen la edad denominada climaterio, que guarda relación con el fin de ciclos menstruales que pueden ir acompañados de incomodidades, acaloramientos o bochornos en la cabeza, sudoración, nerviosismo, irritabilidad, etc.

El sistema nervioso, se habla de la pérdida de neuronas, iniciando a los veinticinco años, afectando células nerviosas de órganos del eje del encéfalo modular, cuando se pierden neuronas no existen posibilidades hiperplasia compensadora, la célula nerviosa no es recuperable, el cambio senil que con mas frecuencia se presenta son ciertos problemas de falta de memoria; por placa senil, la cual inicia su formación por un grupo de dendritas que degeneran por depósitos de amiloide. La velocidad de transmisión de impulsos a través de los nervios motores disminuye, los reflejos son más lentos y se traducen en baja capacidad de aprendizaje, pero no queda abolida por completo.

4.7.3.- ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ADULTO MAYOR.

La entrada a la vejez, última etapa de la vida conlleva a una reestructuración de la personalidad, debido a una serie de cambios a nivel personal y social.

La personalidad del adulto mayor, no es producto de su condición; es el resultado de las interacciones de factores biológicos, psicológicos y sociales, además de su evolución a lo largo de la vida.

Se considera a la senectud como periodo crítico por la serie de pérdidas que implica y que enfrentan en una nueva forma de vida que los caracteriza (Rodríguez, 1999).

Las personas de edad avanzada que poseen un espíritu alegre y desenvuelto, presentan con menor frecuencia trastornos de arteriosclerosis, que quienes viven una existencia pasiva carente de interés.

En el campo psicodinámico el adulto reacciona ante su debilidad con una postura conservadora y rígida, a veces con la hipocondría, busca crearse protecciones y la obtención de una nueva condición.

Determinados factores de la psicología de la ancianidad, establece (González, 1998).

- El adulto o anciano ya no es de hogar, es objeto del respeto y cariño; tributo de un abuelo.
- La jubilación indiscriminada reduce a la inactividad a ancianos con capacidad de laborar.
- La inactividad forzada produce un sentimiento de frustración y vulnerabilidad de las funciones psíquicas.
- El rápido incremento de los trastornos psíquicos en el anciano se debe a estos factores sociológicos: Situación de aislamiento, manejo inadecuado de su potencial como ser humano.

- Una pérdida progresiva de objetos necesarios y gratificante para su estabilidad emocional como todo ser humano.
- La aparición reaparición de conflictos de su personalidad al disminuir sus defensas.
- La disminución de sus relaciones sociales, reduciendo él círculo de su comunicación y de actividades.
- La actitud de rechazo de la sociedad y la familia.

En la sociedad actual, con un ritmo de vida acelerado y de cambios, la diferencia de valores entre las generaciones se ve más acentuada. Esta situación motiva que los conflictos entre las personas de edad avanzada y las generaciones posteriores se recrudezcan.

La vejez es un producto de autorrealización que se va desarrollando a lo largo de la vida. Siendo nosotros los encargados de que este proyecto llegue a un buen término, concientizándonos de lo que significa la vejez; para proporcionar al adulto mayor, el lugar que le corresponde; asegurándole una vida digna; llena de armoniosa vida de interés hacia su auto cuidado y de sus descendientes y de la sociedad en general (González, 1998).

V.- APLICACION DEL PROCESO.

1.- RESUMEN VALORATIVO

(VER ANEXO 1)

Ficha de identificación.

Este proceso se realizó a una persona del sexo femenino de nombre Juanita Gómez Toledo, de 68 años de edad, con somatometría de: kilogramos, talla de 1.7 centímetros, perímetro abdominal de 110 centímetros, perímetro torácico de 104 centímetros, nació en la hacienda El Abanero, Municipio de Jiquipilas, Chiapas. El día 24 de junio de 1932; de alumbramiento espontáneo, parto eutócico, atendida por partera empírica, siendo producto del noveno embarazo y última gestación de la madre. Cursando únicamente el primer año de primaria, con ocupación en el hogar.

FUENTE DE INFORMACIÓN: La misma persona que se describe.

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE INTERES.

Padre muerto aproximadamente de 82 años, de cáncer de próstata, madre muerta a la edad de 76 años de paro cardiorrespiratorio por infarto. En relación a los hermanos, cuenta con seis hermanos vivos aparentemente sanos; y tres hermanos que han fallecido, el primero de leucemia no clasificada, otro de epilepsia no controlada y el último de cáncer pulmonar.

OXIGENACION.

La señora Juanita se observa con buena coloración de tegumentos, temperatura corporal normal de 37 grados centígrados, se palpan extremidades inferiores con buen llenado capilar, pulsos periféricos palpables, presión arterial de 11/70, circulación y retorno venoso estable; con algunas varices con leve dilatación, presenta frecuencia respiratoria de 22 por minuto, ritmo cardiaco de buen tono, frecuencia de 86 por minuto e intensidad normal.

NUTRICION E HIDRATACIÓN.

Sus comidas son a base de dieta normal astringente de grasas, lácteos e irritantes, con abundantes fibras y líquido a libre demanda. Por lo general es en desayuno y comida, en la cena acostumbra tomar atole de avena o de maicena; acompañado de pan tostado o pan que no contengan azúcar.

Los alimentos que consume son hervidos, verduras, y las carnes son asadas al vapor, acompañadas de frutas frescas en el día, con la finalidad de no tener trastornos digestivos como distensión abdominal, reflujo gástrico. No tolera irritantes, grasas y lácteos, por presentar problemas de regurgitación, frecuentes flatulencias, acidez, distensión abdominal y en ocasiones refiere tener evacuaciones líquidas posterior al consumo de lácteos; llegando al internamiento hospitalario por presentar dolor extremadamente fuerte a nivel gástrico.

Presenta ausencia de piezas dentales totales en mandíbula superior, utilizando prótesis dentaria sin tener problemas a la masticación y deglución.

Se observa complexión de ligera robustez, no llegando a la obesidad, con una turgencia de la piel: hidratada, con elasticidad normal, frágil y delgada; escasa pigmentación de la piel de ambos brazos. Mucosa oral hidratada y con buena coloración, cabello limpio con características de buena implantación, cano, con caída hasta los hombros y cuero cabelludo hidratado, uñas cortas con buena coloración en lecho ungueal.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético se observa con dolor y contractura muscular a nivel lumbar y sacra por presencia de hernias de disco, parestesias y pérdida muscular en miembro inferior derecho, refiere tener dolor en hombro y brazo derecho a la extensión; se observa ligera dificultad al caminar después de estar sentada por más de una hora o cuando ha caminado en aproximación de un kilómetro, no solo en sus ejercicios; también cuando llega por sus compras.

ELIMINACIÓN.

El cliente presenta hábitos intestinales irregulares. Comenta tener evacuaciones de heces formada de consistencia dura, llegando al estreñimiento y en ocasiones llega a tener fácilmente evacuaciones semilíquidas o líquidas amarillentas, con peristaltismos alterado (ruidos en la pancita, piensa que son parásitos) y dolor ardoroso la parte baja del abdomen. Orina en forma y características normales, observándose a veces orina concentrada, porque no tiene el hábito de beber lo suficiente de agua. Abdomen Blando, globoso, con flacidez y presencia de hernia a nivel umbilical que aumenta de volumen con el ejercicio físico, se auscultan movimientos y ruidos intestinales aumentados, acumulación de gases, leve dolor a la presión, vello pubiano normal a la edad, sin presencia de globo vesical.

TERMORREGULACIÓN.

Se adapta bien a los cambios de temperatura del medio ambiente, pero de mayor agrado clima caluroso, realiza ejercicios de pequeños esfuerzos de rehabilitación de piernas para mejorar su contractura muscular y también del brazo derecho, dos veces al día, caminata lenta y sin llegar al esfuerzo. Esto es por indicación médica, ya que no tiene hábito para el deporte. Características de la piel, buena hidratación, delicada al rascado por ella misma y a los piquetes de insectos, elasticidad de acuerdo a la edad, con temperatura y de transpiración normal. Habita casa propia con todos los servicios intra domiciliarios, buena iluminación, ventilación y limpieza.

MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

La señora Juanita tiene movilización corporal sin ninguna ayuda, capacidad física para realizar su aseo y arreglo personal diario; en su tiempo libre se dedica a realizar tejidos y a bordar carpetas, ver la televisión, a visitar a familiares más cercanos a la familia. Su descanso no tiene horario, se duerme en el sillón por ratos; cuando está agotada se duerme de una a dos horas en cama.

El estado de conciencia que presenta es orientado en tiempo, lugar y espacio, el estado emocional es voluble, tiene demasiada tranquilidad pero es muy fácil para la depresión, sobre todo cuando no ha visitado a alguno de sus hijos o al saber que salen fuera de la ciudad.

DESCANSO Y SUEÑO.

El horario de descanso siempre es por las noches, aun cuando en ocasiones refiere no tener sueño y mitad de la noche se pasa despierta. Durante el día duerme por ratos al estar sentada, no más de una a dos horas; no acostumbra o refiere no poder dormir en la cama en el día.

Siempre que no concilia el sueño por las noches es por que tiene preocupaciones familiares o empieza con problemas de reflujo gastroesofagico; cuando se levanta se observa un poco molesta, con negatividad a salir a la calle, decaída. El estado mental es orientado en tiempo, espacio, lugar y persona; en estado de alerta.

El estado emocional es un poco voluble ya que se deprime fácilmente al tener preocupaciones (por sus hijos que a veces no lo visitan y por ausentarse de su casa), refiere dolor de cabeza.

USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

El estado de ánimo influye, ya que se observa que al estar animada, su arreglo personal es mejor, ella elige su prenda de vestir siempre; trata de guardar muy bien toda su ropa, elige para cada ocasión que se pondrá. La forma de vestir es de acuerdo a su edad, siempre limpia y con prendas completas.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

La frecuencia del aseo personal es de dos años baños al día, de preferencia se baña al medio día y por las tardes; y en ocasiones en las noches. La higiene de los dientes no es frecuente, únicamente lo lleva a cabo dos veces al día con recordatorio para realizarlo, si presentar ninguna halitosis; tiene buena higiene corporal sin que influya ninguna creencia religiosa o personal sobre el aseo. El aspecto general que presenta, se observa de estatura mediana, tez morena clara, buena coloración de piel y tegumentos, mucosas hidratadas, sin presencia de olores anormales corporal; cabello chino, con caída hasta el cuello, limpio e hidratado, bien implantado.

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

Su núcleo familiar está integrado por once hijos en total, cinco mujeres y seis hombres y su esposo. Cuando se presenta una situación de urgencia responde ante tal situación con angustia y desesperación que lo lleva a situaciones de no querer comer.

Juanita está consciente de las medidas preventivas para evitar todo tipo de accidentes. En los dos últimos años es mas frecuente su revisión médica, llevando control del trastorno gastroesofagico y el problema de la columna. Las situaciones de tensión lo canaliza con alteración en el patrón alimentario y con trastornos digestivos, aprensiva. La condición en que vive es con seguridad limpio, ventilado, con buena iluminación.

NECESIDAD DE COMUNICARSE.

El estado civiles casada, con 45 años de matrimonio y con pareja estable, actualmente vive con dos hijas solteras. Su preocupación es cuando alguno de sus hijos no lo ha visitado o no tiene noticias de ellos. En su estructura familiar no existe ningún rol para el cuidado, cuando se requiere; se les llama a los hijos que viven mas cerca.

En el rol familiar ella es consejera de sus hijos, además es bastante comunicativa, refiere tener vista cansada, nublada, sobre todo cuando está bordando (no usa lentes), presenta lenguaje entendible y comprensible, orientado; con buena audición, conducto auditivo y pabellón auricular normal y limpio. El tiempo que se queda sola es en las ocasiones que sus hijas trabajan con el mismo horario.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Juanita profesa religión católica, desde el nacimiento; inculcándole el amor a Dios como a sus hijos y a todo ser humano. Sus principales valores personales siempre es Dios, sus hijos y sus hermanos.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Juanita manifiesta tener necesidad de trabajar por satisfacción propia y sentirse útil, siendo que no necesita trabajar por contar con el apoyo económico de sus hijos, además por su edad no puede realizar actividades pesadas, aunque ayuda en el trabajo de la casa; sintiendo sensación de satisfacción y de realización.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Las actividades que realiza en el tiempo libre son bordados en servilletas, y ver la televisión Su estado de ánimo es participativo y le gusta compartir ideas sobre actividades llevadas a cabo en casa.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Refiere que a pesar que curso únicamente el primer año de primaria sabe leer. No cuenta con un trabajo específico, mas que el de su aseo personal y cuidado de sus prendas de vestir. Se siente satisfecha por tener y contar con todos sus hijos vivos y tener la edad que tiene.

2.- JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES (VER ANEXO 2)

NUTRICION / HIDRATACIÓN (P.D.)

Diagnóstico.- Alteración de la nutrición relacionada con la ingesta de los alimentos en relación con restricciones dietéticas.

Definición.- Incapacidad para ingerir, digerir o absorber los nutrientes, debido a factores biológicos, psicológicos o económicos (María Teresa Luis, 1993).

ELIMINACIÓN.- (P.D.)

Diagnóstico.- Alteración en la eliminación relacionado con el aporte deficiente de fibra, inferior al adecuado; manifestado por la eliminación de heces duras y secas y en ocasiones líquidas sin consistencia.

Diagnóstico.- Dolor agudo en relación con as lesiones secundarias al aumento de las secreciones gástricas.

Diagnóstico.- Alto riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico en relación con la falta de conocimiento del proceso de la enfermedad, contraindicaciones, signos y síntomas de las complicaciones y régimen de la enfermedad (Linda Juall, 1998).

Definición.- Estado en que el individuo experimenta un cambio en sus hábitos intestinales normales, caracterizados por la disminución o mayor frecuencia en la eliminación de heces (María Teresa Luis, 1993).

MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA (P.D.)

Diagnóstico.- Deterioro de la movilidad física, relacionado con la falta de fuerza en miembros inferiores; manifestado con dolor y marcha claudicante, debido a problemas en los discos intervertebrales, estenosis de columna.

Definición.- Estado en que el individuo experimenta una limitación de la capacidad para el movimiento físico parcialmente dependiente (María Teresa Luis, 1993).

DESCANSO Y SUEÑO (P.D.)

Diagnóstico.- Alteración del patrón del sueño relacionado por estrés psicológico (preocupaciones) manifestado por bostezos frecuentes, cambios de postura y periodos de sueño en el día.

Definición.- Alteración de las horas de sueño que causa malestar o interfiere en el estilo de vida deseado (María Teresa Luis, 1993).

Definición.- Estado en que el individuo experimenta o está en riesgo de experimentar un cambio en la cantidad o calidad del patrón de reposo, que corresponde a sus necesidades biológicas y emocionales (Linda Juall Carpenito, 1998)

TRABAJAR Y REALIZARSE (P.D.)

Diagnóstico.- Alteración en el patrón corporal, manifestado por sensación abrumadora y disminución de la capacidad para el trabajo físico y del rendimiento en toda actividad con tendencia a los accidentes.

Definición.- Estado en que un individuo está en riesgo de sufrir una falta de energía fisiológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas (María Teresa Luis, 1993).

JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS (P.D.)

Diagnóstico.- Realiza actividades manuales, como medidas de recreación, con un déficit en la estimulación.

Definición.- Estado en que un individuo experimenta una disminución de la estimulación o del interés o compromiso en actividades recreativas o de ocio (María Teresa Luis, 1993).

APRENDIZAJE (P.D.)

Diagnóstico.- Déficit de actividades de aprendizaje relacionado con la falta de interés, relacionado con el grado de escolaridad.

Definición.- Estado en que un individuo experimenta limitación para adquirir y desarrollar alguna actividad cognitiva.

3.- PLAN DE CUIDADOS DOMICILIARIO

(VER ANEXO 3)

- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

- Alteración de la nutrición relacionado con la ingesta de los alimentos, en relación con restricciones dietéticas.

OBJETIVO.- Prevenir complicaciones en la ingesta de alimentos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

- Proporcionar una buena higiene oral, antes y después de las comidas.
- Aliviar el dolor, ya que este puede afectar al apetito y a la capacidad para alimentarse.
- Proporcionar contacto social durante las comidas.
- Orientación a la persona y familia respecto a la importancia de una dieta balanceada, astringente (Grasas e irritantes).

EVALUACIÓN.- La familia y el paciente pueden valorar la importancia de un buen control y estricto manejo de su dieta, mejorando sintomatologías ya presentadas.

- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

- Alteración en la eliminación, relacionado con el aporte deficiente de fibra, inferior al adecuado, manifestado por la eliminación de heces secas, en ocasiones líquidas sin consistencia.

-Dolor agudo en relación con las lesiones secundarias al aumento de las secreciones gástricas.

- Alto riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico en relación con la falta de conocimiento del proceso de la enfermedad, contraindicaciones, signos y síntomas de las complicaciones y régimen de la enfermedad.

OBJETIVO.- Normar una conducta encaminada a mejorar los hábitos alimentarios.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA.

- Planear Conjuntamente con el cliente, dietas ricas en fibras.
- Educación sobre los alimentos ricos en fibras y laxantes.
- Estimular al cliente para mejorar el consumo de dietas planeadas.
- Orientación sobre la preparación de alimentos astringentes (irritantes y ricos en grasas).

EVALUACIÓN.

- Cuando refiere molestias del reflujo gastroesofagico, acepta complaciente su dieta especial.
- Refiere estar aburrida de su dieta a base de verduras.
- Como se avanza en el plan de cuidados se concientiza al familiar y al cliente de la importancia de la dieta especial.
- En conjunto con su médico, se le explica su dieta para mejorar su hábito alimenticio.
- Reconoce la importancia de la dieta, valorando que le ayuda a disminuir su problema.

• DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

- Deterioro de a movilidad física relacionado con la falta de fuerza en miembros inferiores, manifestado con dolor y marcha claudicante, debido a problemas en los discos intervertebrales y estenosis de columna.

OBJETIVO.- Mejorar la fuerza muscular y resistencia, para proporcionar la movilidad física y favorecer un mejor nivel de calidad de vida a través de su independencia.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA.

- Valorar respuesta la actividad física del paciente.
- Reducir la intensidad, frecuencia y duración de actividad que lleve a cabo.
- Planear ejercicios para rehabilitar, fortalecer músculos abdominales y de miembros inferiores.
- Fomentar una actitud sincera, de confianza en su capacidad para crear una atmósfera positiva, encaminada a un aumento de la actividad e inculcarle la creencia de posibilidad de mejoría del estado de movilidad.
- Reconocer sus progresos.
- Permitir que el paciente establezca su programa de actividades y los objetivos de su actividad funcional.
- Permitir al paciente que determine la velocidad de la marcha.
- Animar a la persona a que lleve zapatos cómodos para andar.
- Instruir al paciente la importancia de consultar a su medico, sobre el programa de ejercicios.

EVALUACIÓN.

- Deberá Recobrar tono y fuerza muscular de extremidades inferiores, mejorando su movilidad física.
- Realiza ejercicios de rehabilitación periódicamente.

• DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

-Alteración del patrón del sueño, relacionado por estrés psicológico (preocupación) manifestado por bostezos frecuentes, cambios de postura y periodos de sueño en el día.

OBJETIVO.- Poner de manifiesto un equilibrio optimo entre el reposo y la actividad.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA.

- Limitar la cantidad y duración de sueño durante el día.
- Explicar a la persona y familiares las causas de los trastornos del sueño, descanso y las posibles formas de evitarlo.
- Reducir todo tipo de ruidos.
- Organizar los procedimientos para proporcionar el menor número de molestias durante el periodo de sueño.
- Establecer con la persona una programación para las actividades diarias (caminar, fisioterapia).
- Valorar con la persona y familia la rutina habitual para irse a la cama, hora, higiene, rituales y ajustarse a ella estrictamente.

EVALUACIÓN.

- Se estimula a estar ocupada durante el día.
- Se realiza plan de entretenimiento con visitas a parques recreativos.
- Observándose que desaparece sus preocupaciones y logra dormir durante las noches.
- La persona deberá manifestar satisfacción que produce el descanso normal o patrón de sueño.

• DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

- Alteración en el patrón corporal, manifestado por sensación abrumadora y disminución de la capacidad para el trabajo físico y del rendimiento de toda actividad, con tendencia a los accidentes.

OBJETIVO.- Promover la autosatisfacción con tareas que pueda realizar de acuerdo a la edad y movimiento.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA.

- Sugerir actividades ocupaciones.
- Aumentar la tolerancia del paciente a la actividad, realizando actividades lentamente o durante un periodo de tiempo más corto, con pausas de descanso más ayuda.
- Promover tareas de trabajo que no necesitan de un esfuerzo brusco y desgaste de energía corporal.
- Proporcionar orientación sobre actividades de acuerdo a la edad y estado de salud.

EVALUACIÓN.

-Realiza actividades que elige, favoreciéndose con estar ocupada y que no necesitan de mucho esfuerzo, esto debido a previa orientación.

• DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

-Alteración del patrón del sueño relacionado con estrés psicológico (preocupación) manifestado por bostezos frecuentes, cambios de postura y periodos de sueño en el día.

OBJETIVO.- Poner de manifiesto un equilibrio óptimo entre el reposo y la actividad.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA.

- Limitar la cantidad y duración de sueño durante el día.
- Explicar a la persona y familiares las causas de los trastornos del sueño, descanso y las posibles formas de evitarlo.
- Reducir todo tipo de ruidos.
- Organizar los procedimientos para proporcionar el menor número de molestias durante el periodo de sueño.

- Establecer con la persona una programación para las actividades diarias (caminar, fisioterapia).
- Valorar con la persona y familia, la rutina habitual para irse a la cama, hora, higiene, rituales y ajustarse a ella estrictamente.

EVALUACIÓN.

- Se estimula a estar ocupada durante el día.
- Se realiza plan de entretenimiento con visitas a parques recreativos.
- Observándose que desaparece sus preocupaciones y logra dormir mejor durante las noches.
- La persona deberá manifestar la mejor satisfacción que produce el descanso normal o patrón de sueño.

• DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

- Realiza actividades manuales como medidas de recreación, con un déficit en la estimulación.

OBJETIVO.- Promover un plan como estrategia para mejorar el estado emocional.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA.

- Modificar ambiente físico y rutina diaria de actividades
- Animar a que realice ejercicios diariamente.
- Motivar a la familia a que participe en las actividades demostrando interés.
- Planear salir, llevándola con los demás familiares o a lugares donde se pueda distraerse.
- Reducir el aislamiento social.

EVALUACIÓN.

- Se le compra artículos que usa para realizar sus actividades manuales.
- Deberá mejorar el estado de ánimo y aprender alguna actividad recreativa que la motiven mas que otras.

6.- PLAN DE ALTA

OBJETIVO.- Valorar el desarrollo integral del adulto mayor, estimulando la continuidad de los cuidados oportunos, de parte de los familiares.

MANEJO Y RECOMENDACIONES.

- 1.- Promover el consumo de una dieta balanceada, equilibrada, y rica en fibras, astringente en grasas, con abundantes líquidos.
- 2.- Continuar con ejercicios, para mejorar elasticidad y tono muscular.
- 3.- Promover la continuidad del arreglo personal, usando la ropa de más agrado y lubricación de la piel.
- 4.- Evitar ejercicios bruscos y pesados, previniendo lesiones a su integridad física.
- 5.- Animar a su entorno familiar de la necesidad de continuar involucrándose en actividades religiosas.
- 6.- Promover una actitud positiva que ayude a realizar actividades recreativas y de entretenimiento para reducir la soledad, tensiones emocionales y aislamiento.
- 7.- Manifestarle motivación por parte de los familiares, para sentirse segura, querida y parte del pilar de una familia.
- 8.- Integrarla a un plan o grupo de la tercera edad, para mantenerla ocupada y relajada emocionalmente.
- 9.- Continuar con sus citas periódicas con su médico.
- 10.- Se dan indicaciones para continuar con las rutinas de ejercicios pasivos.

VI.- CONCLUSIÓN.

Con toda la sapiencia de la persona que impartió el seminario de titulación, me es grato reconocer el cambio tan relevante que hoy en día a tenido el proceso de enfermería, en el cual nos permite delimitar nuestras acciones, enfocadas a cuidar (no desarrollando un proceso con enfoque médico), por lo que es conveniente que todo personal profundice en los conocimientos teóricos, metodológicos que sustenta la práctica y aptitudes de una formación rigurosa de enfermería, con el fin de establecer nuevos conceptos.

Considerando las bases teóricas planteadas en el modelo de Virginia Henderson, el cual implica tener conocimientos teóricos de los conceptos fundamentales de enfermería como son persona, entorno, enfermería, salud y rol profesional; los cuales se traducen en las catorce (14) necesidades del ser humano, que son la base científica en este modelo y esto permite un alto grado de reflexión y análisis en cada una de sus etapas; exigiendo la consulta bibliográfica permanente.

Ubicarme y centrarme en la teoría de Henderson, me causó atraso con mi propósito de titularme por medio de tesis, pero valoro la importancia que con ello conlleva y orienta la enfermería hacia el cuidado de la salud del individuo sano o enfermo de manera individual, grupal o colectiva.

Todo lo anterior me llevó a enfocarme en el proceso atención de enfermería en el hogar a un adulto mayor, con problemas en las necesidades básicas; logrando establecer pautas de conductas y cuidados que se vieron reflejados de manera efectiva. Teniendo la necesidad de contar con la participación de las integrantes de la familia del paciente.

VII.- SUGERENCIAS.

La práctica de enfermería acorde con la evolución a tenido cambios de acuerdo a los avances tecnológicos y científicos y esto hace que el gremio enfermero cada día se halle en la necesidad de seguir un camino que no tendrá fin en lo referente a la preparación profesional, profundizando en los conocimientos teóricos y metodológicos que sustentan la práctica y permiten reconocer al ser humano en una dimensión holística que se traduce a cuidados integrales, permitiendo al hombre prolongar sus expectativas de vida, con todo esto se logra que la enfermera cada día sea reconocida profesionalmente y no se tenga una idea de concretarla únicamente en el trabajo artesanal, con ello elevando las actitudes y valores ante toda sociedad.

- Lograr mayor difusión del proceso enfermero, ya que ello nos delimita nuestras actividades básicas y no confundirnos con roles que son de otros profesionales.
- Que el proceso enfermero se lleve a cabo como una materia en la formación profesional de la enfermera (o).
- Promover su difusión como opción para la titulación de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.
- Difundir el proceso enfermero por autoridades correspondientes para implementarlo a nivel nacional, con todos los cambios que ha tenido.
- Comentar a cada una de las alumnas de enfermería (independiente de donde sea o donde se encuentren en las escuelas), la importancia de concientizar a cada uno de los integrantes de la familia el autocuidado de la salud.

BIBLIOGRAFIA

Antología de textos de filosofía y filosofía de enfermería. Compiladoras: Bernal López B., Pineda Ramírez M. Eduarda; Unidad IV, LA ENFERMERIA PROFESIONAL, 1996.

Nonahue, M. Patricia, La enfermería, " La condición del arte ", en: HISTORIA DE LA ENFERMERIA. Tr. María Picazo y Carmen Hernández, Edit. Doyma, Barcelona, 1988.

Kozier, Bárbara, et, al. Introducción a la enfermería, EN ENFERMERIA FUNDAMENTAL I. Carlos J. Bermejo Ceja y otros, 4a. Edición, Edit. Interamericana Mc Graw Hill, Madrid, 1993.

Revista de enfermería, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Volumen V, enero - Abril, Editor Somolinos Palencia Juan.

Hinchliff, Susan M. et. Al. " ENFOQUE DEL CUIDADO DE ENFERMERIA" en enfermería y cuidados de la salud. Doyma, Barcelona; 1993.

Capítulo I : " VISION GENERAL DEL DESARROLLO DE LA PROFESIÓN " Margaret M. Maloney; Profesionalización of Nursing: Current Issues and Trends. Philadelphia: J.B. Lippincontt. Company, 1986.

Revista del Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Volumen I, Mayo - Diciembre; 1988.

Teorías y Modelos. Compilación: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; UNAM, 1988.

Colliere, Marie Françoise, PROMOVER LA VIDA, de la práctica de mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería, Edit. Interamericana Mc. Graw Hill; Madrid, 1993.

Colliere, Marie Françoise, ENCONTRAR EL SENTIDO ORIGINAL DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS. Edit. Interamericana Mc. Graw Hill; Madrid, 1993.

Suzanne Kérouac, M.N.M. Sc. EL PENSAMIENTO ENFERMERO. Edit. Masson, S.A. Barcelona, 1996.

Marriner – Ann. MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA. Madrid, Doepma, 1996.

Fernández Ferrín, Carmen. EL PROCESO DE ENFERMERIA, ESTUDIOS DE CASOS. Ediciones Científicas y Técnicas. España, 1993.

Hernández Coneza, Juana. HISTORIA DE LA ENFERMERIA; UN ANÁLISIS HISTORICO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA. Edit. Mc Graw Hill Interamericana, Madrid; 1995.

PROCESO SALUD ENFERMEDAD EN LA NEFROLOGIA. Mecanograma, UNAM – México, 1993.

Rodríguez García Rosalía, Dr. Morales Virgen, Juan José, Jaime. E. Geriatria. I Edic. en Español. Edit. Mc Graw Hill Interamericana, México, 1999.

González Aragón Joaquín, APRENDAMOS A ENVEJECER SANOS. 4a. Edición, Edit. Costa – Amic. México, 1998.

Logarica Salazar Raquel; Gerontología y Geratría. Edit. Nueva, 1985.

W. Iyer Patricia, J. Tapich Barbara, Bernocci – Losey Donna, PROCESO Y DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA. Edit. Interamericana. Mc Graw Hill, 1989.

Potter, Patricia y Ann Perry. FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA, TEORIAS Y PRACTICA. Tr. Diorki, 3 Edic., Mosby – Doyma; Madrid, 1996.

FICHA DE IDENTIFICACION (ANEXO 1)

Nombre: Juana Gómez Toledo Edad: 68 Peso: 66 Talla: 1.57 cms.
Fecha de nacimiento: 24/06/32 Sexo: Fem Ocupación: Hogar
Escolaridad: 1er. año de Prim. Lugar de nacimiento: Hacienda El Abanero
Estado: Chiapas Fuente de información: La misma persona
Fiabilidad: (1-4): 4 Miembro de la familia / persona significativa: Madre

Domicilio: Av. Aristóteles No. 222, Fraccionamiento Atenas

Fecha de valoración: 04/06/2000

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

1.-Necesidades básicas de: Oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

a) Oxigenación: Sin alteración

Subjetivo:

Disnea debido a: No valorable Tos productiva / seca: _____ Dolor asociado con la respiración: _____ Fumador: _____

Desde cuando fuma / cuantos cigarros al día / varia la cantidad según su estado emocional: No valorable

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: Temp 37o. C. F.C. 86 X', con buen ritmo, intensidad y tono, campos pulmonares bien ventilados, con F.R: 22X', pulsos periféricos palpables, P.A: 110/70.

Tos productiva / seca: Tos seca esporádica Estado de conciencia: Orientado en tiempo y espacio

Coloración de piel / lechos ungueales / peribucal: Buena coloración de tegumentos y llenado capilar

Circulación del retorno venoso: Estable, con leve dilatación de varices en ambos pies.

b) Nutrición e hidratación

(Anexo 1)

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): Dieta normal astringente de grasas y lácteos e irritantes con abundantes líquidos y fibra por la mañana y tarde y por la noche líquidos caros.

Numero de comidas diarias: 3

Trastornos digestivos: Distensión abdominal, reflujo gástrico

Intolerancia alimentaria / alergias: No tolera irritantes, grasas y lácteos

Problemas de la masticación y deglución: Falta de piezas dentarias. Mandíbula superior, usando prótesis; sin tener problema alguno con los alimentos.

Patrón de ejercicio: Ejercicios de relajación muscular de Ms. Inf. y superiores p/cuello, hombros y abdomen, todos para favorecer la rehabilitación.

Objetivo:

Turgencia de la piel: Hidratada con elasticidad normal, frágil, delgada, escasa pigmentación por la edad.

Membranas mucosas hidratadas / secas: Hidratada de buena coloración

Características de uñas / cabello: Uñas normales en coloración, cabello bien implantado de acuerdo a la edad.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Equilibrio normal por presentar dolor a nivel lumbar por hernias discales, contractura muscular pierna y hombro derecho.

Aspecto de los dientes y encías: Ausencia de piezas dentales mandíbula superior y 6 piezas en la mandíbula inferior.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Cicatriz de vena de pie izquierdo en etapa de gestación, aproximadamente 22 años.

Otros: Venas dilatadas en miembros inferiores.

c) Eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Irregular. Presentando heces formadas, consistencia dura y en ocasiones semilíquidas por mala absorción y digestión de los alimentos. Orina concentrada por deficiencia en la ingesta de líquidos. Características de las heces, orina y menstruación:

Historia de hemorragias / enfermedades renales / otros: Hemorragia venosa hace 22 años.

Uso de laxantes: Ocasional Hemorroides:

Dolor al defecar / menstruar / orinar: No refiere

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: Influyen muchísimo, con el estrés por la enfermedad o tensiones por problemas familiares, inicia con evacuaciones líquidas, a veces náuseas, en ocasiones más graves llegando al vómito.

Abdomen / características: Abdomen globoso, flácido con presencia de una hernia umbilical.

Ruidos intestinales: Peristaltismo aumentados, con ruido de vaciamiento de gases.

Palpación de la vejiga urinaria: Normal

Otros: Disminución de tamaño del riñón izquierdo (visto por ultrasonido).

d) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Se adapta bien a los cambios

Ejercicio / tipo y frecuencia: Realiza ejercicios de rehabilitación y piernas y brazo derecho, dos veces al día, caminata de poco esfuerzo.

Temperatura ambiental que le es agradable: Le gusta más el calor.

Objetivo:

Características de la piel: Elástica, hidratada, delicada de acuerdo a la edad

Transpiración: Normal

Condiciones del entorno físico: Habita casa propia con buena iluminación, ventilación y limpieza diaria.

Otros: _____

2.- Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: Movilización corporal sin ayuda alguna, capacidad física para realizar su aseo y arreglo personal diario.

Actividades en el tiempo libre: Se dedica a realizar tejidos, bordar carpetas, ver la televisión.

Hábitos de descanso: En el día duerme en el sillón.

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético / fuerza: Deficiente fuerza muscular en miembros inferiores.

Capacidad muscular tono / resistencia / flexibilidad: Deficiente.

Posturas: Normal

Ayuda para la de ambulación: Ninguna

Dolor con e movimiento: Ocasional

Presencia de temblores: No Estado de conciencia: Orientado en tiempo, espacio y lugar.

Estado emocional: Voluble, llegando fácilmente a la depresión

Otros: _____

b) Descanso y sueño (anexo 1)

Subjetivo:

Horario de descanso: En el día duerme al estar sentada por ratos.

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: Duerme durante el día

Siesta: No esta acostumbrada

¿ Padece insomnio ? : Algunas noches se acuesta y no puede conciliar el sueño

A que considera que se deba: A preocupaciones familiares

¿ Se siente descansado al levantarse ? : No, se ve decaída.

Objetivo:

Estado mental: ansiedad / estrés / lenguaje: Orientado lenguaje comprensible

Ojeras: No Atención: Distraída Bostezos: A veces Concentración: _____

Apatía: No Cefaleas: _____

Respuesta a estímulos: Si, se mantiene siempre en estado de alerta

Otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

¿ Influye su estado de animo para la selección de sus prendas de vestir ?:

No valorable

¿ Su autoestima es determinante en su modo de vestir ? : Si, cuando se encuentra sin ninguna preocupación, cansancio, etc., el arreglo personal es mejor.

¿ Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría ? : No valorable

¿ Necesita ayuda para la selección de su vestuario ? : No valorable

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Sí

Capacidad psicomotora par vestirse y desvestirse: No valorable

Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____ Otros:

Limpio y vestido completo.

e) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: Se baña sola, de una a dos veces al día.

Momento preferido para el baño: Al medio día y por las tardes

Cuantas veces se lava los dientes al día: 2 veces al día

Aseo de manos antes y después de comer: Sí Después de eliminar: Sí

¿ Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos ?:

No valorable.

Objetivo:

Aspecto general: Estatura mediana, moreno claro, buena coloración de tegumentos.

Olor corporal: Normal

Halitosis: No valorable

Estado del cuero cabelludo: Limpio, hidratado

Lesiones dérmicas, que tipo: No valorable

(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros: _____

d) Necesidad de evitar peligros (Anexo 1)

Subjetivo:

Que miembros componen su familia de pertenencia: Once hijos y el esposo.

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: Con desesperación, angustia y no toma los alimentos en horarios adecuados.

¿ Conoce las medidas de prevención de accidentes ? : Si, conciente de medidas preventivas.

En el hogar: No hay escaleras

En el trabajo: No valorable

¿ Realiza controles periódicos de salud recomendados ? : Sí

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida: Con la alteración en el patrón alimentario, con problemas digestivos.

Objetivo:

Deformidades congénitas: No valorable.

Condiciones del ambiente en su hogar: Con seguridad, limpio, ventilado e iluminado.

3.- Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: Casada Años de relación: 45 años Vive con: Dos hijas solteras

Preocupaciones estrés: Cuando alguno de sus hijos no lo ha visitado o le ha hablado por teléfono.

Otras personales que puedan ayudar: Dos hijos casados

Rol en la estructura familiar: Consejera

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad / estado: Sí

Cuánto tiempo pasa sola: Ocho horas

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: No valorable

Objetivo:

Habla claro: Sí Confusa:

Dificultad en la visión: Si, vista cansada Audición: Buena, con higiene

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas:

Con los hijos, con una cuñada que visita y con cuatro hermanos.

Otros:

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: Profesa religión católica desde el nacimiento

¿ Su creencia religiosa le genera conflictos personales ? : No valorable

Principales valores en su familia: Sus hijos

Principales valores personales: Dios, hijos y hermanos

¿ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir ? : No valorable

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso) : No valorable

¿ Permite el contacto físico ? : Si, es cariñosa amable y atenta

¿ Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias ? : Su casa, sus pertenencias personales.

c) Necesidad de trabajar y realizarse (Anexo 1)

Subjetivo:

¿ Trabaja actualmente ? : No Tipo de trabajo: Ocasionalmente aseo de ropa y preparación de alimentos

Riesgos: Ninguno Cuánto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿ Está satisfecho con su trabajo ? : No ¿ Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y / o las de su familia ? : Constantemente refiere regresar a su casa a limpiar, regar su jardín.

¿ Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega ? : Refiere comprensión, entendimiento, ya que todos sus hijos son mayores y se llena de gozo y satisfacción por ellos.

Objetivo:

Estado emocional / calmado / ansioso enfadado / retraído / temeroso / irritable / inquieto / eufórico: _____

Otros: No valorable

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Ocasionalmente borda, riega la plantas y le gusta ir de visita.

¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad ? _____

¿ Existen recursos en su comunidad para la recreación ? : Si, existen parques recreativos.

¿ Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa ? : No valorable

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: Poca flexibilidad y con problemas en columna.

¿ Rechaza las actividades recreativas ? : Indiferente.

¿ Su estado de ánimo es apático / aburrido / participativo ? : Algunas veces es bastante participativa y a veces completamente apático.

e) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: Primer año de primaria.

Problemas de aprendizaje: Ninguno

Limitaciones cognitivas: _____ tipo: No valorable

Preferencias: leer / escribir: leer

¿ Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad ? : No lo conoce

¿ Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo ? : _____

¿ Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud ? : _____

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: Tranquilo

Órganos de los sentidos: Con buena percepción a los diferentes estímulos

Estado emocional / ansiedad / dolor: Cambiante

Memoria reciente: Normal

Memoria remota: Regular

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
Religión: _____ Escolaridad: _____ Fecha: _____ Hora: _____
Procedencia: _____ Fuente de información: _____
Fiabilidad: (1-4) _____ Miembro de la familia /persona significativa: _____
Estatus económico: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1. Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

a) Oxigenación.

Subjetivo:

Disnea debida a: _____ Tos productiva seca: _____ Dolor asociado con la respiración: _____ Estado de fosas nasales: _____

Agitación debida a: _____

Tiene antecedentes de problemas cardiorrespiratorios: _____

Emociones: _____ Ansiedad / estrés debida a: _____

Inquietud e irritabilidad: _____ Objetivo: _____

Registro de signos vitales y características: _____

Tos productiva / seca: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de piel / lechos ungueales / peribucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

Calidad del medio ambiente: _____

Influencias familiares y sociales: _____

b) Nutrición e hidratación.

Subjetivo:

Alimentos que han tomado en las últimas 72 horas: _____

Dieta habitual (tipo): _____ No. De comidas diarias: _____

Cantidad de líquidos (tipo): _____

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentaria / alergias: _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida / bebida: _____

Sentido que le da a la comida: _____

(Anexo 1)

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas / secas: _____

Características de uñas / cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspectos de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

Influencias familiares y sociales: _____

Tiempo entre comidas: _____

Come solo o acompañado debido a: _____

c) Eliminación.

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ Características de las heces y orina: _____

Historia de hemorragias / enfermedades renales / otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar / orinar: _____

Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Servicios públicos: _____

Objetivo:

Abdomen / características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

Medidas no medicamentosas de ayuda: _____

Problema relacionado con la necesidad de eliminación: _____

d) Termorregulación.

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio / tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____
Otros: _____

Medidas no medicamentosas de ayuda: _____

2. Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Moverse y mantener una buena postura.

Subjetivo:
Capacidad física cotidiana: _____
Actividades que realiza: _____
Hábitos de descanso: _____
Tipos de juegos de acuerdo a su edad: _____
Quién le enseña juegos y cuánto tiempo le dedican: _____

Objetivo:
Cuánto tiempo está de pie: _____
Estado del sistema músculo esquelético / fuerza: _____
Capacidad muscular tono / resistencia / flexibilidad: _____
Posturas: _____
Ayuda para la deambulación: _____
Dolor con el movimiento: _____
Presencia de temblores: _____
Estado emocional: _____
Otros: _____
Conoce la importancia de esta necesidad: _____

b) Descanso y sueño.

Subjetivo:
Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____
Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____
Siesta: _____ Ayudas: _____
¿ Padece insomnio ? : _____
¿ A que considera que se deba ? : _____
¿ Se siente descansado al levantarse ? : _____

Objetivo:
Estado mental: ansiedad / estrés / lenguaje: _____
Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____ Concentración: _____

Apatía: _____ Cefaleas: _____

Respuestas a estímulos: _____

Otros: _____

Condiciones del entorno que ayudan o impiden satisfacer esta necesidad: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas.

Subjetivo:

¿ Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir ? : _____

¿ Su autoestima es determinante en su modo de vestir ? : _____

¿ Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría ? : _____

¿ Necesita ayuda para la selección de su vestuario ? : _____

Objetivo:

¿ Viste usted de acuerdo a su edad ? : _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Otros: _____

d) necesidad de higiene y protección de la piel.

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

¿ Cuántas veces se lava los dientes al día ? : _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____ Después de eliminar: _____

¿ Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos ? : _____

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas (qué tipo) : _____

(Anote su ubicación en el diagrama) : _____

Otros: _____

e) Necesidad de evitar peligros.

Subjetivo:

¿ Qué miembros componen su familia de pertenencia ? : _____

¿ Cómo reacciona ante una situación de urgencia ? : _____

¿ Conoce las medidas de prevención de accidentes ? : _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿ Realiza controles periódicos de salud recomendados ? : _____

¿ Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida ? : _____

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Otros: _____

3. Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

Subjetivo:

Vive con: _____

Preocupaciones / estrés: _____ Familiares: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Se comunica de acuerdo a su edad: _____

¿ Cuánto tiempo pasa sola ? : _____

¿ Frecuencia de los diferentes contactos sociales en ? : _____

Objetivo:

Habla claro: _____ Confusa: _____

Dificultad en la visión: _____ Audición: _____

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas: _____

Otros: _____

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____

¿ Su creencia religiosa le genera conflictos personales ? : _____

Principales valores personales: _____

¿ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir ? : _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso) : _____

Permite el contacto físico: _____

¿ Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias ? : _____

Otros: _____

c) necesidad de trabajar y realizarse.

Subjetivo:

¿ Trabaja actualmente ? : _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuánto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿ Está satisfecho con su trabajo ? : _____ ¿ Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia ? : _____

¿ Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega ? : _____

Objetivo:

Estado emocional/calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: _____

Otros: _____

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad ? : _____

¿ Existen recursos en su comunidad para la recreación ? : _____

¿ Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa ? : _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿ Rechaza las actividades recreativas ? : _____

¿ Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo ? : _____

Otros: _____

e) Necesidades de aprendizaje.

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____ tipo: _____

Preferencias: leer/escribir: _____

¿ Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje de salud ? : _____

¿ Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo ? : _____

¿ Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud ? : _____

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional/ansiedad/dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS DE ENFERMERIA

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
1. OXIGENACION	I <u> </u> X PD <u> </u> D <u> </u>	Esta necesidad la cubre de manera independiente con la fuerza de voluntad que ella manifiesta y sin obstáculos o limitaciones del entorno.
2. NUTRICION / HIDRATACION	I <u> </u> PD <u> </u> X D <u> </u>	Alteración de la nutrición relacionada con la ingesta de alimentos en relación con restricciones dietéticas.
3. ELIMINACION	I <u> </u> PD <u> </u> X D <u> </u>	Alteración en la eliminación relacionado con el aporte deficiente de fibra inferior al adecuado manifestado por la eliminación de heces duras y secas y en ocasiones líquidas sin consistencia.
4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	I <u> </u> PD <u> </u> X D <u> </u>	Deterioro de la movilidad física relacionado con la falta de fuerza en miembros inferiores, manifestado con dolor y marcha claudicante, relacionado con problemas de discos intervertebrales, estenosis de columna.
5. DESCANSO Y SUEÑO	I <u> </u> PD <u> </u> X D <u> </u>	Alteración del patrón del sueño relacionado con estrés psicológico (preocupaciones) manifestado por bostezos frecuentes, cambios de postura y o periodos de sueño en el día.
6. USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	I <u> </u> X PD <u> </u> D <u> </u>	Esta necesidad la cubre de manera independiente con la fuerza y voluntad que ella manifiesta y sin obstáculos o limitaciones del entorno.
7. TERMORREGULACION	I <u> </u> X PD <u> </u> D <u> </u>	Buen control de la temperatura ante los cambios del medio ambiente.

* (I) Independiente (PD) Parcialmente Dependiente (D) Dependiente

CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS DE ENFERMERIA

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA						
8. HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	<table border="0"> <tr><td>I</td><td>X</td></tr> <tr><td>PD</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td></tr> </table>	I	X	PD		D		Realiza la actividad de baño al nivel óptimo esperado, expresando sensación de comodidad y satisfacción de la limpieza y protección de la piel.
I	X							
PD								
D								
9. EVITAR PELIGROS	<table border="0"> <tr><td>I</td><td>X</td></tr> <tr><td>PD</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td></tr> </table>	I	X	PD		D		Consciente de las medidas preventivas y de seguridad para el autocuidado.
I	X							
PD								
D								
10. COMUNICARSE	<table border="0"> <tr><td>I</td><td>X</td></tr> <tr><td>PD</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td></tr> </table>	I	X	PD		D		Conocimiento y habilidad de fomentar la reciprocidad de comunicación con personas indistintas y significativas.
I	X							
PD								
D								
11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	<table border="0"> <tr><td>I</td><td>X</td></tr> <tr><td>PD</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td></tr> </table>	I	X	PD		D		Credibilidad de las creencias, expresando satisfacción con la situación espiritual.
I	X							
PD								
D								
12. TRABAJAR Y REALIZARSE	<table border="0"> <tr><td>I</td><td></td></tr> <tr><td>PD</td><td>X</td></tr> <tr><td>D</td><td></td></tr> </table>	I		PD	X	D		Alteración del patrón corporal, manifestado por sensación abrumadora y disminución de la capacidad para el trabajo físico y disminución del rendimiento en toda actividad; con tendencia a los accidentes
I								
PD	X							
D								
13. JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	<table border="0"> <tr><td>I</td><td></td></tr> <tr><td>PD</td><td>X</td></tr> <tr><td>D</td><td></td></tr> </table>	I		PD	X	D		Realiza actividades manuales como medida de recreación, con déficit en la estimulación.
I								
PD	X							
D								
14. APRENDIZAJE	<table border="0"> <tr><td>I</td><td></td></tr> <tr><td>PD</td><td>X</td></tr> <tr><td>D</td><td></td></tr> </table>	I		PD	X	D		Déficit de actividades de aprendizaje relacionado con la falta de interés por el grado de escolaridad.
I								
PD	X							
D								

* (I) Independiente (PD) Parcialmente Dependiente (D) Dependiente

PLAN DE CUIDADOS DOMICILIARIO

(ANEXO 3)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Alteración en la eliminación relacionado con el aporte deficiente de fibra inferior al adecuado, manifestado por la eliminación de heces duras y secas y en ocasiones liquidas sin consistencia. • Dolor agudo en relación con las lesiones secundarias al aumento de las secreciones gástricas. • Alto riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico en relación con la falta de conocimiento del proceso de la enfermedad, contraindicaciones, signos y síntomas de las complicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Normar una conducta encaminada a mejorar los hábitos alimentarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planear conjuntamente con el cliente, dietas ricas en fibras. • Educación sobre los alimentos ricos en fibras y laxantes. • Estimular al paciente para mejorar el consumo de dietas planeadas. • Orientación sobre la importancia de la alimentación rica en fibras para prevenir el estreñimiento. • Orientación sobre la preparación de alimentos astringentes (irritantes y ricos en grasas). • Indicación de visitas periódicas al medico especialista para llevar un buen control de su salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando refiere molestias del reflujo gástrico, aceptan positivamente su dieta especial. • Refiere estar aburrida de su dieta a base de verduras. • Como se avanza en el plan de cuidados se concientiza al familiar y al cliente de la importancia de dieta especial. • En conjunto con su medico, se le explica su dieta, para mejorar su hábito alimenticio. • Reconoce la importancia de la dieta valorando que le ayuda a disminuir su problema.

PLAN DE CUIDADOS DOMICILIARIO

(ANEXO 3)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Deterioro de la movilidad física relacionado con la falta de fuerza en miembros inferiores, manifestado con dolor y marcha claudicante debido a problemas en los discos intervertebrales y a estenosis de columna. 	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la fuerza muscular y resistencia para propiciar la movilidad física y favorecer un mejor nivel de calidad de vida a través de su independencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Valorar respuesta a la actividad física del paciente. Reducir la intensidad, frecuencia y duración de actividades que lleve a cabo. Planear ejercicios para rehabilitar, fortalecer músculos abdominales y de miembros inferiores. Fomentar una actitud sincera y de confianza en su capacidad para crear una atmósfera positiva y encaminada a un aumento de la actividad e inculcarle la creencia en la posibilidad de mejoría del estado de movilidad. Reconocer sus progresos. Permitir que el paciente establezca su programa de actividades y los objetivos de su actividad funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> Deberá de cobrar tono y fuerza muscular de las extremidades inferiores, mejorando su movilidad física. Realiza ejercicios de rehabilitación periódicamente.

PLAN DE CUIDADOS DOMICILIARIO

(ANEXO 3)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
		<ul style="list-style-type: none">• Permitir a la persona que determine la velocidad de la marcha.• Animar al persona que lleve zapatos cómodos para andar.• Instruir al paciente la importancia de consultar a su medico, sobre el programa de ejercicio.	

PLAN DE CUIDADOS DOMICILIARIO

(ANEXO 3)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Alteración del patrón del sueño relacionado con el estrés psicológico (preocupación) manifestado por bostezos frecuentes, cambios de postura y periodos de sueño en el día. 	<ul style="list-style-type: none"> Poner de manifiesto un equilibrio óptimo entre el reposos y la actividad. Identificar los factores que impiden o inhiben el sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> Limitar la cantidad y duración del sueño durante el día. Explicar a la persona y familiares las causas de los trastornos del sueño, descansos y las posibles formas de evitarlos. Reducir todo tipo de ruidos. Organizar los procedimientos para proporcionar el menor número de molestias durante el periodo de sueño. Establecer con la persona una programación para las actividades diarias (caminar, fisioterapia, etc). Valorar con la persona y familia la rutina habitual para irse a la cama, hora, higiene, rituales y ajustarse a ella estrictamente. 	<ul style="list-style-type: none"> Se estimula a estar ocupada durante el día. Se realiza plan de entretenimiento con visitas a parques recreativos, observándose que desaparece sus preocupaciones y logra dormir mejor durante las noches. La persona deberá manifestar la mejor satisfacción que produce el descanso normal del patrón de sueño.

PLAN DE CUIDADOS DOMICILIARIO

(ANEXO 3)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Alteración en el patrón corporal manifestado por sensación abrumadora y disminución de la capacidad para el trabajo físico y del rendimiento en toda actividad con tendencia a los accidentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Promover la autosatisfacción con tareas que pueda realizar de acuerdo a la edad y movimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> Sugerir actividades ocupacionales. Aumentar la tolerancia del paciente a la actividad, realizando actividades lentamente o durante un periodo de tiempo mas corto, con pausas de descanso o mas ayuda. Promover tareas de trabajo que no necesiten de un esfuerzo brusco y desgaste de energía corporal. Proporcionar orientación sobre actividades de acuerdo a la edad y estado de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Realiza actividades que elige favoreciéndose con estar ocupada y que no necesitan de mucho esfuerzo, con previa orientación.

PLAN DE CUIDADOS DOMICILIARIO

(ANEXO 3)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Realiza actividades manuales como medidas de recreación con un déficit en la estimulación. 	<ul style="list-style-type: none"> Promover un plan como estrategia para mejorar el estado emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> Modificar el ambiente físico y rutina diaria de actividades. Animarla a que realice ejercicios diariamente. Motivar a la familia a que participe en las actividades demostrando interés. Planear salir, llevándola con los demás familiares o a los lugares donde se pueda distraerse. Reducir el aislamiento social. 	<ul style="list-style-type: none"> Se le compra artículos para realizar sus actividades manuales. Deberá mejorar el estado de ánimo y aprender alguna actividad recreativa que la motive mas que otras.