



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**APLICADO A UN ADULTO MAYOR  
CON PROBLEMAS NEUROLÓGICOS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

294225

*Maria de Lourdes Mayor Martínez*

No. CUENTA 9661881-3

ASESORA

*Lic. Margarita Cárdenas Jiménez*

Escuela Nacional de  
Enfermería y Obstetricia  
Coordinación de  
Servicio Social

NOVIEMBRE DE 2000



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.



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**



**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**  
**APLICADO A UN ADULTO MAYOR**  
**CON PROBLEMAS NEUROLÓGICOS**

Que para Obtener el Título de  
***Licenciado en Enfermería y Obstetricia***

Presenta

***María de Lourdes Mayor Martínez***

***No. Cuenta: 9661881-3***

Bajo la Asesoría de

***Lic. Margarita Cárdenas Jiménez***

*Julio de 2000.*

# INDICE

	PÁG.
I. INTRODUCCION	
II. OBJETIVOS-----	6
III. METODOLOGÍA -----	7
IV. MARCO TEORICO -----	8
1. ANTECEDENTES EN LA ENFERMERIA -----	8
2. CONCEPTUALIZACION DE ENFERMERIA -----	11
a. PERSONA -----	12
b. ENTORNO -----	12
c. SALUD -----	12
d. CUIDADO -----	13
3. CONCEPTUALIZACIÓN DE CUIDADO -----	14
a. CONCEPTUALIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR -----	17
b. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS, PSÍQUICAS Y SOCIALES -----	19
4. PROPUESTA TEORICA -----	24
a. ANTECEDENTES DE VIRGINIA HENDERSON -----	24
b. POSTULADOS TEÓRICOS -----	26
5. PROCESO -----	37
a. ANTECEDENTES -----	37
b. ETAPAS -----	39
6. EL PROCESO BASADO EN VIRGINIA HENDERSON -----	59
7. APLICACIÓN DEL PROCESO -----	89

<b>V.</b>	<b>APLICACIÓN DEL PROCESO</b>	<b>92</b>
1.	RESUMEN VALORATIVO	92
2.	JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES	97
3.	PLAN DE CUIDADOS	100
4.	REGISTRO DE CUIDADOS	107
5.	EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS	112
6.	PLAN DE ALTA	115
<b>VI.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	
<b>VII.</b>	<b>SUGERENCIAS</b>	
<b>VIII.</b>	<b>ANEXOS</b>	
<b>IX.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	

## I. INTRODUCCION

La formación de la enfermería profesional se desarrolla más allá de la teoría recibida en las aulas, requiere de un marco donde se de la integración de los conocimientos y la práctica dada tanto individual como en la familia y a nivel comunitario. Si esto no fuera así, se perdería el sentido de la enfermería, ya que como profesión, se considera disciplinaria, desarrollada a través de la historia con un quehacer propio y explicable; aunque hoy en día todavía existe mucha incertidumbre entre el personal de enfermería debido al desconocimiento de lo que es en sí la profesión y de los compromisos y roles que juega la enfermera por todo lo que esto implica se hace necesaria la concientización y preparación de las enfermeras tanto para las labores a nivel institucional como para las docentes, que se encargan de preparar a los alumnos dentro de las aulas.

Es por ello que al desarrollar este trabajo hacemos un recorrido a través de la historia de la enfermería para poder 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 de profesional.

Por tanto desarrollar un proceso de enfermería ha sido para mí un reto, por demás placentero ya que me dio la oportunidad de valorar mis capacidades y limitaciones para el desempeño de mi profesión. Es por esto que me aboqué 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 además cada una de las etapas del proceso, cuya etapa final que es la valoración nos permitirá determinar si el plan ha dado los resultados deseados.

Este proceso de enfermería basado en el Modelo de Virginia Henderson se aplicó a un adulto mayor con problemas neurológicos y confirmando la facilidad que representa y los beneficios que se obtienen su realización debiera constituir una herramienta diaria del quehacer de la enfermera profesional.

## II. OBJETIVOS

- ✓ Proporcionar atención y cuidados integrales en el hogar a un adulto mayor con alteraciones neurológicas involucrando para ello a las personas significativas que le rodean; para elevar su calidad de vida a través del proceso de enfermería basado en el Modelo de Virginia Henderson.
  
- ✓ Proponer el proceso de enfermería como un instrumento que facilite el desarrollo de las potencialidades de cada enfermera permitiéndole desarrollar acciones para el bienestar individual y colectivo tanto en el hogar como a nivel institucional.
  
- ✓ Como una opción para obtener mejores bases que sirvan de soporte; en un futuro próximo; al desarrollo de la práctica privada de cada profesional de enfermería.



### III. METODOLOGÍA

Este proceso de enfermería se aplicó a un adulto mayor con alteración neurológica, revisando primeramente la bibliografía al alcance, elaborando posteriormente fichas tanto de resumen, analíticas y textuales que facilitaran la información y su uso; así como el de otros instrumentos necesarios, mismos que serán empleados en la elaboración del marco teórico.

El proceso fue aplicado en el entorno familiar del adulto apoyado cuyo domicilio se localiza en la 7ª. Norte Poniente Núm. 550, del Barrio Niño de Atocha, de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, del Estado de Chiapas y se realizó del 2 al 30 de junio del año 2000, de lunes a viernes, trabajando 2 horas diarias, de 17:00 a 19:00 horas, a partir del día 2, fecha en que se seleccionó a la persona y ésta aceptó colaborar con nosotros hasta el día 30 en que se observó que podía continuar su superación con el apoyo de su familia.

Durante todo este tiempo empleado para efectuar el proceso nos permitió estrechar la relación con la familia, misma que facilitó determinar conjuntamente el plan de cuidados, su puesta en marcha y la evaluación de los logros obtenidos, explicándoles a la vez la importancia de mantener la continuidad en el desarrollo del proceso. La comunicación establecida fue de manera verbal y escrita en el formato del plan de cuidados para poder realizar la evaluación del mismo, de manera que nos permitiera ratificarlo o rectificarlo en el curso de su realización.

## IV. MARCO TEÓRICO.

### 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ENFERMERÍA

Al hablar de la enfermería tenemos que remontarnos al año 1500 D.C., en el siglo XV, corre el tiempo y es en la edad media cuando se organizan las órdenes monásticas, fundándose la orden de las hermanas agustinas; considerada la primera orden de enfermería, la cual era puramente sanitarista, creada para el servicio público. Más tarde con el surgimiento de la reforma protestante, el interés por la iglesia y la religión decae grandemente y da origen al periodo oscuro de la enfermería, donde la atención del enfermo se declina a mujeres inmorales sin ninguna preparación para ejercer como enfermeras, dedicándose éstas a las labores domésticas hospitalarias, cubriendo jornadas de 12 a 40 horas, los hospitales eran insalubres y denigrantes, desapareciendo este periodo a mediados del siglo XIX; y es así como en los años de 1854-1856 durante la guerra de Crimea surge Florencia Nightingale, considerada hoy en día piedra angular de la Enfermería por dirigir sus esfuerzos a la conversión de la enfermería en una profesión respetada; creó también medidas sanitarias preventivas enseñando a la población cómo autocuidarse. Su interés por la formación de las enfermeras la llevó a fundar la primera Escuela de Enfermería en Londres, creando también la primera organización de atención domiciliaria.

Al finalizar el año de 1800 se produce una reforma de los servicios de enfermería en Estados Unidos y Canadá y se abren escuelas de enfermería que ponen en marcha programas de formación adecuados, reconociéndose como líderes de esta formación a: Isabel Hampton Rorv, Mary Adelaide Nutting, Mari Agnes Snively, Linda Richards y Mary Mahoney a quien se considera la primera enfermera de color.<sup>(1)</sup>

En la década de los 70's a los 80's, surgen las asociaciones en Estados Unidos y Canadá.

---

<sup>(1)</sup> Kozier, Barbara, et al. Introducción a la Enfermería, Enfermería Fundamental. Carlos J. Bermejo Ceja y otros. 1ª Edición, Editorial Interamericana. Mc Graw Hill, Madrid. 1999. Pp. 2 – 22.

En 1973 se gradúa Linda Richards, considerada la primera enfermera norteamericana y se avoca a la creación de hospitales y escuelas de salud mental; posteriormente aparece Harriet Newton Phillips, la primera en alcanzar un postgrado y pionera de la salud pública en América; y para 1908 nace la Asociación Nacional de Enfermería de Colorado.

Haciendo referencia a quien debiera considerarse la madre de la enfermería se reconoce que Florencia Nighthingale fue la primera investigadora de enfermería hizo grandes aportaciones al campo de la estadística social, consideraba que para que una estadística fuera útil debía estar en uso y además poseer la característica de ayudar al establecimiento de medidas preventivas que apoyaran el bienestar general y la salud del hombre. Influencia que se deja sentir en las escuelas norteamericanas que para 1907 iniciaban la carrera de enfermería pero no con su enfoque ni uso de la investigación, ya que las enfermeras no eran motivadas para desarrollar un pensamiento crítico y hacer juicios, vivían bajo una disciplina autoritaria que las volvía sumisas; pese a esto, en 1912 Mary Adelaide Nuthing presenta el que se considera el primer informe de investigación titulado Situación Educativa de la Enfermería donde se habla de las condiciones laborales y las desoladoras prácticas de enfermería, a este informe le siguen otras investigaciones, muchas de ellas elaboradas por personas que no eran enfermeras, también destaca Isabel M. Stewart, interesada en la economía industrial y doméstica, trata de diferenciar las funciones de enfermería de las que no lo eran, estableciendo normas de cuidado de enfermería que aún están vigentes en la práctica actual; más tarde publica el Nursing Education Bulletin del Teacher College, que era una revista para enfermeras donde instaba a participar en la investigación como un medio para justificar la enfermería como ciencia aplicada. <sup>(2)</sup>

Después de la primera guerra mundial destaca la figura de Mary Breckinrigde trabajando con el Comité Americano para la devastación de Francia, distribuyendo provisiones y ropa además de cuidar de los enfermos por los pueblos franceses, en

---

<sup>(2)</sup> Donahue, M. Patricia, La enfermería, La condición del Arte en la Historia de la Enfermería. Tr. María Picazo y Carmen Hernández. Editorial Doyma, Barcelona, 1998. Pp. 435, 467 – 473.

1921 vuelve a Estados Unidos y conoce a Mary Adelaide Nutting, quien le brinda apoyo para que estudie obstetricia en Londres y cuando vuelve a su patria de origen, funda el FNS del Leslie Country de Kentucky, y dentro de esta organización establece una de las primeras escuelas de obstetricia de Estados Unidos. En esta década la enfermería empieza a ser reconocida como ciencia legítima y se desarrollan los programas universitarios iniciados con estudios de Diplomado y ante la necesidad de no contar con enfermeras preparadas en docencia y administración, se inician los estudios de licenciatura como nivel de especialización, se separan las escuelas de los hospitales, adecuándose estas a nivel universitario; once años después, en 1964 la licenciatura fue reconocida como un nivel avanzado. Posterior a esto surge la etapa de regionalización, la cual se desarrolla durante la década de los 50's y es entonces cuando se realiza la planificación regional de diplomados con el fin de promover la formación profesional y de diplomado en el campo de la salud basadas en la investigación.

La maduración de la licenciatura se da en el periodo de 1964 a 1975 convirtiéndose en una acreditación importante para las enfermeras que se hallaban en puestos directivos en ese entonces. Así fue como se incrementó el interés por la investigación y los programas de diplomado brindando oportunidades para el profesorado, instituyéndose becas y préstamos para estudiantes y es entonces cuando el Congreso hace una derrama de 334 millones de dólares para impulsar la formación de enfermería.

La evolución de la enfermería ha sido determinada dentro de un contexto político que ha generado obstáculos donde la lucha por la independencia y reconocimiento está presente, suponiendo un paso más con la formación de doctorado para enfermeras.

En 1970 se crea la Comisión para la Investigación en Enfermería y en 1972 el Consejo de Enfermeras Investigadoras de la ANA; y es en esta época cuando se logra la integración de la investigación de enfermería en todos los programas colegiados de formación.

## 2. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

Esta conceptualización ha ido evolucionando acorde a la época así podemos apreciar que con el paso del tiempo, la evolución de la tecnología, la industria y la vida misma ha empujado a la enfermería en su desarrollo, así tenemos que Florencia Nigthingale en 1860 definió a la enfermería diciendo que era: "La actuación de la enfermera sobre el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación". Es decir, para ella era fundamental 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.

Así también Virginia Henderson considerada una de las primeras enfermeras "modernas", dijo en su definición en el año de 1960 que: "La función propia de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, para que realice aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a su muerte tranquila); tareas que el individuo realizaría por sí mismo, si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios, y todo ello de forma que el individuo se sienta capaz de llevarlas a cabo lo más pronto posible".<sup>(3)</sup>

Es así como podemos decir que Henderson tuvo mayor visión que Nigthingale ya que Henderson relaciona ya a la enfermera con el individuo sano y no solamente con el enfermo, pero además, valora en el individuo sus conocimientos, la voluntad y la fuerza. Tanto Virginia como Florencia relacionan al individuo con su entorno y lo consideran importante para recuperar la salud.

Ya en el año de 1985 Dorothea Orem dice que 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. Orem también sigue considerando el

---

(3) Koziar, Bárbara Et Al. Introducción a la Enfermería en Enfermería Fundamental. Calos J. Bermejo Ceja y Otros. 4ª. Edición. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill. Madrid, 1993. Pp. 38 y 39.

entorno pero plantea que la enfermería es un servicio de ayuda y asistencia a las personas que son parcial o totalmente dependientes.

Doris Grinspun 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 comprensivo, en el cual la enfermera junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud.

Y enfatiza que la esencia de enfermería reside en la habilidad de vincularse con las personas en el contexto de su mundo único, incorporando así en su definición los cuatro conceptos del metaparadigma de enfermería: persona, entorno, salud y enfermería, aunque no deja de decir que es muy difícil definirla.<sup>(4)</sup>

#### **a. 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 que no pueden predecirse a partir del conocimiento de sus partes". Mezcla dinámica de interrelaciones entre factores fisiológicos, socioculturales, evolutivos y espirituales.

#### **b. ENTORNO**

Es el contexto en el 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.

#### **c. SALUD**

Es el estado fugaz y dinámico influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales, que mantiene la integridad de la persona tanto en el entorno externo como en

---

<sup>4</sup> Identidad Profesional, Humanismo y Desarrollo Tecnológico. Mecanograma.

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.<sup>(5)</sup>

#### **d. CUIDADO**

Puede entenderse como las acciones que se desarrollan para mantener la vida o como dijera Colliere, cuidar es un acto de vida para que ésta pueda persistir; cuidar representa un conjunto de actos que tienen por finalidad mantener la vida de los individuos.<sup>(6)</sup>

---

<sup>5</sup> Teorías y Modelos, Compilación. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. UNAM 1998.

<sup>6</sup> Colliere, Marie Françoise. Promover la Vida, de la Práctica de las Mujeres Cuidadoras a los Cuidados de Enfermería. Madrid. Editorial Interamericana. Mc. Graw Hill. 1993.

prácticas alimentarias desde el momento en que descubre las propiedades de las plantas, siendo así hasta nuestros días. <sup>(7)</sup>

Es hacia finales del siglo XX cuando se da un retorno hacia el verdadero origen de los cuidados, proporcionando servicios para atender a personas ancianas, cuidados de acompañamiento en el final de la vida. Los cuidados son universales y aparecen y se elaboran alrededor de dos grandes momentos de la vida, que son el nacimiento y la muerte.

Cuidar es considerado el primer arte de la vida, que precede a todos los demás: el arte de cuidar fue menospreciado y desacreditado durante la expansión del cristianismo y ha sido considerado banal y accesorio ante la aparición de la medicina científica, el arte de cuidar no nació de la enfermedad, ni siquiera de la lucha contra la muerte, sino de la necesidad de favorecer la fecundidad y de asegurar la continuidad de la vida. La vida de los seres humanos como la de todos los seres vivientes franquea pasos en donde el nacimiento y la muerte son los únicos umbrales alrededor de los cuales transcurre el curso de la vida, pasar y traspasar los umbrales de la vida son el punto de partida y punto final de la misma, hay que cuidar de la vida para que permanezca, se afirme, se desarrolle, disminuya y se acabe.

El objetivo de los cuidados es todo lo que ayuda a vivir y permite existir. Cuidar es acompañar las grandes etapas de la vida. La naturaleza de los cuidados dependerá de la finalidad que se proponga asegurar según lo que sea necesario despertar y desarrollar de las capacidades físicas, afectivas, mentales y sociales del individuo para asegurar la continuidad de la vida.

Los cuidados no deberían asociarse en ningún caso con actividades de higiene y mucho menos confundirse con los tratamientos. Los cuidados tienen dimensiones y efectos fisio-biológicos y socio-afectivos, relaciona al hombre con el universo y al

---

<sup>7</sup> Colliere, Marie Françoise. Promover la Vida, de la Práctica de las Mujeres Cuidadoras a los Cuidados de Enfermería. Madrid. Editorial Interamericana. Mc. Graw Hill. 1993.



cuerpo con el espíritu. Cuidar es permitir nacer... y renacer a la vida; vivir la propia muerte. Es ayudar a pasar... rebasar... fallecer y las enfermeras son los barqueros de la travesía. <sup>(8)</sup>

La evolución de la enfermería ha tenido un escenario cambiante a lo largo del siglo XX, donde las innovaciones tecnológicas y los descubrimientos científicos han logrado modificaciones importantes en los cuidados de enfermería enfrentando día con día nuevos retos en el desarrollo de habilidades y actitudes. Por lo que es necesario recordar que antes de los años treinta la enfermera desempeñaba actividades cotidianas ajenas a las labores propias de la enfermería. Esto se proyectaba en la deficiente atención que se brindaba al enfermo. Es hacia los años cuarenta que hay una incorporación de cuidados y procedimientos acordes a las innovaciones de la época, donde la actividad de la enfermera se torna dinámica, con técnicas más sofisticadas acrecentando de esta forma sus responsabilidades y conocimientos, dejando en el pasado aquellas actividades que no le correspondían y realizando actividades que antaño por ser más complejas eran de exclusividad médica.

Para 1963 debido al interés de Lidia Hall inspiradora de la filosofía y el trabajo de Loeb Center for Nursing and Rehabilitation del Montefiore Hospital de Nueva York, se inicia un movimiento que confiere a la atención de enfermería un lugar prioritario proporcionando cuidados continuos y de calidad favoreciendo los medios necesarios para seguir el camino a la curación de los enfermos, fomentando la salud, coordinando esfuerzos enfermera-paciente y familia hacia la recuperación total; y es hasta los años setenta cuando surge el cuidado de enfermería con el enfoque holístico haciendo su aparición la enfermería primaria responsabilizándose del cuidado hospitalario de los enfermos, siguiendo toda una secuencia de acciones de tipo educativo, valoración y planeación de cuidados exhaustivos y continuos plasmados en un plan de cuidados permitiendo tomar decisiones relativas a las necesidades del paciente con un

---

<sup>8</sup> Colliere, Marie Françoise. Encontrar el Sentido Original de los Cuidados Enfermeros. Madrid. Editorial Interamericana. Mc. Graw Hill. 1993.

seguimiento específico. Es así como puede apreciarse tanto la evolución del cuidado como de la concepción de enfermería.

Para Colliere los cuidados son universales y se relacionan con dos grandes momentos de la vida que son el nacimiento y la muerte, considerando el primer arte de la vida de ahí que, hay que cuidar la vida para que permanezca, se afine, se desarrolle, disminuya y se acabe. <sup>(9)</sup>

#### **a. CONCEPTUALIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR**

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 en 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.

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 noventa cuando cobra un auge la atención de las personas de la tercera edad, estableciendo 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 al de anciano o de la tercera edad.

---

<sup>9</sup> Colliere, Marie Françoise. Encontrar el Sentido Original de los Cuidados Enfermeros. Madrid, Editorial Interamericana. Mc. Graw Hill. 1993. Pp. 27-31.

Por todo lo anterior, podemos decir que 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 esta etapa de la vida.

En México se espera que para el año 2000 tengamos alrededor de 9.13 millones de adultos mayores según información que consta en el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al adulto mayor como “toda persona de 60 años de edad para países en desarrollo y mayores de 65 años para países desarrollados”.

La Geriatria y la Gerontología se desarrollan con rapidez en respuesta a los fenómenos del envejecimiento en un intento de propiciar un envejecer con dignidad, para lo que tenemos que diseñar nuevos modelos de atención tomando en cuenta los aspectos humanísticos 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 ellas un trato justo y comprensivo, esto sin olvidar que esos viejos de que hablamos seremos nosotros mismos.

El envejecimiento es un signo y también resultado del desarrollo económico y social.

La salud y el bienestar de los ancianos son afectados por muchos aspectos entremezclados de su ambiente social y material: donde el estilo de vida y la estructura familiar hasta la organización y prestación de asistencia sanitaria, pasando por los sistemas de ayuda económica y social.

Cabe señalar que los ancianos están sujetos a la aparición de 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 sólo en el bienestar físico de la

persona, sino también en el aspecto psicológico y social. El contexto social que rodea al anciano juega un papel determinante en su estado de salud y bienestar y, por tanto, es indispensable considerarlo como factor importante en la evaluación.

Se ha observado en diversos estudios que los miembros de la familia que apoyan principalmente al anciano suelen ser las hijas, quienes a menudo renuncian a muchos de sus proyectos personales para transformarse en cuidadoras primarias de tiempo completo.<sup>(10)</sup>

## **b. CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR**

### **CARACTERÍSTICAS FÍSICAS**

La vejez se caracteriza por la atrofia (disminución en el tamaño, volumen y peso de los órganos), la hipofunción (disminución en las funciones) causadas por la atrofia; pérdida de agua y actualmente por un aumento en las enfermedades degenerativas que producen estados de invalidez y el primer tipo de dependencia, que es la dependencia física de otras personas para una adecuada atención del adulto mayor.

Los cambios somáticos más significativos son: la disminución de la agudeza visual y auditiva, cambios degenerativos en las articulaciones, osteoporosis, deformaciones corporales, envejecimiento de las células epiteliales con pérdidas de su elasticidad, la arterioesclerosis con pérdida del riego sanguíneo en todo el organismo que afecta a los órganos vitales con disminución de sus funciones, siendo más sensible a esta falta el cerebro y el corazón, disminuyendo la capacidad mental, psíquica y física, la pérdida de la memoria de evocación, alteraciones del sueño y disminución de la función sexual.<sup>(11)</sup>

---

<sup>10</sup> González, Aragón - Joaquín. *Aprendamos a Envejecer Sanos*, 4ª. Edición, Costa - Amic Editores, S.A. México, 1998. Pp. 20 - 35.

<sup>11</sup> González, Aragón - Joaquín. *Aprendamos a Envejecer Sanos*, 4ª. Edición, Costa - Amic Editores, S.A. México, 1998. Pp. 20 - 35.

## CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

La entrada a la vejez, última etapa de la vida, conlleva a una reestructuración de la personalidad debido a una serie de cambios tanto a nivel personal como social. La personalidad del adulto mayor no es producto de su condición, es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales así como de su evolución a lo largo de la vida y ante las situaciones de crisis. Podemos considerar a la senectud como un periodo crítico por la serie de pérdidas que implica y que van a enfrentar al adulto mayor a una nueva forma de vida, que se va a caracterizar por:

- Una pérdida progresiva de objetos necesarios y gratificantes.
- Un estado de temor a su futuro y a su involución biológica.
- La aparición y reaparición de conflictos de su personalidad al disminuir sus defensas
- La disminución de sus relaciones sociales, reduciendo el círculo de su comunicación y de su actividad.
- La actitud de rechazo de la sociedad y la familia por considerarlo problemático.

La crisis de la tercera edad consiste en ver que se puede conservar ante la reducción de posibilidades, sobre todo aquello que le brinda seguridad. Progresivamente el anciano se va alejando de aquellos objetos buenos y preferidos que le proporcionaban gratificación y seguridad; algunas veces porque el mundo exterior se lo exige, otras debido a su falta de capacidad para relacionarse con ellos y obtener una respuesta. Respuesta que necesita porque su capacidad afectiva y de autorrelación persiste. Y si le resulta difícil desviar su energía a objetivos diferentes, mas ardua es la búsqueda de los mismos por las limitaciones que el medio le impone.<sup>(12)</sup>

---

<sup>12</sup> González, Aragón - Joaquín. Aprendamos a Envejecer Sanos, 4ª. Edición, Costa - Amic Editores, S.A. México, 1998. Pp. 20 - 35.

Esta situación genera en el senecto un estado de frustración que le provoca angustia. Esta angustia debida a la falta de relaciones objetales que seguricen al yo, le crean una inseguridad motivada por la percepción de que los mecanismos de defensa que había desarrollado para poder adaptarse y mantener cierto equilibrio, se están debilitando. La sensación del yo, que puede ser invadido por los impulsos del inconsciente, lo fuerzan a realizar una serie de movimientos que explican en gran parte la conducta de los adultos mayores.

Pueden aparecer neurosis fóbicas con temores distintos como defensa ante la angustia, el miedo a la amenaza a su existencia, se niegan a salir solos, viajar, tener contacto con otras personas, asistir a reuniones, estar solos y a las agresiones. Esto trae como consecuencia que el adulto mayor establezca una dependencia psicológica hacia la presencia de una persona que le pueda brindar no tan solo compañía, sino la seguridad de poder controlar su angustia y no verse invadido por sus impulsos.

También son frecuentes las manifestaciones obsesivas, reflejándose en ritos repetitivos, en conductas extremas de orden, en sus actividades o en la rigidez de sus pensamientos y criterios a través de lo cual logran cierto nivel de seguridad. La regresión funcional es otro medio que utiliza el yo, ante la inseguridad estas regresiones pueden manifestarse a todos los niveles: en el narcisismo primario (preocupaciones por su cuerpo, vestimenta y bienes materiales), en la etapa oral (dependencia, exigencia de cuidados y preocupaciones por la comida) en la etapa anal (preocupaciones y problemas con el control de esfínteres) este tipo de regresiones conducen al adulto mayor a la soledad, porque las personas que lo rodean se siguen relacionando con el que era antes, ellos no conocen de sus angustias y de sus regresiones tienen conflictos con él, por su nueva manera de comportarse y muchas veces prefieren alejarse. Ante esta situación el adulto mayor tiene que buscar nuevas actividades que lo compensen de esa pérdida, o se aferran a las que le quedan.

La depresión en el adulto mayor es provocada por la pérdida de relaciones objétales, pero también en función del tipo de personalidad que ya presentaba. Las manifestaciones de la depresión pueden ir desde conductas hipocondríacas, cefaleas, hipertensión, tristeza, crisis del llanto, autodevaluación, hasta ideas de suicidio.

La vejez es una experiencia que se vivencia de acuerdo al estilo de vida que hemos observado a lo largo de nuestra existencia.

Algunos investigadores señalan la importancia de la reminiscencia que para los viejos puede significar el replanteamiento de sucesos pasados sobre si mismos de manera dinámica, donde continuamente cambian y ganan nuevas perspectivas sobre sus vidas y mantienen su autoestima.

La vejez no implica incondicionalmente pasividad ni una falta de participación se lograrían modificaciones asombrosas en el comportamiento de los viejos si permitiéramos que ellos expresaran su interés, participación y actividad y dejáramos de tratarlos de manera infantil o segregándolos, contribuyendo a incrementar el número de personas que envejecerán exitosamente en las generaciones futuras, creando una nueva cultura del envejecimiento.

## **CARACTERÍSTICAS SOCIALES**

La institución familiar ha experimentado cambios importantes a consecuencia del desarrollo industrial. La estructura de la familia tradicional de tres generaciones (abuelos, padres e hijos) se ha visto modificada siendo reemplazada por la familia nuclear formada solamente por padres e hijos, teniendo un papel preponderante sobre todo en ambientes urbanos.

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

La vejez es un proyecto de autorrelación que se va desarrollando a lo largo de la vida. Somos nosotros los encargados de que ese proyecto llegue a buen término, concientizándonos de lo que la vejez significa para dar al senecto el lugar que le corresponde, asegurándole una vida digna de su propio interés, pero también de interés de sus descendientes y de la sociedad en general.<sup>(13)</sup>

Por último hay que recordar que no hay nada vergonzoso en ser viejo, ya que es un privilegio vivir largo tiempo lo que tenemos que hacer es procurar que el envejecer sea lo mejor posible, plenamente, reconocido y aceptado en la sociedad.

“Los viejos, son de todos”.<sup>(14)</sup>

---

<sup>13</sup> González, Aragón - Joaquín. Aprendamos a Envejecer Sanos, 4ª. Edición, Costa - Amic Editores, S.A. México, 1998. Pp. 20 - 35.

<sup>14</sup> González, Aragón - Joaquín. Aprendamos a Envejecer Sanos, 4ª. Edición, Costa - Amic Editores, S.A. México, 1998. Pp. 20 - 35.



## **4. PROPUESTA TEORICA**

### **a. ANTECEDENTES DE VIRGINIA HENDERSON.**

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, pasando su infancia y adolescencia en Virginia, ya que su padre 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 enfermera en el Henry Street Visiting Nursing Service de Nueva York. En 1922 inició su actividad como profesora de Enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingresó en el 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. Vuelve al Teacher's College en 1930 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 una larga carrera como autora e investigadora durante su estancia en el Teacher's College. Rescribió la 4ª. 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 5ª. Edición de este libro de texto se publicó en 1955 y contenía la definición de Henderson sobre la enfermería.

Henderson ha trabajado 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 4 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 más de veinte idiomas. La colaboración de Henderson con Leo Simmons durante 5 años dio como fruto una revisión de la investigación nacional en enfermería, que fue publicada en 1964.

Su libro, *The Nature of Nursing* se publicó en 1966 y en él describía su concepto de la función única y primaria de la enfermería. Ha sido reeditado en 1991 por la *National League of Nursing*. La sexta edición de *The Principles and Practice 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*, es 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 Tau International* el premio *Mary Tolle Wright Founders a la Dirección*, uno de los mayores galardones de ésta 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 Tau International* lleva el nombre de *Virginia Henderson*, en su honor.<sup>(15)</sup>

---

<sup>15</sup> Marriner-Ann. *Modelos y Teorías de Enfermería*. Madrid. Doepma. 1996.

## **b. POSTULADOS TEÓRICOS DE VIRGINIA HENDERSON**

El metaparadigma es el componente abstracto de la estructura jerárquica del conocimiento de la enfermería, es general y reúne los propósitos intelectuales de la disciplina para diferenciarlos de otras y delimitar el cuidado como objeto de estudio; esto no incluye creencias, valores individuales y particulares de la cultura o grupos; tiene alcance internacional lo cual le permite aplicarse en cualquier medio.

Este modelo hace una propuesta teórica partiendo de cuatro conceptos principales y subconceptos, tales como: persona, ambiente, salud y enfermería.

**Persona:** Ente con necesidades básicas. Es la unidad esencial humana del cuerpo y del espíritu, como ser individual, que piensa, siente, quiere, desea, tiene objetivos, planes, alegrías, tristeza, que se posee espiritualmente y se comprende a sí mismo y a través de todo esto experimenta su yo como algo determinado y concreto, constituyéndose en el punto de referencia para el cuidado de enfermería.

**Salud:** Es el proceso vital o cualidad en el que interactúan las personas con su entorno y que las hace ser dependientes o independientes.

**Rol Profesional de Enfermería:** Rol que juega la enfermera al brindar los cuidados de enfermería y la relación que guarda con el equipo de salud. La única función de la enfermería es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o recuperación, o a una muerte serena o placentera; actividades que llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario y hacer esto de manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápido posible.

**Entorno:** Estudia la relación que mantienen los factores ambientales y los socioculturales. Se concibe como el conjunto de relaciones entre el mundo natural y los

seres vivientes que influyen sobre la vida y el comportamiento del ser, de modo que éste representa su espacio virtual, su mundo.

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

**Dependencia:** Esta puede considerarse como la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades o bien, las actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para satisfacer la necesidad. Estos criterios de dependencia e independencia, deben considerar los componentes específicos de cada persona (biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales), estas causas de dificultad pueden darse por tres posibilidades: falta de fuerza, voluntad o conocimiento.

**Falta de Fuerza:** Se entiende como fuerza a la capacidad física, habilidades mecánicas y capacidad del individuo para llevar a cabo acciones pertinentes a la situación determinada por el estado emocional, estado de funciones psíquicas, capacidad intelectual, etcétera.

**Falta de Conocimiento:** En lo relativo a cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, autoconocimiento y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

**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. Cabe señalar que estas tres causas o alguna de ellas puede originar una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, lo que deberá tomarse en cuenta para la planificación de las intervenciones de enfermería.<sup>(16)</sup>

---

<sup>16</sup> Henderson, Virginia. La Naturaleza de la Enfermería. Editorial Interamericana. Madrid, España. 1994. Pp. 21- 25

Así, pues, cada persona es un ser humano único, irrepetible, impredecible y complejo con componentes biológicos, socioculturales y espirituales que tiene 14 necesidades básicas que debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de moverse y mantener buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de jugar y/o participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje.

Ahora bien, haremos una descripción de cada una de las necesidades, tal como las define Virginia Henderson, considerando sus dimensiones biológica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual, mismas que pueden influir en su satisfacción.

## **1. RESPIRAR**

Que considera dos tiempos el de inspiración que proporciona el aporte esencial de oxígeno realiza la difusión de gases a nivel pulmonar y los intercambios a nivel celular.

La expiración que consiste en la expulsión de gas carbónico y de vapor de agua.

- Dimensión Biofisiológica.- Mantenimiento de las funciones esenciales, frecuencia, ritmo, amplitud, ruidos respiratorios, tos.
- Dimensión psicológica.- Ansiedad y estrés.
- Dimensión sociológica.- Entorno: polución, tabaquismo, estilo de vida, deportes al aire libre, ejercicio, aireación y humedad de los lugares, altitud.
- Dimensión cultural y espiritual.- Disciplina de la respiración, meditación; yoga.

## **2. ALIMENTARSE E HIDRATARSE**

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

- Dimensión Biofisiológica.- Capacidad de masticar, deglutir, digerir y absorber los alimentos calidad y cantidad de los líquidos y nutrientes según las necesidades del organismo, equilibrio hidroelectrolítico, envejecimiento, alteración orgánica, equilibrio hormonal y enzimático.
- Dimensión Psicológica.- Ansiedad, anorexia polifagia del 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 y repulsa a ciertos alimentos.

- Dimensión Sociológica.- Entorno, tipo de alimentación según el medio, horario de comida, elección de los alimentos, clima afectivo de familia en el momento de las comidas, límites que impone el trabajo, bocadillos, comida en restaurante, soledad, organización del domicilio.
- Dimensión Cultural y Espiritual.- Restricciones religiosas, ayunos, costumbres familiares.

### **3. ELIMINACIÓN**

Es el rechazo de las sustancias nocivas o inútiles que resultan del metabolismo.

- **Dimensión Biofisiológica.-** Capacidad de eliminación urinaria, intestinal, etcétera, (sudor, lágrimas, menstruación), dependencia psicológica de los laxantes.
- **Dimensión Sociológica.-** Organización y control sanitario, salubridad de los lugares públicos, educación.
- **Dimensión Cultural y Espiritual.-** Valor que se da a la higiene en determinadas culturas.

### **4. MOVERSE, CONSERVAR UNA BUENA POSTURA (Y MANTENER UNA CIRCULACIÓN ADECUADA).**

Es el 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, es el mantenimiento de una buena alineación corporal.

- **Dimensión Biofisiológica.-** Tono muscular, movilidad, articular, integridad nerviosa, cardiovascular y esquelética, madurez psicomotriz, envejecimiento, arterioesclerosis, estado de la tensión arterial y pulso, traumatismo, integridad del sistema vestibular, ejercicios, posturas habituales, alimentación rica en colesterol y en cloruro de sodio.
- **Dimensión Psicológica.-** Ansiedad, estrés, agitación, valor personal que se da al deporte y a la actividad, sedentarismo, hábitos personales de comportamiento, soledad, hábito de fumar.
- **Dimensión Sociológica.-** Organización de los deportes y de los lugares de ejercicio, condiciones de trabajo inadecuadas.

- Dimensión Cultural y 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.

## **5. VESTIRSE Y DESNUDARSE**

Es la protección al cuerpo en función al clima, de las normas sociales y de la reserva personal.

- Dimensión Biofisiológica.- Movilidad articular, tono muscular, estatura, corpulencia, madurez psicomotriz, edad, fuerza física, estado fisiológico, gordura, embarazo.
- Dimensión Psicológica.- Estado de conciencia, importancia que se le da al vestido y a la apariencia personal, desgano, pudor preferencias en el vestir, conformismo o no conformismo en adaptarse a las modas.
- Dimensión Sociológica.- Modas, normas sociales, entorno, clima, nivel socioeconómico, estatus social, mimetismo (sobre todo en los adolescentes).
- Dimensión Cultural y Espiritual.- Límites aportados por la religión y por la cultura, (particularmente en lo que se refiere a la mujer).

## **6. DORMIR REPOSAR**

Conservar un estado de bienestar aceptable. Interrupción del estado de conciencia o de la actividad o de ambos, que permite la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas, es el mantenimiento de un estado de confort.

- Dimensión Biofisiológica.- Capacidad de distenderse, número de horas de reposo, según la edad y las necesidades del organismo, dolor, prurito, tendencia al insomnio, falta de confort, enfermedad.



- **Dimensión Psicológica.-** Estrés, angustia, ansiedad, hábitos personales de vigilia y sueño, ritual que precede al acostarse, dependencia farmacológica, depresión, inquietud, miedo, sufrimiento moral.
- **Dimensión Sociológica.-** Horas de acostarse y levantarse en función del trabajo, trabajo de noche; entorno, ruido, confort de la habitación y de la cama, número de personas que comparten la misma habitación, intimidad y tranquilidad del lugar de reposo.
- **Dimensión Cultural y Espiritual.-** Valor que se da al trabajo y al descanso en cada cultura, valor que se da a la resistencia ante el dolor.

## **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.

- **Dimensión Biofisiológica.-** Regulación térmica cerebral y calor de los tegumentos, inflamación, infección.
- **Dimensión Psicológica.-** Elevación térmica debido al nerviosismo o al estrés.
- **Dimensión Sociológica.-** Entorno, clima, confort de la casa, lugar de trabajo, confortabilidad externa, medios económicos para templar la casa y evitar el frío.
- **Dimensión Cultural y Espiritual.-** Medios para combatir el frío y el calor, que utiliza una determinada cultura: vestido, habitación, calefacción.

## **8. ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS**

Consiste en los cuidados de higiene corporal y de la imagen personal.

- **Dimensión Psicológica.-** Estado de conciencia, diaforesis, debida a la tensión, hábitos personales de limpieza del cuerpo y del vestido, imagen de sí mismo, educación.

- **Dimensión Sociológica.-** Salubridad del medio de vida y de trabajo, instalaciones sanitarias, baños.
- **Dimensión Cultural y Espiritual.-** Significado de la higiene y de la limpieza dentro de la familia y de la propia cultura, modas de vestir y de peinarse.

## **9. EVITAR LOS PELIGROS**

Protección contra las agresiones internas y externas, con el fin de mantener su integridad física y mental.

- **Dimensión 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.
- **Dimensión Psicológica.-** Limitaciones intelectuales, perturbaciones del pensamiento, estado de conciencia, predisposición a los accidentes, falta de atención, ansiedad, miedo, alteración de su autoimagen, ideas suicidas, utilización de técnicas de relajación.
- **Dimensión Sociológica.-** Reglamentación para prevenir peligros y preservar la salud del trabajador, medidas de seguridad laboral (mascarilla, casco protector), seguridad en casa, especialmente para niños y ancianos, código de circulación.
- **Entorno.-** Contagio y medidas de prevención de la enfermedad, organización sanitaria, prevención contra el suicidio y la violencia.
- **Dimensión Cultural y Espiritual.-** Exposición a los peligros a consecuencia de ciertas ideologías, formas de ver la enfermedad mental, disciplina de vida para mantener el propio equilibrio.

## **10. COMUNICACIÓN CON SUS SEMEJANTES (DESARROLLARSE COMO SER HUMANO Y ASUMIR SU SEXUALIDAD)**

Establecer lazos con los otros seres humanos próximos de su entorno, expansionarse, desarrollarse, procreación.

- **Dimensión Biofisiológica.-** Capacidad física para relacionarse con los otros: vista, oído, tacto, formación, débito verbal. Integridad de los órganos sexuales, capacidad de procrear, equilibrio hormonal, mímica.
- **Dimensión Psicológica.-** Perturbación emotiva, capacidad para expresar sentimientos, relacionados con los otros, repliegue en sí mismo, tedio, percepción del otro sexo, equilibrio sexual, mecanismos de defensa: proyección sublimación, regresión, estado de conciencia.
- **Dimensión Sociológica.-** Libertad de expresión de los sentimientos, control social, comunicación de masas, utilización de la sexualidad con fines secundarios.
- **Dimensión Cultural y Espiritual.-** Extroversión e introversión, características de ciertas culturas, formas de considerar la procreación, sexualidad y el rol de la mujer.

## **11. PRACTICAR SU RELIGIÓN Y ACTUAR SEGÚN SUS PROPIOS VALORES**

Actualización de los propios valores.

- **Dimensión Biofisiológica.-** Inmoralidad, debilidad, enfermedad.
- **Dimensión 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.
- **Dimensión Sociológica.-** Alejamiento de los lugares de culto, libertad permitida o control ejercido por el contorno.

- Dimensión Cultural y Espiritual.- Pertenencia a una religión o adhesión a una filosofía.

## **12. PREOCUPARSE DE SU PROPIA REALIZACIÓN Y EN CONSERVAR SU PROPIA ESTIMA**

Del tiempo de forma útil, eficaz y valorizadora.

- Dimensión Biofisiológica.- Capacidad física, integridad neurológica y músculo esquelético, nivel de energía y de fuerzas físicas, movilidad articular, enfermedad, dolores.
- Dimensión Psicológica.- Desarrollo intelectual, estado de conciencia, depresión, confianza en sí mismo, deseo de realizarse, creatividad.
- Dimensión Sociológica.- Disponibilidad de medios educativos y culturales, limitaciones socioeconómicas, roles sociales y parentales, grupos de interés.
- Dimensión Cultural y Espiritual.- Valor que se atribuye en la cultura al trabajo y a la productividad.

## **13. RECREARSE**

Necesidad de actividades de esparcimiento.

- Dimensión Biofisiológica.- Capacidad de movimientos, integridad de los sentidos, del sistema nervioso y del sistema músculo-esquelético, dolor, fuerza física.
- Dimensión 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.

- **Dimensión 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.
- **Dimensión Cultural y Espiritual.-** Restricciones que se imponen a las mujeres en ciertas culturas, severidad de determinadas religiones frente a actividades de esparcimiento.

#### **14. APRENDER**

Adquirir conocimientos, recibir información.

- **Dimensión Biofisiológica.-** Capacidad funcional del cerebro, del sistema nervioso y de los sentidos (vista y oído), senilidad o inmadurez, enfermedad aguda, dolor.
- **Dimensión Psicológica.-** Estado de conciencia, capacidad intelectual, perturbaciones del pensamiento (juicio, memoria) ansiedad, educación (leer, escribir), periodo de adaptación a la enfermedad.
- **Dimensión Sociológica.-** Disponibilidad de servicios educativos, grado de evolución del grupo familiar, importancia de la enseñanza dentro de los cuidados de enfermería, poner el acento en la prevención.
- **Dimensión Cultural y Espiritual.-** Valor que se da en una cultura determinada a la educación o la formación sobre la salud y la enfermedad.<sup>(17)</sup>

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, pero cada persona las satisface de manera diferente, respuesta que es determinada por aspectos psicobiológicos, espirituales y socioculturales, así también estarán determinadas por la relación que guarden entre sí las diferentes necesidades, ya que la alteración de una

---

<sup>17</sup> Paneuf, Margot. Las necesidades fundamentales, según el enfoque de Virginia Hernderson en Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería. Carlos María López González y Julia López Ruiz. Editorial Mc. Graw Hill. Madrid, 1993. Pp. 17-48.

modifica a las demás, por lo que es necesario interrelacionarlas para que el individuo sea valorado en su totalidad.<sup>(18)</sup>

## **5. PROCESO DE ENFERMERÍA**

### **a. ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

El término proceso de enfermería fue introducido por Hall en 1995 a partir de entonces muchas enfermeras han descrito el proceso de diferente manera.

A finales de los años 50's y principios de los 60's, Dorothy Jonson (1959) Ida Orlando (1961).

Windenbach en 1963 decía que el proceso de enfermería constaba de tres etapas:

- Identificar la ayuda necesitada.
- Administrar la ayuda, y
- Verificar que la ayuda fue otorgada.

Mc. Cain en 1965 hace una innovación al proceso introduciendo el término valoración, tomando como referencia para dicha valoración las capacidades funcionales de la persona, recopilando y registrando datos objetivos de la misma.

En 1966 Virginia Henderson, una de las figuras más relevantes de la enfermería moderna planteó que el proceso de enfermería era igual que el método científico.

---

<sup>18</sup> Fernández Ferrin, Carmen. Et Al. El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Editorial. Masson. Salvat, Barcelona. 1995.

Para 1967 Knowles divide la actividad de enfermería en cinco etapas que son: descubrir, investigar, decidir, hacer y discriminar de cuyas 2 primeras etapas las enfermeras recopilan la información.

En 1969 Dolores Little y Doris Carnevali utilizaron un proceso de cuatro pasos que consideraba la valoración de la salud y la denominación del problema en el primer paso.

En 1973 Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin de la St. Louis University School of Nursing, iniciaron conferencias sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería. En este mismo año, la American Nurses Association (ANA) publicó los Standards of Nursing Practice, en los que se describe el Modelo de Proceso de Enfermería de 5 pasos.

Y para 1976 la WICHE (Western Interstate Comision on Higher Education) divide las etapas del proceso nominándolas como: percepción y comunicación interpretación e intervención y discriminación.

En la década de los ochenta se empezó a hablar de los diagnósticos de enfermería, en España. La asociación Española de Enfermería Docente (AEED) inició en 1988 una política de apoyo difundiendo el trabajo de la NANDA. La profesora Carpenito, autora de varios libros y miembro de la NANDA se dedicó a la tarea de impartir temas al respecto y al mismo tiempo realizó un seminario de trabajo para la discusión y traducción del listado de la taxonomía.<sup>(19)</sup>

En 1982 el National Council of State Boards Nursing definió y dividió al proceso en: valoración, análisis, planificación, ejecución y evaluación.

Actualmente la AEED ha formado un nuevo grupo de trabajo dándose a la tarea de elaborar un documento que pretende.

---

<sup>19</sup> Kozier, Bárbara. Enfermería Fundamental. Editorial Interamericana. México, 1994. Pp. 180-181.

- Dar a conocer el trabajo y funcionamiento de la Nort American Nursing Diagnosis Association.
- Situar los diagnósticos en el contexto que fueron concebidos, esto es, dentro del proceso de atención de enfermería.
- Aclarar la relación que existe entre los diagnósticos de enfermería y los modelos de enfermería.
- Identificar los beneficios que pueden derivarse de su uso en los distintos ámbitos de la profesión, asistencia, gestión e investigación.

Este proceso de enfermería puede ser aplicado a un individuo, una familia o a una comunidad.

La Joint Comisión on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) continua exigiendo el proceso de enfermería como medio de documentación de todas las fases de cuidados del paciente (JCAHO, 1994). El proceso de enfermería continúa siendo incorporado a las políticas y prácticas de acreditados hospitales.<sup>(20)</sup>

## **b. ETAPAS DEL PROCESO**

Como ya se mencionó con anterioridad, el proceso de enfermería consta de cinco etapas, que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La valoración es la primera etapa y consiste en recopilar, organizar y verificar los datos del cliente desde el punto de vista físico, emocional, social y espiritual, realizándose todo esto a través de la observación, comunicación y la entrevista directa, realizada al cliente. Esta fase del proceso se considera fundamental para las demás etapas del proceso de enfermería.

---

<sup>20</sup> Proceso Salud - Enfermedad en la Nefrología. UNAM. México. 1993. Mecanograma.



El diagnóstico de enfermería relaciona las alteraciones actuales y potenciales del nivel de salud de la persona.

La planificación, tercera etapa del proceso, es donde la enfermera establece acciones específicas de cada diagnóstico, jerarquizando las necesidades y estableciendo objetivos de su intervención.

La ejecución consiste en poner en marcha el plan de cuidados, durante esta etapa la enfermera continúa recabando datos y valida el plan realizado.

Y la evaluación, quinta etapa del proceso, nos permite valorar la respuesta de la persona a la intervención de la enfermera.

Las cinco fases del proceso de enfermería están íntimamente ligados y cada una de ellas debe actualizarse continuamente, de acuerdo a los cambios en la situación. Ya que la salud no es estática y por tanto el proceso de enfermería es dinámico, que considera la respuesta a la salud de la persona a quien se aplica.<sup>(21)</sup>

Hoy el proceso se divide en cinco etapas que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación y está considerado como objetivos. Es organizado y sistemático porque consta de 5 pasos que tienen una secuencia, que a continuación explicaremos ampliamente al desarrollar cada una de ellas.<sup>(22)</sup>

## VALORACION

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

---

<sup>21</sup> Kozier, Op. Cit. Pp. 181–185.

<sup>22</sup> Kozier, Bárbara. Enfermería Fundamental. Editorial Interamericana. México, 1994. Pp. 180-181.

parte de cada actividad que la enfermera hace para y con la persona". (Stkinson y Murria, 1986).<sup>(23)</sup>

La valoración establece una serie de datos sobre la respuesta de la persona en todas las áreas de la vida diaria como la salud, preocupaciones biofísicas, emocionales, socioeconómicas, culturales y religiosas.

La obtención de datos es el proceso sistemático y continuo para obtener información sobre el nivel de salud de la persona. 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 de la persona.

En la valoración participan activamente la persona y la enfermera, la persona puede ser ella misma, la familia o la 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 de la persona.

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, etcétera. Los datos subjetivos son evidentes únicamente para la persona afectada (síntomas) y son obtenidos durante la realización de la historia de 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.

---

<sup>23</sup> Kozier, Op. Cit. Pp. 190-191.

Los datos deben ser concisos y la enfermera tiene que resumir la información obtenida con un lenguaje científico y correcto.

## **FUENTES DE DATOS**

Pueden ser primarios o secundarios. La persona 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.<sup>(24)</sup>

La persona es la principal fuente de datos, a excepción de que esté muy grave, sea muy pequeño o esté desorientado y no pueda comunicarse. Proporciona información subjetiva que solamente ella puede hacerlo.

Los allegados. Aquí se encuentran los familiares y amigos, los cuales pueden dar información respecto a la persona, 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 la persona.

Los profesionales de la salud: las enfermeras, médicos fisioterapeutas, trabajadores sociales, etcétera, pueden proporcionar información por medio de sus contactos previos o actuales con la persona.

La historia representa una fuente de información sobre los patrones de salud y enfermedades anteriores de la persona, 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

---

<sup>24</sup> Alfaro, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. 2ª. Edición, Ediciones Doyma. Barcelona, España. 1995.

laboratorio de una persona, debe ser acompañado de las cifras normales de este 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, talla y grado de desarrollo considerado normal para determinado grupo de edad.
- ✓ 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 de la persona.
- ✓ Información sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico médico.

## **MÉTODOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Los principales son: la observación, la entrevista, la consulta y la exploración.

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 tanto, la observación implica discriminar entre estímulos.

Para no perder datos importantes, observación debe organizarse, por ejemplo; signos clínicos de alteración de la persona (palidez, enrojecimiento, fatiga, entre otros). Los riesgos en la seguridad de la persona, como el barandal de una cama bajado. 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 recabar información, identificar problemas, educar, evaluar cambios, etcétera.

La entrevista puede ser dirigible o no dirigible. La directa está muy estructurada y se obtiene una información específica y se utilizan generalmente para recabar y proporcionar información en un tiempo limitado. En la entrevista no dirigible la enfermera permite a la persona 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 entrevistas resulta de utilidad para obtener información.

Respecto al tipo de preguntas que pueden utilizarse en la entrevista, éstas pueden ser abiertas o cerradas y neutras o dirigidas. Las preguntas cerradas utilizadas en la entrevista dirigible son restringidas y por lo general requieren de respuestas cortas que dan información específica; estas preguntas comienzan por: "cuándo", "dónde", "quién", "qué... (hace, hizo, haces)", "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 la persona 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 pueda 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 3 fases que son: la introducción o apertura, el cuerpo o desarrollo y el cierre.

Introducción.- Esta fase consiste en establecer una buena relación y orientación con la persona, generalmente no se puede distinguir una etapa de 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 las preguntas de la misma persona, familia, etcétera, pero sin excederse, ya que esto generaría angustia por parte de la persona.

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 esta información proporcionada.

Cuerpo.- En el desarrollo a través de las preguntas que realiza la enfermera, la persona 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 la persona es quien la termina; esto es cuando no quiere proporcionar más información o cuando se siente cansado. En esta fase es importante continuar con las buenas relaciones, para facilitar posibles encuentros futuros.

Pautas de comunicación en la entrevista:

- Escuchar atentamente y hablar claro y despacio.
- Utilizar un lenguaje entendible por la persona y aclarar puntos que no comprenda.
- Planificar las preguntas para que tengan una secuencia lógica.

- Preguntar sólo una cosa a la vez.
- Dar oportunidad a la persona de ver las cosas tal y como le parecen a él y no como las vea el entrevistador.
- No imponer a la persona los valores propios del que entrevista.
- Evitar usar ejemplos personales.
- Expresar no verbalmente respeto, interés y aceptación.
- Utilizar y aceptar el silencio para ayudar a la persona a pensar o a organizar los pensamientos.
- Utilizar el contacto con la mirada y estar tranquilo y sin prisa.

## **LA EXPLORACIÓN FÍSICA**

Las enfermeras realizan las valoraciones físicas para obtener los datos y objetivos, para complementar la fase de reconocimiento del proceso de enfermería.

La valoración física se hace sistemáticamente. Normalmente la enfermera registra una impresión general sobre el aspecto de la persona 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 de la persona antes de completar el examen. Los datos que se obtienen en este examen se comparan con los modelos ideales, como pueden ser, la altura, 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.

## **ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS**

La historia de salud de enfermería o más recientemente denominado reconocimiento de enfermería es un método sistemático de recopilación de datos deseados sobre la persona. El propósito de una valoración de enfermería es recopilar la máxima información sobre la persona 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.

## **DIAGNÓSTICO**

El término de Diagnóstico de Enfermería (DdE) apareció por primera vez en la literatura anglosajona al inicio de la década de los 50's, en ese entonces el proceso contaba con 4 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; posteriormente en España (1988) se inicia una política de apoyo sobre ese tema.

En 1990 la NANDA definió el diagnóstico de enfermería como "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".

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 elaboran los diagnósticos de enfermería depende de la capacidad para ser metódico, sistemático, lógico y rigurosos, 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.

### **CARACTERÍSTICAS DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

- Describe la respuesta ante un problema, una situación o una enfermedad.
- Está enfocado al individuo.
- Varía según cambian las repuestas del cliente.
- Orienta las actividades de enfermería independientes: planificación, ejecución y evaluación.

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 pueden tener acceso a ellos.

La comparación de los datos con los estándares.- La enfermera los compara con una gran variedad de estándares como son los signos vitales normales, resultados de laboratorio, tablas de crecimiento, etcétera, también utiliza 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 incluye el hacer deducciones.- Una deducción es el juicio de la enfermera o la interpretación de las señales; estas deducciones se hacen a través del proceso diagnóstico.

## **FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO**

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.

El diagnóstico de enfermería puede ser real, potencial o posible. El diagnóstico real describe la categoría diagnóstica que ha validado la enfermera, debido a las características de definición principal de signos y síntomas, es decir, reúne todos los datos que confirman su existencia; el diagnóstico potencial describe un estado alterado que se puede presentar si no se ordenan o se ponen en práctica ciertas intervenciones de enfermería; el diagnóstico posible describe un problema que la enfermera sospecha pero que requiere la compilación de datos adicionales para confirmarlo o descartarlo.<sup>(25)</sup>

## **FORMATO DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Existen tres componentes esenciales de los planteamientos diagnósticos de enfermería, los cuales se denominan como formato PES (Gordon, 1976), que deben ser considerados cuando se desarrollen nuevas categorías diagnósticas o cuando se

---

<sup>25</sup> Alfaro, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. 2ª. Edición. Ediciones Doyma. Barcelona, España. 1995 Pp. 77 - 79.

escriban diagnósticos para personas específicas; estos componentes son los que a continuación se detallan:

Los términos que describen el problema (P) se refiere al título diagnóstico, es una descripción del problema (real o potencial) de la persona, 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 síntomas (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 representan 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 DIAGNÓSTICOS**

El enunciado diagnóstico describe el estado de salud de la persona y los factores que han contribuido en dicho estado. Se pueden escribir diagnósticos de enfermería de 2 ó 3 partes.

El planteamiento diagnóstico de enfermería de 2 partes consta de: el problema (P), planteamiento de la respuesta de la persona y la etiología (E), factores contribuyentes a causas probables de las respuestas.

Las 2 partes están unidas por las palabras "en relación con" o "asociado a", más que "debido a", ya que las primeras implican una relación.

El planteamiento diagnóstico de 3 partes (diagnóstico real), incluye el problema (P), la etiología (E) y los signos y síntomas (S).

Los diagnósticos actuales de enfermería de 3 partes se pueden plantear utilizando "con relación a" y "dicho por", los signos y síntomas pueden escribirse después del planteamiento diagnóstico, unido por las palabras "dicho por" o "evidenciado por".

En el caso de considerar un diagnóstico posible, se anunciaría citando primero el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra posible 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 de la persona como una necesidad en lugar de cómo un problema.
- Usar planteamientos de juicio mental.
- Situar la etiología antes de la respuesta de la persona.
- 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 a la persona.

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 reconoce la etiología, 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 se comete un error diagnóstico puede perjudicar al usuario, por 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 TAXONOMÍA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

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 la 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 facilitarían 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 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.<sup>26</sup>

El proceso de planificación utiliza: los datos obtenidos durante la valoración y los enunciados de los diagnósticos que presentan los problemas de salud (reales y potenciales).

La planificación tiene 6 componentes, que son:

- Establecer prioridades.
- Fijar los objetivos de la persona y los criterios de resultado.
- Planificar las estrategias.
- Redactar las órdenes de enfermería.
- Registrar el plan de cuidados.
- Consulta.

---

<sup>26</sup> Kozier, Bárbara. Enfermería Fundamental. Editorial Interamericana. México, 1993. Pp. 226-27.

## **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; 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 de la propia persona/paciente.
- El plan general de tratamiento.
- El estado general de salud de la persona.
- La presencia de problemas potenciales.

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

Tienen mayor prioridad los problemas que amenazan la vida como lo son la pérdida de las funciones respiratoria y cardiaca, los problemas que amenazan la salud generalmente tienen 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 de la persona y los criterios de resultado. Los objetivos pueden reflejar restauración, mantenimiento o promoción de la salud y estos se establecen en términos de conducta deseada por el cliente y no de actividades de la enfermera.

Los objetivos de la persona son los cambios deseados después de la intervención de la enfermera y deben enunciarse con verbos como incrementar, disminuir, mejorar, desarrollar, etcétera.

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

Los criterios de resultados 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 4 finalidades.

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



- 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 e enumerar criterios de resultados, evitando palabras vagas que requieran la interpretación del observador.

Planificación de 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 de la persona, 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 3 a 5 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 juzgan las más adecuadas y eficaces.

Criterios para la selección de estrategias: aceptada por la persona y adecuada a su edad y estado de salud; realizable con los recursos existentes; debe ser acorde a los valores y creencias de la persona; congruente con otras terapias; basarse en el conocimiento y experiencia de la enfermería o en el conocimiento de otras ciencias.

Registrar el plan de cuidados de enfermería es una guía por escrito que organiza la información sobre la persona en un conjunto significativo y centra las actividades de enfermería necesarias para solucionar el problema diagnosticado y lograr objetivos.

Los fines del plan son: proporcionar una atención individualizada a la persona; asegurar la continuidad del cuidado; dirigir las anotaciones a realizar en las hojas de evolución, específica qué observaciones hacer, las actividades que haya que realizar y las instrucciones que sean necesarias proporcionar al cliente y a la familia; ayuda a organizar el trabajo en el servicio, algunos aspectos acerca del cuidado de la persona pueden delegarse a otros trabajadores, cuando es necesario valorar la respuesta de la persona.

### **Documentación (registro) de los cuidados de enfermería**

El registro o anotación de los cuidados de enfermería es un requerimiento de todos los sistemas del cuidado de la salud.

El formato para las anotaciones de enfermería varía en cada tipo de personas que se manejen. 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 enfermera de atención domiciliaria.

En cuanto sea posible, se debe iniciar la facilitación de recursos y otras acciones antes del día del alta.

### **EJECUCIÓN**

La ejecución también llamada actuación, consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados.

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

Una actividad independiente de enfermería es aquella que realiza la enfermera como resultado de su propio conocimiento y capacidad. La enfermera determina que la persona requiere ciertas actividades de enfermería y las lleva a cabo.

En el Proceso de Ejecución. Se incluye la actuación de la valoración de la persona, 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 de la persona y la validación del plan de cuidados son procesos que se llevan a cabo en forma continúa a lo largo de toda la ejecución.

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 respuesta de la persona, 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 a la persona. La profesional debe mantener una estrecha comunicación con la persona para aliviar su ansiedad y revisar el plan de cuidados en forma apropiada. 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.

Para ejecutar las estrategias de enfermería, se debe considerar la individualidad de la persona, su necesidad de participar en su cuidado, la prevención de complicaciones, el mantenimiento de las defensas naturales, proporcionar comodidad y apoyo a la persona y desarrollar las actividades de forma cuidadosa y exacta.

## **EVALUACIÓN**

Evaluar es juzgar o valorar; dentro de la enfermería consiste en valorar el grado en el que se han alcanzado los objetivos.<sup>(27)</sup>

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.

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.

Los datos se recogen de tal 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 y comunicación directa con la persona.

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 de la persona, por tanto, la enfermera debe revisar todo el proceso de enfermería, independientemente si se cubrieron o no los objetivos.

### **6. EL PROCESO BASADO EN VIRGINIA HENDERSON**

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientado al logro de objetivos. Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos que tienen una secuencia y están interrelacionados, como son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, que permiten realizar acciones para alcanzar el máximo resultado a largo plazo, desarrollando y poniendo en

---

<sup>27</sup> Kozier, Bárbara. Enfermería Fundamental. Editorial Interamericana. México 1993.

práctica un plan de cuidados donde los intereses e ideales de la persona y de las personas significativas para ella, reciben 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 de la persona. Esto permitirá lograr los objetivos de los cuidados de enfermería, como son:

- Promover, mantener o restaurar la salud.
- Permitir a las personas manejar sus propios cuidados de salud.
- Proporcionar cuidados de calidad y un costo efectivo.
- Buscar formas de manejar la satisfacción mediante los cuidados de salud.

Por todo esto, podemos decir que el proceso de enfermería se basa en principios y reglas que se ha comprobado efectivas en la promoción de la calidad de los cuidados, la eficiencia y la satisfacción de la persona.

Para llevar a efecto la valoración de las necesidades básicas, siguiendo el Modelo de Virginia Henderson se hace necesario realizar ciertas observaciones e interacciones válidas para cada necesidad, las cuales a continuación se plasman.<sup>(28)</sup>

<b>Necesidad de Oxigenación</b>	
<b>Observaciones</b>	<b>Interacciones</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Signos vitales (pulso central y periféricos, tensión arterial, temperatura y patrones respiratorios), ruidos respiratorios, movimientos del tórax, secreciones, tos, estado de las</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si fuma ¿Qué sabe acerca del fumar?, ¿Desde cuándo lo hace? ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? ¿Varía la cantidad según su estado emocional?</li> </ul>

<sup>28</sup> Fernández Ferrin, Carmen Et, Al., El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería, Editorial Masson - Salvat, Barcelona, 1995.

## Necesidad de Oxigenación

Observaciones	Interacciones
<p>fosas nasales, aleteo nasal, color de la piel y mucosas, temperatura de la piel, circulación de retorno (venas varicosas).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dolor asociado con la respiración, dificultad respiratoria.</li> <li>▪ Estado de conciencia, existencia de agitación.</li> <li>▪ Calidad del medio ambiente: polución, humedad, sistemas de ventilación, corrientes de aire, espacios verdes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Cómo influencia la realización de las actividades de la vida cotidiana en su respiración? (Sensación de ahogo al subir escaleras, cambios en el ritmo respiratorio al andar deprisa, etcétera.</li> <li>▪ ¿Tiene conocimientos sobre una respiración correcta?</li> <li>▪ ¿Conoce y/o utiliza técnicas que mejoren su respiración (relajación, yoga)?</li> <li>▪ ¿Es propenso a sufrir hemorragias?</li> <li>▪ ¿Tiene algún antecedente de problemas cardiorrespiratorios (dolor precordial, taquicardias, asma, alergias, etcétera)?</li> </ul>

## Necesidad de Nutrición e Hidratación

Observaciones	Interacciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antropometría (peso, talla, pliegue de la piel y diámetro del brazo), estado de la piel, mucosas, uñas y cabello, funcionamiento neuro-muscular y esquelético, aspecto de los dientes y encías, capacidad para masticar y deglutir, funcionamiento tracto digestivo.</li>   <li>▪ En caso de heridas, tipo y tiempo de cicatrización.</li>   <li>▪ Dolor, ansiedad, estrés, trastornos de comportamiento, disminución de energía, apatía, debilidad, irritabilidad, trastornos de la conciencia y agitación.</li>   <li>▪ Condiciones del entorno que faciliten o dificulten la satisfacción de esta necesidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Cómo influencia el estado de ánimo en su alimentación e hidratación? (Ansiedad, estrés, conflictos: si aumenta o disminuye la ingesta, relación con anorexia y polifagia).</li>   <li>▪ ¿Qué antecedentes familiares tiene con respecto a talla, corpulencia, peso y hábitos alimentarios?</li>   <li>▪ ¿Qué sentido le da a la comida? (Castigo, amor, recompensa, supervivencia, paliativo del aburrimiento).</li>   <li>▪ ¿Con quién come habitualmente?</li>   <li>▪ ¿Dónde come? (En casa, restaurante, otros).</li>   <li>▪ ¿Cuáles son los patrones familiares con respecto a la comida? (Motivo de encuentro e intercambio, momento destinado a ver la TV, radio, leer y distribución de los roles alrededor de la comida).</li>   <li>▪ ¿Qué alimentos ha consumido en las últimas 72 horas? (Registro para</li> </ul>

## Necesidad de Nutrición e Hidratación

Observaciones	Interacciones
	<p>valorar los 4 grupos básicos de alimentos).</p> <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="698 425 1308 568">▪ ¿Qué horario y número de comidas habituales realiza? (Relación con trabajo y patrones culturales).</li><li data-bbox="698 641 1308 731">▪ ¿Qué cantidad y tipo de líquidos bebe al día?, ¿Cuál es la pauta de ingesta?.</li><li data-bbox="698 805 1308 1058">▪ ¿Qué preferencia/disgusto siente por determinados alimentos? (Impedimentos ideológicos o religiosos, influencias socioculturales, relación de la obesidad con la salud).</li><li data-bbox="698 1132 1308 1385">▪ ¿Qué dificultad encuentra para preocuparse, almacenar y prepararse alimentación adecuada? (Del entorno, económica, de conocimientos, de habilidad y capacidad personal).</li><li data-bbox="698 1459 1308 1602">▪ ¿Conoce las necesidades de alimentación e hidratación y su relación con la edad y con la actividad?</li><li data-bbox="698 1676 1308 1819">▪ ¿Conoce los factores que favorecen su ingestión y asimilación? (No consumir alimentos que produzcan flatulencia,</li></ul>



## Necesidad de Nutrición e Hidratación

Observaciones	Interacciones
	<p data-bbox="749 261 1308 404">comer despacio, masticando e insalivando, no acostarse inmediatamente después de comer).</p> <ul data-bbox="704 480 1308 1011" style="list-style-type: none"><li data-bbox="704 480 1308 568">▪ ¿Ha habido cambios recientes de dietas o de peso y por qué?</li><li data-bbox="704 643 1308 786">▪ ¿Tiene algún problema al masticar o tragar la comida/bebida? ¿Con qué cree que esté relacionado?</li><li data-bbox="704 862 1308 1011">▪ ¿Tiene en la actualidad algún problema digestivo (ardor, náuseas, vómitos, pérdida de apetito)?</li></ul>

## Necesidad de Eliminación

Observaciones	Interacciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orina (coloración, claridad, olor, cantidad, pH, frecuencia, densidad, presencia de proteínas, sangre, glucosa y cuerpos cetónicos); heces (cantidad y olor), menstruación (cantidad, aspecto, color).</li>   <li>▪ Estado del abdomen y periné.</li>   <li>▪ Estado de conciencia, cambios del patrón del sueño y del comportamiento, capacidades sensoriales, preceptuales, neurológicas y motrices.</li>   <li>▪ Condiciones del medio que ayudan/dificultan la satisfacción de esta necesidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Cuáles son sus patrones habituales de eliminación? (Heces, orina, menstruación, sudoración).</li>   <li>▪ ¿Cómo influencia las emociones en sus patrones de eliminación?</li>   <li>▪ ¿Se siente satisfecho respecto a sus patrones habituales de eliminación? (Frecuencia diurna y nocturna, cantidad y calidad, confortabilidad, sensación de bienestar).</li>   <li>▪ ¿El cambio de entorno (Viajes, lugar, intimidad, postura) modifica los hábitos de eliminación y cuáles?</li>   <li>▪ ¿El cambio de horarios modifica los hábitos de eliminación?</li>   <li>▪ ¿Qué tipo de hábitos higiénicos utiliza en la necesidad de eliminación?</li>   <li>▪ ¿Conoce medidas no medicamentosas de ayuda (dietas, masajes, hidratación, ejercicio físico)?</li>   <li>▪ ¿Tiene algún problema relacionado con la necesidad de eliminación?</li> </ul>

### Necesidad de Eliminación

Observaciones	Interacciones
	<p>(Ardor al orinar, necesidad de laxantes, hemorroides, dolor al defecar u orinar, dolor menstrual).</p> <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="703 478 1319 915">▪ En caso de problemas en la eliminación (incontinencia, colostomía, sudoración excesiva u olor desagradable), ¿Cómo le afectan en su autoconcepto/imagen y en su vida de relación? Y ¿Realiza aprendizajes necesarios para resolver o neutralizar el problema?.</li></ul>

## Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura

Observaciones	Interacciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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 deambulación y/o mantenimiento de una postura correcta, coordinación voluntaria, presencia de temblores, ritmo de movimientos, constantes vitales (pulso, tensión arterial).</li> <li>▪ Estados de apatía, postración, estado de conciencia, depresivos, sobreexcitación, agresividad.</li> <li>▪ Cualidades ergonómicas de su entorno inmediato.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Cuál es su postura habitual relacionada con su ocupación, rol social o pertenencia a determinado grupo cultural?</li> <li>▪ ¿Cuántas horas al día permanece sentado, andando, de pié o reclinado? ¿Se considera activo o sedentario?.</li> <li>▪ ¿Conoce la importancia y medidas saludables de vida con respecto a esta necesidad? (Consecuencias de la hipoactividad o de malas posturas prolongadas, elección de mobiliario y calzado adecuado).</li> <li>▪ ¿Sabe cómo realizar ejercicios activos y pasivos que mejoren la movilidad y la tonicidad muscular?</li> <li>▪ ¿Cómo influyen sus emociones en esta necesidad?</li> <li>▪ ¿Cómo influyen sus creencias y/o valores de comunicación intercultural en esta necesidad?.</li> </ul>

## Necesidad de Descanso y Sueño

Observaciones	Interacciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nivel de ansiedad/estrés, lenguaje no verbal (ojeras, postura, bostezos, concentración y atención), estado que representan los ojos (enrojecimiento, hinchazón), expresión de irritabilidad y fatiga, dolor, inquietud, laxitud y apatía, cefaleas, estado de conciencia y respuesta a estímulos.</li>   <li>▪ Condiciones de entorno que ayudan o impiden la satisfacción de esta necesidad (sonido, luz, temperatura, adaptación de la cama, colchón, almohada, ropa, talla o situación de la persona).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Cuál es el patrón y tipo habitual de sueño? (Horas, horario, duración, siestas, despierta por la noche, necesidad de levantarse durante la noche, sueño profundo, se despierta con estímulos o no) ¿Le resulta suficiente o adecuado?.</li>   <li>▪ Habitualmente duerme solo o acompañado.</li>   <li>▪ ¿Los cambios en el entorno, en su situación y hábitos, modifican o alteran su patrón de sueño?.</li>   <li>▪ ¿Cuánto tiempo necesita habitualmente para conciliar el sueño?.</li>   <li>▪ ¿Cómo la influyen las emociones en la necesidad de dormir y reposar? (En situaciones de estrés, ansiedad, modificaciones en el peso, en constantes vitales, etcétera.</li>   <li>▪ ¿Sabe cómo reducir o controlar las tensiones y el dolor?</li>   <li>▪ ¿Qué hace normalmente cuando necesita descansar (leer, dormir, relajarse)? ¿Hay algo que interfiera en</li> </ul>

## Necesidad de Descanso y Sueño

Observaciones	Interacciones
	<p data-bbox="747 257 955 292">su descanso?.</p> <ul data-bbox="703 369 1316 840" style="list-style-type: none"><li data-bbox="703 369 1316 676">▪ ¿Qué sentido tiene para usted dormir (rutina, obligación, placer, relajación, evasión compensación) y ¿Conoce los efectos positivos y negativos de cada una de estas formas de comportamiento?.</li><li data-bbox="703 752 1316 840">▪ ¿Tiene sueños o pesadillas cuando duerme?.</li></ul>

## Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas

Observaciones	Interacciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edad, peso, estatura, sexo, handicap; capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse.</li>   <li>▪ Utilización incontrolada del vestirse y desvestirse (negativa, exhibicionismo, desinterés o rechazo frente a la necesidad, apropiación de los vestidos de otro). Vestido incompleto, descuidado a la situación. Tipo y cantidad de accesorios/abalorios.</li>   <li>▪ Condiciones del entorno (espacio para guardar la ropa limpia y sucia, para lavarla, secarla).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Qué significado tiene la ropa en cuanto a su imagen o cobertura de alguna otra necesidad? (autoestima, relaciones con los demás).</li>   <li>▪ ¿Cree que el modo de vivir marca diferencias personales, socio-culturales, sociales, etcétera?.</li>   <li>▪ ¿Puede decidir por sí mismo la ropa que se pone habitualmente?</li>   <li>▪ ¿Conoce la relación entre la calidad/cantidad de ropa necesaria para la adecuada acomodación del propio cuerpo y a la temperatura ambiente?.</li>   <li>▪ ¿Necesita ayuda para decidir el tipo de ropa o para vestirse/desvestirse? ¿Conoce cómo adaptarse a una limitación o handicap en esta necesidad y dispone de los recursos materiales y humanos para ello?.</li>   <li>▪ Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿se afecta su modo de vestir?.</li>   <li>▪ ¿Tiene algún objeto accesorio del</li> </ul>

### Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas

Observaciones	Interacciones
	<p>vestir que tenga significación especial para usted?.</p> <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="704 419 1314 562">▪ ¿Tiene algún tipo de indumentaria relacionada con valores o creencias que considera necesario mantener?.</li><li data-bbox="704 643 1314 838">▪ ¿De qué forma le afecta el vestirse o desvestirse en un sitio extraño, ante personas o con ayuda de otras personas.</li></ul>



### Necesidad de Termoregulación

Observaciones	Interacciones
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Constantes vitales (temperatura), coloración de la piel, transpiración, temperatura ambiental.</li> <li>▪ Disconfort, irritabilidad, apatía.</li> <li>▪ Condiciones del entorno físico próximo que ayuden o limiten la satisfacción de esta necesidad (sistemas de calefacción, control sobre ellos, etcétera).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ¿Qué temperatura le produce sensación de bienestar? ¿Se adapta fácilmente a los cambios de temperatura ambiental?</li> <li>▪ ¿Tiene alguna creencia o valor que mediatice sus comportamientos en la necesidad de termoregulación?</li> <li>▪ ¿Qué recursos utiliza (bebidas calientes, ropa, actividades físicas, aire acondicionado) y qué limitaciones (económicas, de conocimiento) tiene en las situaciones de cambios de temperatura?</li> <li>▪ Las emociones intensas (miedo, ansiedad, ira, ¿cómo le afectan esta necesidad? ¿Sabe cómo controlarlas?</li></ul>

## Necesidad de Higiene y Protección de la Piel

Observaciones	Interacciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Expresión facial/corporal de confort, efectos del baño o ducha (relajación física y psicológica).</li> <li>▪ Condiciones del entorno (equipamiento y material adaptados a las necesidades individuales y hábitos personales).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Conoce la relación entre estilo de vida y satisfacción de esta necesidad?.</li> <li>▪ ¿Qué significado tiene para usted la limpieza? (autoimagen, reflejo del estado emocional, relación o comunicación con los demás).</li> <li>▪ Describa la forma en que cuida de su cuerpo en relación con las actividades de higiene (tipo, frecuencia, cantidad).</li> <li>▪ ¿Cómo le afecta el hecho de que sus necesidades de higiene sean satisfechas con ayuda de otra persona o ante personas?.</li> <li>▪ ¿Tiene preferencias horarias respecto a su aseo diario?.</li> <li>▪ ¿Qué hábitos higiénicos considera imprescindibles mantener? (Lavarse los dientes o manos antes/después de comer o eliminar).</li> <li>▪ ¿Tiene por costumbre utilizar algún producto específico (colonias, antisépticos bucales, compresas, cremas)?.</li> </ul>

## Necesidad de Higiene y Protección de la Piel

Observaciones	Interacciones
	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="709 257 1316 404">▪ ¿Existen condiciones en su entorno que limiten o imposibiliten unos hábitos saludables de higiene?.</li> <li data-bbox="709 476 1316 684">▪ Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto ¿Se afecta su necesidad de higiene? (Aumento de transpiración, secreciones, etcétera).</li></ul>

## Necesidad de Evitar los Peligros

Observaciones	Interacciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Integridad neuromuscular, de los sentidos y del sistema inmunológico.</li>   <li>▪ Ansiedad, falta de control, falta de habilidades de afrontamiento, ausentismo laboral, somatizaciones, aspecto descuidado, inhibición, desconfianza, agresividad, alteraciones en la sensopercepción o en la conciencia originadas por la sobreexposición a estímulos o por privación, interacciones personas significativas, comportamientos peligrosos.</li>   <li>▪ Autoconcepto/autoestima (si protege o evita mirar o tocar zonas de su cuerpo, armonía en el aspecto físico, existencia de cicatrices, deformidades congénitas, alteraciones en el funcionamiento del cuerpo).</li>   <li>▪ Condiciones del ambiente próximo (temperatura, humedad, iluminación, barreras ambientales -suelo encerado, mojado, barandillas en la cama, ruidos), salubridad del ambiente lejano (alcantarillas, polución).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Qué miembros componen su familia de pertenencia? ¿Y de referencia?.</li>   <li>▪ ¿Cómo influyen las emociones intensas en su necesidad de seguridad física y psicológica? (Se queda paralizado, hiperactivo).</li>   <li>▪ ¿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, sistemas eléctricos, etcétera). ¿Las utiliza y controla su funcionamiento periódicamente?.</li>   <li>▪ ¿Realiza los controles de salud periódicos recomendados para cada edad y situación de la persona y familia?.</li>   <li>▪ ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? ¿Las utiliza y está adaptada a sus necesidades?.</li>   <li>▪ ¿Conoce las medidas de prevención de enfermedades infectocontagiosas y</li> </ul>

## Necesidad de Evitar los Peligros

Observaciones	Interacciones
	<p data-bbox="739 257 1302 349">agresiones del entorno? (Tormentas, rayos, inundaciones, fuego).</p> <ul data-bbox="691 421 1302 1835" style="list-style-type: none"><li data-bbox="691 421 1302 1058">▪ ¿De qué 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).</li><li data-bbox="691 1132 1302 1391">▪ ¿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)?.</li><li data-bbox="691 1465 1302 1500">▪ ¿Cuál es su rol y status en la familia?</li><li data-bbox="691 1573 1302 1719">▪ ¿Ha sufrido alguna alteración física que haya alterado su autoimagen o autoconcepto?.</li><li data-bbox="691 1792 1302 1835">▪ ¿Es o ha sido más difícil de lo</li></ul>

## Necesidad de Evitar los Peligros

Observaciones	Interacciones
	<p>previsible aceptar los cambios ocurridos a raíz de una situación de cambio o crisis? (Enfermedad, amputación, cirugía).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Pertenece a alguna organización o grupo social o religioso? ¿Le proporciona sentimientos de pertenencia y seguridad?</li> <li>▪ ¿Qué personas pueden ayudarle? (Familia, amigos, vecinos) ¿Cuáles cree que le aportan sentimientos de seguridad y que estarían dispuestos a ayudarle?</li> <li>▪ ¿Cómo ha reaccionado la familia ante sus problemas actuales de salud? (Aceptación y apoyo, rechazo, abandono, indiferencia).</li> <li>▪ En situaciones anteriores de crisis o cambio, ¿ha sido capaz de identificar las necesidades de apoyo, las personas - recursos que pueden prestarlo y abiertamente?</li> <li>▪ ¿Cómo percibe su situación actual en cuanto a mantener un tipo de vida en</li> </ul>

## Necesidad de Evitar los Peligros

Observaciones	Interacciones
	<p>armonía consigo y con su entorno?.</p> <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="698 312 1310 404">▪ ¿Cuáles son sus metas (en 3 ó 5 años) y cómo planea lograrlas?</li><li data-bbox="698 478 1310 731">▪ ¿Dispone de espacio propio en su entorno inmediato casa, trabajo u hospital y en qué medida le afecta en sus sentimientos de seguridad psíquica?.</li><li data-bbox="698 805 1310 1058">▪ ¿Se encuentra en una situación económica que le proporcione seguridad física y psicológica? ¿Prevé cambios y le preocupan respecto al futuro?.</li><li data-bbox="698 1132 1310 1283">▪ ¿Tiene sentimientos de control sobre sí mismo (equilibrio entre dependencia e independenciam)y sobre el medio?.</li><li data-bbox="698 1357 1310 1508">▪ ¿Cuáles son sus hábitos respecto a drogas, alcohol, tabaco, café, bebidas con cola, medicamentos, té?.</li><li data-bbox="698 1582 1310 1774">▪ ¿Qué cantidad consume? ¿En compañía o solitario? ¿Cuáles cree usted que son las causas de este consumo?.</li></ul>

<b>Necesidad de Evitar los Peligros</b>	
<b>Observaciones</b>	<b>Interacciones</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Conoce los efectos del consumo de estas sustancias sobre su salud y sus relaciones?.</li>   <li>▪ ¿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, de relajación, de resolución de problemas).</li> </ul>

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**



## Necesidades de Comunicarse

Observaciones	Interacciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estado de los órganos de los sentidos (en caso de prótesis, adecuación de éstas) y del sistema neuromuscular.</li> <li>▪ Dificultad respiratoria, fatiga y debilidad.</li> <li>▪ Comunicación verbal directa y abierta, poco clara o evasiva, habilidades de comunicación (asertividad feedback), barreras idiomáticas, dificultades en la fonación (tartamudeo, balbuceos). Comunicación no verbal (contacto visual, lenguaje corporal, gestos, tono de voz, congruencia verbal, expresión de sentimientos por el tacto). Utilización de la expresión escrita.</li> <li>▪ 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.).</li> <li>▪ Actitudes facilitadoras de la relación (confianza, receptividad, empatía, compromiso, concreción, disponi-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿En qué medida le ha afectado en su necesidad de comunicación la existencia de limitaciones físicas, enfermedad, cicatrices?.</li> <li>▪ 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?.</li> <li>▪ ¿Cuánto tiempo pasa solo? ¿Por qué? ¿Con cuántas personas suele relacionarse diariamente?.</li> <li>▪ ¿Tiene contactos sociales en forma regular y que le resulten satisfactorios?.</li> <li>▪ ¿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 los expresa, ¿cuándo y porqué? ¿Cómo se siente?.</li> <li>▪ ¿Cree necesario y/o adecuado</li> </ul>

## Necesidades de Comunicarse

Observaciones	Interacciones
<p>bilidad).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utilización de mecanismos de defensa (negación, inhibición, agresividad/hospitalidad, desplazamiento, etc.).</li> <li>▪ Condiciones del entorno que ayudan/limitan la satisfacción de esta necesidad (sonoración, luz, intimidad, compañía).</li> </ul>	<p>manifestar lo que siente u opina a su familia y amigos?.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Se encuentra a gusto siendo tal como es en relación, a sí mismo o a los demás en cuanto al aspecto físico - peso, apariencia psicológica y social?.</li> <li>▪ ¿Qué tipo de humor tienen por lo general? (Deprimido, alegre). ¿Tiene a menudo cambios de humor o le causa problemas de relación consigo mismo o con los demás?.</li> <li>▪ ¿De qué manera se relaciona su familia como un todo? (Reuniones periódicas, celebraciones).</li> <li>▪ ¿Qué posición ocupa en el seno de la familia? ¿Cómo se ve usted y cómo lo ven los demás?.</li> <li>▪ ¿Existe algún conflicto importante de relación con su familia o miembros del grupo familiar?.</li> <li>▪ ¿Con cuál de sus familiares tiene mejor relación?.</li> </ul>

## Necesidades de Comunicarse

Observaciones	Interacciones
	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="694 255 1305 459">▪ ¿Qué otras personas son importantes para usted y cómo se ve la relación con los demás? ¿Qué cree que esperan de usted?</li> <li data-bbox="694 521 1305 684">▪ ¿En qué tipo de vivienda habita? ¿Le afecta en su necesidad de comunicación?.</li> <li data-bbox="694 746 1305 909">▪ ¿Tiene algún tipo de mascota o animal doméstico? ¿De qué manera le ayuda en su necesidad de comunicación?.</li> <li data-bbox="694 970 1305 1134">▪ Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿se afecta su necesidad de comunicación?.</li> <li data-bbox="694 1195 1305 1553">▪ ¿Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria par usted? En caso negativo, ¿le resulta un problema digno de mención? En caso afirmativo, ¿cree que la causa es personal o situacional?.</li></ul>

## Necesidad de Vivir según sus Creencias y Valores

Observaciones	Interacciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Forma de vestir de la persona, familia y amigos (hábitos, vestimentas específicas de un grupo social o religioso) y actitud ante ello.</li> <li>▪ Indicadores de valores en las interacciones (diálogo abierto, estimulante, motivador), utilización o evitación del tacto como medio de expresión.</li> <li>▪ Nivel de integración de los valores en su vida diaria (realización de ritos, congruencias entre creencias/valores y comportamientos).</li> <li>▪ Condiciones del entorno que ayudan/limitan la satisfacción de esta necesidad (existencia y accesibilidad a lugares de reunión y encuentro), presencia de objetos en el entorno próximo o en la persona, indicativo de determinados valores o creencias. Existencia de indicadores de valores del ambiente (tipo objetos, libros, publicaciones, muebles, objetos personales, orden y conservación de tales objetos).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Cómo le influye el estado de ánimo, las tensiones o el estrés, en la satisfacción de esta necesidad?</li> <li>▪ ¿En qué tipo de creencias religiosas fue educado en su infancia y cuáles de ellas son un significado para usted? ¿Suponen una ayuda o le generan más conflictos personales, familiares o de algún otro tipo de problema en su entorno?</li> <li>▪ ¿Qué tipo de ritos o comportamiento asociados a sus creencias debe practicar y con qué frecuencia? ¿Con qué exigencias o requerimientos específicos? ¿Puede practicarlos sin dificultad?</li> <li>▪ ¿Cuáles son los valores relevantes propios de su grupo familiar? (Honestidad, unión familiar, trabajo, dinero, éxito, ocio) ¿Qué significan en este momento? (le suponen ayuda, conflicto).</li> <li>▪ ¿Cuáles son los valores relevantes propios de su grupo social? (Competitividad, éxito, conformidad,</li> </ul>

<b>Necesidad de Vivir según sus Creencias y Valores</b>	
<b>Observaciones</b>	<b>Interacciones</b>
	<p>ayuda, solidaridad).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Cuáles son sus propios valores personales integrados en su estilo de vida? (Importancia al trabajador, familia, salud, vida, muerte, dinero, amistad, disponibilidad).</li> <li>▪ ¿En qué medida sus valores están siendo alterados por su situación actual? (Sentimientos y pensamientos problemáticos para usted).</li> </ul>

## Necesidad de Trabajar y Realizarse

Observaciones	Interacciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estado del sistema neuromuscular, nervioso y de los sentidos.</li> <li>▪ Relaciones armoniosas consigo mismo y con las demás personas que lo rodean.</li> <li>▪ Distribución equilibrada entre el tiempo dedicado al trabajo y a las actividades de ocio y relajación.</li> <li>▪ Autoconcepto positivo/negativo de sí mismo (apariencia física, postura, expresión). Conciencia de sus capacidades de decisión y de resolución de problemas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Qué tipo de trabajo u ocupación realiza y cuánto tiempo le dedica?</li> <li>▪ ¿Cómo se siente en relación a su trabajo? (Valorado, participación, relación con superiores, iguales y/o inferiores, posibilidades de promoción).</li> <li>▪ ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y las de su familia?</li> <li>▪ ¿Su rol profesional le supone tener que superar algún conflicto con otros roles familiares o sociales?.</li> <li>▪ ¿Se ha producido o puede producirse alguna modificación en sus roles a raíz de su situación actual y cómo vive usted esta situación de cambio? ¿De qué manera se enfrenta a la situación?.</li> <li>▪ ¿Las situaciones de tensión o conflicto influyen en la satisfacción de esta necesidad y de qué modo?.</li> <li>▪ ¿Conoce la existencia de los recursos de apoyo disponibles en la comunidad y estaría dispuesto a utilizarlos?.</li> </ul>

## Necesidad de Jugar y participar en Actividades Recreativas

Observaciones	Interacciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estado del sistema neuromuscular, integridad del sistema nervioso y de los sentidos.</li> <li>▪ Estado de ánimo y expresiones espontáneas directas o indirectas que indiquen aburrimiento. (Sonrisas, lloros, aspecto tranquilo y sereno, distendido, triste, apatía, indiferencia, agitación, inhibición).</li> <li>▪ Rechazo a este tipo de actividades (por aprendizajes o cogniciones erróneas).</li> <li>▪ Comportamientos lúdicos en relación con el estado de desarrollo evolutivo de la persona.</li> <li>▪ Condiciones del entorno que ayudan o limitan a la satisfacción de esta necesidad.</li> <li>▪ Existencia de material que indique hobbies, pasatiempos u otras actividades recreativas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Qué actividades recreativas o de ocio desarrolla en su tiempo libre y son importantes para usted?</li> <li>▪ ¿Las situaciones de estrés y emociones intensas influyen en la satisfacción de esta necesidad y en qué modo?</li> <li>▪ ¿Aprendió la importancia del uso del tiempo libre?</li> <li>▪ ¿Considera que el tiempo que dedica al ocio es suficiente en tiempo y energía que dedica a su trabajo?</li> <li>▪ ¿Tiene los recursos para poder dedicarse a cosas que le interesan?</li> <li>▪ ¿Conoce las diferentes posibilidades recreativas que tiene a su alcance?</li> <li>▪ ¿Cuándo participó por última vez en alguna actividad lúdica o recreativa?</li> <li>▪ ¿Ha tenido que modificar este tipo de actividades por su situación actual?</li> <li>▪ ¿Cree que alguien pueda ayudarle a encontrar la forma de satisfacer esta necesidad?</li> </ul>

## Necesidad de Aprendizaje

Observaciones	Interacciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capacidades físicas y psicológicas.</li> <li>▪ Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje (ansiedad, dolor, pensamientos y sentimientos).</li> <li>▪ Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje para resolver los problemas de salud (pregunta, escucha, demuestra interés o desinterés, propone alternativas).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Qué estudios ha realizado?</li> <li>▪ ¿Las situaciones de emociones intensas le influyen en la satisfacción de esta necesidad y de qué modo?</li> <li>▪ ¿Ha tenido dificultad en aprender cosas nuevas?</li> <li>▪ ¿Cómo le resulta más fácil aprender o retener conceptos o habilidades nuevas?</li> <li>▪ ¿Ha tenido dificultad en poner en marcha y mantener comportamientos generadores de salud que resultan de un nuevo aprendizaje?</li> <li>▪ ¿Tiene conocimientos sobre sí mismo, sus necesidades básicas, estado de salud actual, tratamiento y autocuidado necesaria? ¿Considera que son suficientes?</li> <li>▪ ¿Tiene problemas de relación dignos de mencionar con su familia, amigos o personas significativas?</li> </ul>



### Necesidad de Aprendizaje

Observaciones	Interacciones
	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="694 257 1302 400">▪ ¿Tiene conocimientos sobre el ser humano y su desarrollo a lo largo del ciclo vital?</li><li data-bbox="694 476 1302 619">▪ ¿Conoce las diferentes fuentes de apoyo de que dispone en la comunidad y sabe cómo utilizarlas?</li><li data-bbox="694 694 1302 838">▪ ¿Desearía incrementar su aprendizaje en aspectos relativos a su salud/enfermedad?</li></ul>

## **7. APLICACIÓN DEL PROCESO**

El proceso de enfermería se basa en principios y reglas que se han comprobado efectivos en la promoción de la calidad de los cuidados, la eficiencia y la satisfacción de la persona, permitiéndonos aprender a aplicar en la vida diaria estos principios, mejorando la capacidad para solucionar los problemas, tomar decisiones y maximizar las oportunidades y recursos.

**Valoración.** Durante la valoración se reunirá y examinará la información con el fin de obtener todos los hechos necesarios para definir el estado de salud de la persona y describir sus capacidades y problemas.

**Diagnóstico.** En esta fase se determinarán las capacidades y los problemas de salud reales y potenciales, así como los problemas que pueden resolverse mediante intervenciones independientes de enfermería y cuáles requerirán apoyo de otros profesionales.

**Planificación.** Aquí se desarrollará un plan de acción que reducirá o eliminará los problemas, determinando prioridades, estableciendo objetivos, decidiendo las intervenciones de enfermería y realizando las anotaciones del plan de cuidados.

**Ejecución.** Durante la ejecución se valora el estado actual de la salud de la persona, se realizan las intervenciones y sus actividades prescritas durante la planificación, permite seguir valorando a la persona determinando las respuestas iniciales a sus acciones, comunicando y anotando cualquier cambio que pueda indicar la necesidad de tratamiento adicional.

**Evaluación.** Aquí la enfermera y la persona pueden decir si el plan ha dado buenos resultados o hay que hacer algún cambio. El uso efectivo del proceso de enfermería requiere habilidades manuales, intelectuales e interpersonales, para poder resolver los problemas y tomar decisiones, para aplicar o desarrollar los procedimientos técnicos y

poder establecer buenas relaciones con la persona, familiares y compañeros de trabajo.<sup>(29)</sup>

El proceso de enfermería se realiza porque ofrece muchas ventajas, tanto para la enfermera como para la persona a quien se le aplica.

- 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 individuo, la familia o la comunidad.
- Permite ser creativos a la enfermera y a la persona en la resolución del problema planteado.
- Es interpersonal, requiere que la enfermera tenga una comunicación directa y persistente para encontrar las necesidades del individuo.
- Es cíclico, debido a la relación que guardan las etapas, no puede existir un principio o un final absoluto.
- Es aplicable universalmente.<sup>(30)</sup>

Las ventajas que ofrece el proceso de enfermería para la persona a quien se aplica es el de brindar calidad en el cuidado, mediante la evaluación continúa del proceso y la reconsideración de los cambios en las nuevas necesidades de la persona.

---

<sup>29</sup> Alfaro Lefevre, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica. Tr. María Teresa Luis Rodrigo, 3ª. Edición. Editorial Mosby, Doyma. Madrid, 1996.

<sup>30</sup> Kozier, Op. Cit. Pp. 185 – 187.

Permite la continuidad en el cuidado, al tener un plan por escrito, permitiendo que todas las personas implicadas en el cuidado tengan acceso al mismo, evitando a la persona repetir la información.

Permite además la participación de la persona misma en el cuidado de su salud, desarrollando sus capacidades para el autocuidado, ayudándolo así al logro de las metas.

Para la enfermera es ventajoso porque le permite la adecuación constante y sistemática, proporcionándole además satisfacción en el trabajo, mediante la planeación de acciones adecuadas que favorecen la coordinación y evitan el trabajo por ensayo - error, brindando satisfacción cuando se logran los objetivos.

Favorece el crecimiento profesional, ya que por medio de la evaluación, la enfermera adquiere experiencia y capacidad con relación a los cuidados que son efectivos y los que tienen que adaptarse para satisfacer las necesidades de las personas que recibe el cuidado.

La aplicación de cuidados previamente establecidos a través de las fases del proceso, evita acciones legales para la enfermera.

El proceso de enfermería proporciona un marco legal elevando al máximo la responsabilidad de los cuidados.

## V. APLICACIÓN DEL PROCESO.

### 1. RESUMEN VALORATIVO

Este proceso de enfermería se aplicó a un adulto mayor con problemas neurológicos de nombre Samuel Jonapá Mayor, jefe de familia, residente y originario de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, con domicilio en 7ª. Avenida norte poniente número 550 del Barrio Colón, nacido el 31 de enero de 1922, contando en la actualidad con 78 años de edad, talla de 1.68 metros y 62 kilogramos de peso, quien nos refiere que es pensionado de la Secretaría de Agricultura, Ganadería y Recursos Hidráulicos desde hace 12 años y que la persona más allegada a él, significativamente, es su hija, adentrándonos en la conversación y explorar su necesidad de oxigenación nos comenta que por las mañanas al despertar presenta tos seca, que se agita cuando realiza ejercicio y que le da dolor de cabeza y de las piernas. Asimismo, encontramos T.A. de 110/70 mm/Hg., pulso de 72x', temperatura de 36°C y frecuencia respiratoria de 18x', mantiene pulsos aceptables tanto central como el pédico y radial, aunque de mediana intensidad, mantiene buena coloración de mucosas y peribucal, aunque se le observan várices en las piernas, lo que hace que haya dificultad para el retorno venoso y presenta cansancio al permanecer en cucullas o después de subir o bajar escaleras.

En cuanto a su necesidad de nutrición e hidratación, nos dijo que normalmente come frutas, verduras, carne, leche, huevos, cereal y aguas frescas, que las comidas muy condimentadas le provocan dolor de estómago y que presenta estreñimiento de vez en cuando; que se le dificulta un poco tragar, que quedó así después que lo internaron por una isquemia transitoria, que eso fue lo que le dijo el médico que le atendió en ese entonces.

La piel se le ve húmeda, elástica, mantiene las mucosas bien hidratadas, las uñas son sanas y el cabello aunque escaso debido a la calvicie, está bien insertado, tiene disminución de la fuerza en el lado derecho del cuerpo, siendo más notable en la pierna.

Los dientes los tiene completos y sanos, lo que más padece son magullones pero que desaparecen solos; come despacio y en pocas cantidades pero siempre a la misma hora y acompañado de su esposa.

En la necesidad de eliminación nos informó que evacua una vez al día, que las heces son pastosas y la orina transparente en regular cantidad; que hace 14 años lo llevaron a internar al hospital porque no podía moverse, fue cuando el médico le dijo que lo que le había pasado era que la sangre no llegaba bien a la cabeza por eso le había sucedido eso, que rara vez usa algún laxante ya que no refiere ningún malestar al miccionar o evacuar pero que cuando cambia su estado de ánimo, es decir cuando se angustia presenta evacuaciones líquidas.

Se palpa abdomen blando sin dolor con ruidos y movimiento intestinales normales, no se palpa retención urinaria, la apariencia de su abdomen es plano ya que él es delgado.

En cuando a la necesidad de termorregulación, dice que le molesta mucho el frío, que le agrada más que haga calor y aunque no realiza de manera regular ningún tipo de ejercicio, sí pude constatar que su piel se mantiene tibia y húmeda por la transpiración que aunque no es copiosa sí suda, ya que el ambiente generalmente es cálido. Su entorno físico es agradable, armonioso, hasta bonito, ya que su casa es grande, con patio, árboles, tiene luz, agua potable, drenaje, teléfono y su familia es agradable.

En la necesidad de mantener una buena postura es donde se puede apreciar cierta dificultad aunque realiza sus cosas solo, su tiempo libre lo ocupa escuchando música, viendo la televisión o leyendo, generalmente lo hace sentado, aunque también se ocupa de algunas actividades en su hogar, como arreglar pequeños desperfectos eléctricos, barre el patio, recoge las hojas, le gusta la carpintería aunque últimamente la realiza poco. Se observa deterioro muscular en la pierna y brazo derechos, con disminución de la fuerza; ya no se flexiona con rapidez ni facilidad, mantiene mala postura al caminar, ya que arrastra la pierna aunque deambula sin ayuda y solo refiere dolor cuando se excede trabajando. Presenta temblores de ambas manos pero su estado de conciencia

es bueno, está orientado en tiempo, lugar y persona. Su estado de ánimo es cambiante y hay ocasiones en que se le ve triste. Se cansa cuando permanece mucho tiempo de pie o acurrucado.

Su sueño y su descanso es bueno, descansa de 16:00 a 20:00 horas y se duerme de las 21:00 a las 6:00 horas. Descansa durante 4 horas y duerme 9, además de su siesta diaria de 30 minutos, rara vez presenta insomnio y dice que es cuando se deprime, pero generalmente se levanta descansado, ya que duerme bien, con sueño de calidad. Refiere que se estresa a veces porque siente que ya no puede realizar muchas cosas que hacía antes como ir de paseo a otras ciudades cercanas a Tuxtla, pero que por sus limitaciones ya no le permiten manejar en carretera. Le irrita el ladrido de los perros y la bulla de las cotorras, conserva buena concentración y atención, no tiene disciplina alguna de ejercicios y se queja con regularidad de dolor de cabeza.

En cuanto al uso de prendas de vestir adecuadas, nos platicó que se viste según su estado de ánimo, ya que cuando está alegre usa colores claros y cuando está triste, usa prendas de colores oscuros. Su autoestima influye en su manera de vestir porque le hace sentirse bien con los demás, sus creencias no influyen en su manera de vestir, ya que se viste como a él le gusta, eligiendo personalmente lo que va a usar. Lo que observamos es que le gusta estar siempre presentable, vistiéndose adecuada y completamente solo.

En lo que respecta a la higiene y protección de la piel, comenta que se baña diariamente al levantarse, cambiándose toda la ropa, se lava los dientes al despertarse y después de cada alimento, igual que tiene el hábito de lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño. Sus creencias religiosas no influyen en sus hábitos higiénicos, el contacto que mantuvimos durante las entrevistas nos permitió comprobar que le gusta la pulcritud, mantiene siempre buen aspecto y expide un olor corporal agradable, ya que siempre se perfuma. Tiene el cuero cabelludo grasoso y me enseñó las cicatrices de quemaduras a lo largo de la pierna izquierda, producidas hace ya

bastante tiempo al derramársele un galón de gasolina, prendiéndose con el cigarro del ayudante que le acompañaba.

En la necesidad de evitar peligros, platicando con él y su esposa nos platican que viven solos en su casa, pero que tienen 3 hijos ya casados, que viven cerca de su domicilio y que cuando surge alguna emergencia se molesta por impotencia de no poderse mover como él quisiera; toma algunas medidas de seguridad para evitar accidentes dentro del hogar, ya que no tiene necesidad de cumplir con horarios de oficina, ya que está jubilado, pero cuida de su salud, ya que visita al médico cada 2 meses para su control, cuando se tensa se torna triste, se angustia y se deprime. No observamos deformaciones congénitas, en su hogar su familia lo apoya para que pueda superar sus limitaciones, como ya no trabaja, asiste a la asociación de jubilados.

En la necesidad de comunicarse, conversando con él nos enteramos que tiene 56 años de casado con su esposa, que le preocupa su contribución económica en el hogar, ya que la pensión que cobra es muy baja, su esposa cobra una pensión más alta que él, y es prácticamente quien solventa las necesidades. Mantiene relaciones armoniosas con su familia, lo que permite que estén dispuestos a ayudarlo en su rehabilitación, tanto su esposa, como sus hijos y sus nietos. Le gusta conversar pero es reservado en cuanto a su enfermedad. Generalmente permanece solo de 17:00 a 19:00 horas, pero mantiene contacto social con sus compañeros y amigos, ya que se reúnen cada 15 días en la asociación y todos los días le acompañan a tomar café sus hijos y nietos. Durante la conversación pude percatarme que habla claro sin problemas, que mantiene una plática coherente, mira muy bien pero sí tiene disminuida la audición. Se lleva muy bien con su familia y tiene inclinación por sus nietas más pequeñas: Julieta y Caliope.

Al explorar su necesidad de vivir según sus creencias y valores nos hizo saber que es católico y que esto no le ocasiona ningún problema con su familia ni fuera de ella, que considera que es de suma importancia la honestidad, la equidad, el respeto, el amor y la comprensión; ser justo considera que es su mayor valor como persona, lo que hace que actúe según sus ideas.



Al estar en su casa pude darme cuenta que le gusta hacerle mimos a los niños, es cariñoso con sus nietos e hijos y nos enseñó una medalla de la Virgen de Fátima que usa en la bolsa de su pantalón para que lo proteja; reza durante quince minutos todos los días por la tarde cuando está solo y asiste a misa todos los domingos.

Respecto a su necesidad de trabajar y realizarse, dijo que es pensionado pero que es muy poco lo que percibe, que no le alcanza para cubrir todas sus necesidades pero que se apoya económicamente con su esposa; que se siente contento de ser miembro de la familia que tiene ya que lo quieren, lo respetan y se siente protegido. En lo personal pude comprobar que es calmado, tranquilo y solo se molesta cuando no se le permite hacer algo que pueda causarle perjuicio alguno.

En lo que refiere a su necesidad de jugar y participar en actividades recreativas nos manifestó que lo único que le gusta es visitar a sus amigos y escuchar música, que cuando se deprime se encierra en su cuarto, que conoce los centros de recreación pero que no los frecuenta y piensa que esto se debe a que tiene parcialmente deteriorado el sistema neuromuscular, es muy tranquilo pero no aburrido, pues le gusta recordar su pasado.

Y al finalizar su valoración al investigar su necesidad de aprendizaje nos platicó que fue ya de adulto a la escuela nocturna y que estudió hasta el segundo año de secundaria, que le es fácil aprender y que de preferencia gusta de leer novelas costumbristas que conoce los centros de apoyo cultural pero que no hace uso de ellos. Manifestó interés por aprender a mejorar su salud, refiere que solo toma sus medicamentos y realiza lo que su médico le sugiere, ya que tiene parcialmente alterado el sistema nervioso, conservando bien los sentidos, a excepción del auditivo, que ya lo tiene disminuido. Conserva buena memoria, reciente y remota.

## 2. JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES

Esta se realiza en base a los diagnósticos de enfermería y el grado de dependencia o independencia que la persona presenta, así tenemos que en primer lugar atenderemos la deficiencia de la oxigenación, considerado por la NANDA como el estado en el que la inspiración y/o la expiración del individuo no permiten una ventilación adecuada y encontramos que hay una alteración, ya que presenta agitación con el ejercicio y refiere dolor de piernas y cefalea, lo cual lo hace parcialmente dependiente en esta necesidad por falta de voluntad, por no tener el hábito de ejercitarse con disciplina.

En segundo lugar, consideramos a la alteración de la nutrición que es el estado en que el individuo tiene una ingesta de nutrientes insuficientes para cubrir sus necesidades metabólicas y que si no se atiende pronto, podría favorecer el incremento en la pérdida de peso que repercutiría en la pérdida del bienestar; por todo lo anterior se considera parcialmente dependiente en esta necesidad por falta de conocimiento, ya que no conoce la importancia del aporte nutricional adecuado.

En tercer lugar, consideré a la alteración en la alineación corporal o sea que presenta limitación de la capacidad para el movimiento, ya que hay disminución de la fuerza y mala coordinación y cuya mejoría redundará en una mejor postura, alineación y marcha adecuada; en esta necesidad se valora parcialmente dependiente por falta de fuerza, ya que presenta disminución de la fuerza y el tono muscular de hemicuerpo derecho.

En cuarto lugar, citaremos a la disfunción en eliminación intestinal, debido a que en ocasiones presenta cambio en los hábitos intestinales normales, disminuyendo la frecuencia de la defecación con presencia de heces duras y secas, que lo hacen estar catalogado como parcialmente dependiente en esta necesidad, por falta de voluntad, ya que lo único que requiere es ingerir más líquidos, frutas y verduras que contengan fibra y favorezcan la eliminación.

En quinto lugar colocaremos a la inadecuada participación, ya que presenta disminución del estímulo, el interés y la participación en actividades recreativas, razones por las que se torna retraído y apático en esta necesidad de jugar y participación en actividades recreativas, haciéndolo dependiente por falta de conocimientos, ya que no tiene la debida información de la importancia de la salud mental.

En sexto lugar, tenemos a la inadecuada comunicación por sentimientos negativos sobre las capacidades propias que puedan ser expresadas directa e indirectamente, que lo aíslan y lo hacen sentirse triste por todo lo expresado anteriormente, se le considera parcialmente independiente, por falta de conocimientos, ya que no conoce la importancia que tiene la plática, el diálogo y el discurso entre los individuos.

En séptimo lugar encontramos la alteración de la protección, estado en el que un individuo experimenta una disminución en la capacidad para protegerse a sí mismo frente a amenazas internas o externas, tales como enfermedad o lesión. Considerando la pérdida de fuerza muscular, presencia de temblor acentuado de ambas manos y marcha defectuosa, se considera parcialmente dependiente en la necesidad de evitar peligros; por falta de fuerza, ya que ha perdido tono muscular del hemicuerpo derecho y hay mala coordinación para la marcha.

En octavo lugar, se valora la alteración en la termorregulación, considerada como la fluctuación entre la hipotermia y la hipertermia; en este caso generada por fluctuaciones en la temperatura ambiental, ya que dado a su edad avanzada, se hace más susceptible a los cambios bruscos de temperatura, esto lo hace ser parcialmente dependiente por falta de conocimiento, ya que desconoce la importancia de protegerse de las corrientes directas de aire y protegerse con ropa adecuada que atenúe las molestias que esto le causa.

En noveno lugar, citaremos la deteriorada realización que podemos describir como la limitación que presenta el individuo para realizar algunas actividades, ya que en este caso particular, por presentar limitaciones físicas para hacer lo que le gusta, manifiesta

enojo, por lo que lo consideré parcialmente dependiente en la necesidad de trabajar y realizarse, ya que a él le gusta la carpintería pero ante la evidencia de afrontar riesgos, ya no le permiten que realice esta actividad. Así que la parcial dependencia se atribuye a falta de fuerza, debido al deterioro neuromuscular.

En décimo lugar anotaré la higiene y protección de la piel, ya que lo considero independiente en esta necesidad, debido a que tiene buenos hábitos higiénicos, buena presentación y siempre está bien aliñado.

Ahora bien, en décimo primer lugar, nombraré a la necesidad de descanso y sueño en la cual también lo encontré que es independiente, debido a que su patrón de sueño es bueno, con sueño de calidad, lo que le permite descansar adecuadamente.

En duodécimo lugar, colocaré a la necesidad de vivir de acuerdo a sus creencias, considerándolo independiente, al demostrar que su manera de actuar es congruente con sus ideas, manteniendo sus espacios de intimidad con el ser superior en el que él cree.

Ocupa el decimotercer lugar su necesidad de usar prendas de vestir adecuadas, por vestir de acuerdo a su gusto, edad y posibilidades, proyectando en su vestir su estado de ánimo, manteniendo el buen gusto, discreto pero elegante, lo cual lo hace independiente en este rubro.

Y para finalizar, daremos el decimocuarto lugar a la necesidad de aprendizaje, en la que es independiente por considerar que su grado de madurez ya está desarrollado, lo que lo hace sensato y actuar de manera responsable con él mismo.

### **3. PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO**

#### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

1.- Disfunción de la oxigenación, relacionado con el ejercicio manifestado por dolor de piernas y cefalea.

#### **OBJETIVO**

- Mejorar la función respiratoria.

#### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

- Planear conjuntamente con él, una sesión de respiración profunda, de acuerdo a sus limitaciones.
- Planear de acuerdo con él mismo, caminatas cortas en espacios abiertos.
- Registrar el pulso y la frecuencia cardiaca durante el desarrollo de las actividades planeadas.

#### **OBSERVACIONES**

- La persona deberá manifestar ausencia de jadeo al respirar.
- La persona disminuirá el grado de dolor.

Diagnóstico 2.- Alteración de la nutrición relacionado con bajo aporte nutricional manifestado por bajo peso corporal.

#### **OBJETIVO**

- Mejorar el aporte nutricional.
- Aumentar el peso corporal de acuerdo a su edad y talla.

## **INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA**

- Planear junto con él un menú más rico en nutrientes, considerando sus preferencias y gustos.
- Planear 3 comidas formales y colaciones entre una y otra, basado en frutas y refresco, café o té.
- Educación sobre la importancia de los beneficios de mantener el peso ideal.
- Control de peso cada 3er. día.
- Estimulándolo frecuentemente cuando tome la dieta.

## **OBSERVACIONES**

- La persona podrá aumentar su peso hasta alcanzar su peso ideal.
- Deberá modificar sus hábitos alimenticios.

Diagnóstico 3.- Disfunción en la eliminación intestinal relacionado con sedentarismo, manifestado por evacuación dificultosa.

## **OBJETIVO**

- Disminuir el riesgo de mayores complicaciones intestinales.
- Aumentar la frecuencia o cantidad de las evacuaciones.
- Planear los ejercicios que le faciliten la evacuación.

## **INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA**

- Educarlo sobre la importancia de una buena digestión, favoreciéndola con el consumo de verduras y frutas de alto residuo.

## **OBSERVACIONES**

- La persona mejorará su función de excreción.
- La persona deberá modificar su actitud con relación a sus hábitos alimentarios.

Diagnóstico 4.- Alteración de la alineación corporal relacionado con pérdidas de fuerza muscular de lado derecho manifestado por marcha defectuosa y cansancio al permanecer mucho tiempo de pie.

## **OBJETIVO**

- Mejorar la fuerza y el tono muscular de las extremidades de lado derecho.
- Mejorar sus dolencias.

## **INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA**

- Masaje con un vibrador de pilas.
- Planear la actividad de ejercicios durante 30 minutos diariamente por la tarde.
- Planear junto con él los ejercicios con objetos de bajo peso y resistencia para la pierna y el brazo derecho.
- Planear con él una actividad de ganeo durante 10 minutos diarios
- Educarlo sobre la importancia de los beneficios de la relajación.

## **OBSERVACIONES**

- La persona deberá mejorar su postura su marcha, y su alineación corporal.
- Deberá recobrar la fuerza y el tono muscular de las extremidades.

Diagnóstico 5.- alteración en la termorregulación relacionada con sensibilidad a los cambios de temperatura manifestado por sensación de frío.

### **OBJETIVO**

- Mejorar la adaptación a los cambios de temperatura.

### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA**

- Educarlo sobre la importancia de los beneficios de usar prendas de vestir que le ayuden a mantener la temperatura.
- Educarlo sobre la importancia y los beneficios de evitar enfermedades respiratorias
- Educarlo sobre los beneficios de protegerse de las corrientes directas de aire frío.

### **OBSERVACIONES**

- La persona podrá disminuir el riesgo de afecciones respiratorias.
- La persona aprenderá a usar las prendas adecuadas a las condiciones ambientales.

Diagnóstico 6.- Alteración de la protección relacionada con perdidas de fuerza muscular manifestada por temblor acentuado de las manos.

### **OBJETIVO**

- Mejorar la estabilidad de los movimientos encontrados.

### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA**

- Educar a él y la familia sobre la importancia de los beneficios de realizar actividades de precisión y coordinación.



- Educarlo sobre la importancia de los beneficios de no realizar actividades riesgosas.

### **OBSERVACIONES**

- La persona aprenderá a coordinar sus movimientos.
- La persona aprenderá a evitar situaciones de riesgo.

Diagnóstico 7.- Inadecuada comunicación relacionada con aislamiento manifestada por tristeza.

### **OBJETIVO**

- Integrarlo a su entorno.
- Hacerle más agradable la vida.

### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA**

- Planear con la familia y él, actividades de grupo.
- Educar a él y la familia sobre la importancia de los beneficios del discurso y el dialogo.

### **OBSERVACIONES**

- La persona aprenderá a integrarse socialmente.
- La persona reducirá el grado de estrés.

Diagnóstico 8.-Deterioro en su realización relacionado con limitaciones para hacer lo que le gusta manifestado por enojo.

### **OBJETIVO**

- Proporcionarle apoyo para que supere las limitaciones.
- Integrarlo a sus actividades.

### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA**

- Planear con él y la familia actividades de trabajo.
- Educarlo sobre la importancia de los beneficios de la compañía para realizarlas.

### **OBSERVACIONES**

- La persona aprenderá a manejar sus emociones a corto plazo.

Diagnóstico 9.- Inadecuada participación relacionada con apatía manifestada por retraimiento.

### **OBJETIVO**

- Integrarlo a un grupo organizado.
- Fomentar en él, el deseo por alguna actividad organizada.

### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA**

- Planear conjuntamente con su esposa visitas del grupo al que asiste.
- Planear con él y la familia actividades organizadas de recreación y lúdicas.

## **OBSERVACIONES**

- La persona podrá integrarse a actividades grupales.
- La persona podrá ser más sociable.
- La persona podrá desarrollar sus formas de comunicación.

#### **4. REGISTRO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA**

##### **RESUMEN DEL 12 AL 16 DE JUNIO DEL 2000**

###### **Lunes 12 de junio**

Se realiza registro de signos vitales a las 5 de la tarde antes de iniciar la caminata reportando T.A. 100/70, P-72X', T-36 °C, F.R-18X', luego realizamos un paseo de su casa al parque de la iglesia de su barrio caminando aproximadamente durante 20 minutos y una distancia de alrededor de 500 metros y al volver a su hogar realicé un nuevo registro de signos vitales encontrando ligera variación en ellos ya que reporto T.A. 100/80, p-86x', T. 36° c, F.R.-24 X'.

Luego platicamos por espacio de media hora en compañía de su hija quien le realizó una demostración de TAI-CHI para que aprenda a respirar profundo y le de movimiento a sus articulaciones con movimientos pasivos.

###### **Martes 13 de junio**

A las 8:00 horas su esposa le acompaña realizando juntos los ejercicios aprendidos el día anterior, y por la tarde que le visité, platiqué con el y su familia sobre la importancia de una alimentación adecuada para mantener su bienestar, aumentando el consumo de yuca, apio, habas y frutas como papaya, naranja, ciruelas y albaricoques.

También le informe que las caminatas se efectuarán 3 veces por semana y el sugirió que fuesen lunes, miércoles y viernes por la tarde de las 5:00 de la tarde en adelante.

También comunique a la familia que debería aumentar el número de comidas programándole desayuno a las 8:00 horas, colación con frutas a las 11:00 horas

comidas a las 14:00 con sopas, guisados, ensaladas y postre; a las 19:00 horas la cena con huevos en la forma que él quiera, cereales con leche, y pan como el acostumbra, y que de ser posible tomara algo aunque fuese una fruta antes de dormir.

### **Miércoles 14 de junio**

17:00 hrs. le hice el registro de signos vitales antes de proceder al paseo programado reportando T.A. 100/70, P-76x', T-36 °C Y F.R.-20X' caminamos pero esta vez hacia el centro de la ciudad, le lleve al parque central invitándole una exposición de pinturas en la casa del recuerdo de Tuxtla pasamos ahí como 30' volviendo a su casa a las 19:30 horas, comunicándome que esta vez le había gustado más el paseo.

### **Jueves 15 de junio**

Nos pusimos de acuerdo con su esposa, sus nietas y los amigos de su esposa, del equipo de Cachi-bol quienes le visitaron en su casa para platicarle sus experiencias de su participación en el equipo para ver si era posible que aceptará integrarse al equipo, estuvo muy contento durante la reunión pero no se convenció de integrarse al equipo.

### **Viernes 16 de junio**

A las 7:00 horas de la mañana, acompañé a su esposa al deportivo y mientras ella entrenaba ya que su esposa es integrante del equipo de atletismo del I.N.S.E.N., él caminó durante 1 hora volviendo del deportivo a las 10:30 horas de la mañana.

Ese mismo día su esposa le preparó para la merienda un rico pastel de manzana el que disfrutamos alegremente por la tarde cuando acudí a su casa para hacerle

una plática educativa sobre los cuidados de su salud, protegiéndose con ropa adecuada para cubrirse del frío y la importancia de evitar las corrientes directas de aire para prevenir afecciones respiratorias.

## **RESUMEN DEL 19 AL 23 DE JUNIO DEL 2000**

### **Lunes 19 de junio**

Acudí a su casa por la tarde para ofrecerle una fotocopia de los ejercicios que se realizaron con el manual del programa del adulto mayor DIF, para que siga las recomendaciones necesarias para evitar que se pueda lastimar al realizarlos. A las 18:00 horas llegaron sus hijos y nietos para felicitar a su nuera y me fueron presentados todos los miembros de la familia; momentos que aproveché para involucrarlos en el apoyo a su padre.

### **Martes 20 de junio**

Fuimos junto con sus nietas Julieta y Caliope a una demostración de danzón en las instalaciones del centro recreativo y cultural del ISSSTE, al que asisten las muchachas y quedó muy complacido, refiriendo que a ese grupo sí le gustaría integrarse.

### **Miércoles 21 de junio**

Se realiza un registro de signos vitales, pues nos disponemos a realizar la caminata y lo encontré estable, con T.A. 110/70, P.-72x', T-36°C, F.R.-20. Hicimos un recorrido por las calles de su barrio, caminando alrededor de 30 minutos y una distancia de 500 metros. Al volver invitamos a su hijo que se integrara con nosotros para jugar damas chinas.

### **Jueves 22 de junio**

Le llevé una cajita con cuentas de madera de diferentes formas para que fuera metiendo en el sitio que le correspondía. Eran estrellitas, triángulos y pequeñas para que se ejercite en la coordinación, trabajamos por espacio de 30 minutos y

posteriormente se puso a pintar una cajita de madera que hizo para Julieta, su nieta, para que guarde sus accesorios para el cabello.

### **Viernes 23 de junio**

Caminamos por los andenes del Río y me fue platicando cómo era la vida de los tuxtlecos cuando era niño, que todos los vecinos se conocían y se visitaban, se sentaban en la puerta de sus casas para ver pasar a la gente que transitaba por ellas, así fue que de regreso le dije que le agradecía mucho a él y a su familia que me hubiera ayudado a desarrollar todas las actividades programadas y que posteriormente le seguiría visitando para poder cerciorarme que continuara con sus rutinas.



## 5. EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS

Al evaluar las actividades después de 2 semanas de trabajar con la persona a quien ofrecí mis servicios y le realicé los cuidados junto con su familia, puedo decir que respecto del diagnóstico de la necesidad de oxigenación, el objetivo se alcanzó parcialmente, ya que el señor realiza sus caminatas como se programaron, ya no se agita cuando caminamos pero todavía presenta dolor en las piernas debido a que es muy poco el tiempo que lleva realizando las caminatas, aunque la cefalea ya no le molesta.

Respecto a la necesidad de nutrición e hidratación, sí se alcanzaron los objetivos totalmente, ya que el señor come más y mejor, ya que ha podido subir 600 gramos en 2 semanas, lo cual quiere decir que podrá llegar a su peso ideal en corto plazo; la orina ha aumentado un volumen aceptable de 1,200 ml. en 24 horas.

A este respecto le dejamos una carta de menú calculada para él con una dieta de 2,000 kilocalorías por día.

Ahora bien, en cuanto a la disfunción en la eliminación, también se obtuvieron buenos resultados, ya que al mejorar su alimentación con una dieta de alto residuo, el señor mejoró su eliminación evacuando 2 veces al día sin ninguna molestia.

Respecto a la alteración en la alineación corporal, se puede decir que va mejorando la fuerza y el tono muscular, aunque es muy poco tiempo trabajando para poder alcanzar óptimos resultados, por lo que considero que este objetivo se alcanzará a mediano o largo plazo, ya que la rehabilitación, es tardada.

En cuanto a la alteración en la termorregulación se obtuvieron resultados aceptables a corto plazo, pues ya aprendió que lo único que tiene que hacer cuando haga frío o esté muy húmedo, es protegerse con prendas adecuadas que

le ayuden a guardar calor y no exponerse a las corrientes de aire frío ni a mojarse con la lluvia.

Así también en la alteración de la protección, alcanzamos parcialmente el objetivo, ya que aunque él ya comprendió la importancia que tiene no realizar actividades riesgosas, hay veces que no hay nadie en la casa con él y tiene que realizar las actividades que son peligrosas como subir a la azotea por una escalera que no es fija.

Pero en cuanto a realizar lo que a él le gusta como es la carpintería, uno de sus nietos se ofreció a que cuando quisiera hacer algo le llamara para que lo ayude.

En cuanto a la inadecuada comunicación aquí se lograron los objetivos ya que aprendió que no tiene porqué esconderse de los demás, ya que tener limitaciones como las que él presenta le puede suceder a cualquiera y vimos cómo ahora ya sale con más frecuencia a visitar a sus compadres que viven en la misma manzana de su casa para platicar con ellos, lo cual nos causó mucha satisfacción.

De igual forma considero que en el diagnóstico de deteriorada realización se alcanzaron parcialmente los objetivos, ya que ahora acompaña a su esposa al mercado para realizar las compras, trayecto que caminan a pie y que les permite platicar, aunque no deja de enojarse cuando algo no le sale como a él le gustaría sobre todo cuando sucede algo en lo que no puede ayudar como quisiera.

Y en cuanto a la inadecuada participación, considero que va por buen camino, ya que aunque no quiso integrarse al grupo de deportistas "Jóvenes de Corazón" al que pertenece su esposa, sí aceptó acompañar a sus nietas al centro deportivo y cultural donde toman clases de danza, esperando que él también se integre a este grupo, ya que manifestó su preferencia por esta actividad, por lo que es posible que a mediano plazo se decida a participar.

Resumiendo, puedo decir que me siento satisfecha de los logros obtenidos, esperando que pronto pueda ser independiente en su totalidad y realice todo lo que él ha deseado hacer, así pues, le dejé una copia de los ejercicios a realizar para que la pegue en un sitio visible y de fácil acceso para él mismo que permita visualizar las rutinas isotónicas, isométricas y de flexibilidad.

## 6. PLAN DE ALTA

Después de evaluar los resultados de los cuidados que se proporcionaron al adulto mayor a quien se aplicó el proceso, puedo concluir que las necesidades donde los objetivos no se alcanzaron al 100% requiere de un calendario de acciones que deberá continuar realizando con el apoyo familiar hasta alcanzar su independencia total es por ello que:

1. Se le entrega una copia del menú semanal elaborado para él, con el objeto de que continúe tomando la dieta y alcance el peso ideal para su edad y talla, proceso en el cual se comprometió su esposa con él para seguir realizándole la misma dieta y proporcionarle el apoyo necesario, cosa que redundará también en una mejor eliminación.
2. Respecto a la respuesta en cuanto a la alineación corporal; se le entregó una copia de los ejercicios para fortalecer los músculos, realizándolos con ligas y pelotas de cierta resistencia en lo que su hija gustosamente se comprometió con él para apoyarlo hasta su independencia total; lo mismo que acompañarlo es sus caminatas diarias las que realizarán, los lunes, miércoles, y viernes de cada semana a las 7:00 horas de la mañana no mayor de 1,000 metros de distancia.

En tanto que para la alteración en la protección donde se alcanzo parcialmente el objetivo; su nuera que es quién se queda en casa se comprometió estar pendiente de él para evitar que pueda realizar actividades que pongan en riesgo su integridad.

Y en cuanto a su integración a su grupo para realizar una actividad su nieta Caliope, le convenció para que sea su pareja en el grupo de danzón proposición que acepto con agrado. Lo que nos permite decir que a mediano plazo, apoyado

por su familia será más independiente y habrá modificado su actitud cosa que nos llena de entusiasmo ya que nos permite afirmar que los cuidados personificados dan buenos resultados.

## VI. CONCLUSIONES

En este nuevo milenio era de la robótica los avances científicos y tecnológicos obligan a todas las ciencias volver la mirada y hacer un balance de su quehacer diario, es por ello la enfermería acorde con la evolución de la época se obliga a ser más dinámica, más objetiva, más crítica; de manera tal que pueda estar a la altura de las circunstancias requeridas en el campo profesional por todo esto los cambios realizados se enfocan a la realización del proceso de enfermería basado en una teoría que delimite su propio quehacer; para que todo profesional profundice y maneje los conocimientos teóricos y metodológicos que sirvan de soporte a su práctica y le permitan conocer y reconocer al individuo en una dimensión holística que le permita traducirse en un cuidado integral con calidad y calidez.

El realizar este proceso considerando los postulados de la teoría de Virginia Henderson; implica conocer los conceptos fundamentales de su teoría como son: persona, salud, entorno, enfermería y rol profesional; que nos permiten valorar las necesidades básicas de cualquier persona en todas sus dimensiones; si bien es cierto que manejar estos conceptos se hace difícil y complejo debido a la poca habilidad que se posee para ello, también es cierto que son elementos básicos, fundamentales para el conocimiento y desarrollo de otras teorías e investigaciones en el futuro.

El proceso de enfermería basado en una teoría nos permite reflexionar y analizar cada una de sus etapas y exige de nosotros la actualización constante para poderlo comentar y discutir con otros profesionales en este caso particular me ha permitido diseñar y comentar con los familiares del adulto mayor a quien se aplicó: el plan de cuidados a seguir.

Durante el desarrollo del mismo pude conocer y desarrollar a un nivel teórico y metodológico la forma de ejercer la enfermería profesional; la falta de conocimientos de estos aspectos me ocasionaron serios contratiempos que pude

resolver buscando mayor información; dándome cuenta que falta mucho aún para alcanzar el conocimiento de la enfermería en su plenitud que nos permita colocarla a un nivel profesional indiscutible, desarrollando modelos y teorías de enfermería nuevos con una visión dirigida hacia el cuidado de la salud del individuo sano o enfermo de manera personalizada o en grupo. Así mismo me permitió comprobar que el proceso de enfermería se basa en el concepto holístico de la enfermería permitiéndonos valorar las necesidades individuales y diseñar un plan de cuidados específicos para cada persona, que valida al proceso como una práctica específica de enfermería independientemente del tratamiento médico. Pude constatar además que se necesita desarrollar la habilidad para la identificación de las necesidades y planteamiento de los diagnósticos de enfermería; pero me siento satisfecha del trabajo realizado ya que al cuestionar mis conocimientos y habilidades me hizo obtener considerables avances en mi desarrollo, motivándome a seguir adquiriendo nuevos conocimientos que sirvan de soporte a mi práctica profesional.

## VII. SUGERENCIAS

- ✓ Integrar al programa de estudios de enfermería el proceso como una materia más y no como una parte de ella.
- ✓ Que el proceso sea difundido entre el personal de enfermería que labora dentro de las instituciones de salud para que su uso y práctica se haga obligatorio; permitiendo dar cuidados de calidad y una proyección profesional a la enfermería.
- ✓ Que las instituciones educativas formadoras de recursos humanos para el campo de la salud, implementen mesas de debate para la discusión y desarrollo de un modelo acorde a nuestra sociedad y su idiosincrasia.
- ✓ Que las asociaciones integradas de enfermería pugnen y promuevan ante las autoridades competentes la implementación del proceso a nivel nacional.



# ANEXO-1

## FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
Procedencia: \_\_\_\_\_ Fuente de información: \_\_\_\_\_  
Fiabilidad(1-4): \_\_\_\_\_ Miembro de la familia/persona significativa: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_

## VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

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

### a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: \_\_\_\_\_ Tos productiva/seca: \_\_\_\_\_ Dolor asociado con la respiración: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: \_\_\_\_\_

Tos productiva/seca: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia: \_\_\_\_\_

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal : \_\_\_\_\_

Circulación del retorno venoso: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

## b) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual(tipo): \_\_\_\_\_ Número de comidas diarias: \_\_\_\_\_

Trastornos digestivos: \_\_\_\_\_

Intolerancia alimentaria/alergias: \_\_\_\_\_

Problemas de la masticación y deglución: \_\_\_\_\_

Patrón de ejercicio: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Turgencia de la piel: \_\_\_\_\_

Membranas mucosas hidratadas/secas: \_\_\_\_\_

Características de uñas/cabello: \_\_\_\_\_

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: \_\_\_\_\_

Aspecto de los dientes y encías: \_\_\_\_\_

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## c) Eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: \_\_\_\_\_ características de las heces, orina y menstruación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: \_\_\_\_\_

Uso de laxantes: \_\_\_\_\_ Hemorroides: \_\_\_\_\_

Dolor al defecar/menstruación/orinar: \_\_\_\_\_

Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: \_\_\_\_\_

Objetivo

Abdomen/características:

\_\_\_\_\_

Ruidos intestinales: \_\_\_\_\_

Palpitación de la vejiga urinaria: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 en el tiempo libre: \_\_\_\_\_

Hábitos de descanso: \_\_\_\_\_

Hábitos de trabajo: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: \_\_\_\_\_

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: \_\_\_\_\_

Posturas: \_\_\_\_\_

Ayuda para la deambulación: \_\_\_\_\_

Dolor con el movimiento: \_\_\_\_\_

Presencia de temblores: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia: \_\_\_\_\_

Estado emocional: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## b) Descanso y sueño

Subjetivo:

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

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: \_\_\_\_\_  
Ojeras: \_\_\_\_\_ Atención: \_\_\_\_\_ Bostezos: \_\_\_\_\_ Concentración: \_\_\_\_\_  
Apatía: \_\_\_\_\_ Cefaleas: \_\_\_\_\_  
Respuesta a estímulos: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

¿Influyen en 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 de acuerdo a su edad: \_\_\_\_\_  
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: \_\_\_\_\_  
Vestido incompleto: \_\_\_\_\_ Sucio: \_\_\_\_\_ Inadecuado: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

### e) 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 mano antes y después de comer: \_\_\_\_\_ Después de eliminar: \_\_\_\_\_

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

Objetivo:

Aspecto general: \_\_\_\_\_

Olor corporal: \_\_\_\_\_

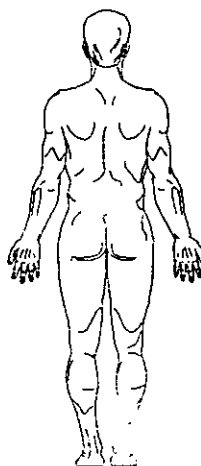
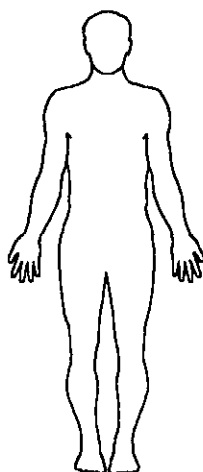
Halitosis: \_\_\_\_\_

Estado del cuero cabelludo: \_\_\_\_\_

Lesiones dérmicas, que tipo: \_\_\_\_\_

(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros: \_\_\_\_\_



### d) Necesidad de evitar peligro

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 la situaciones de tensión en su vida: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objetivo:

Deformidades congénitas: \_\_\_\_\_  
Condiciones del ambiente en su hogar: \_\_\_\_\_  
Trabajo: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

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

**a) necesidad de comunicarse**

Subjetivo:

Estado civil: \_\_\_\_\_ Años de relación: \_\_\_\_\_ Viven con: \_\_\_\_\_

Preocupaciones/estrés: \_\_\_\_\_ Familiares: \_\_\_\_\_

Otras personas que pueden ayudar: \_\_\_\_\_

Rol en la estructura familiar: \_\_\_\_\_

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: \_\_\_\_\_

Cuánto tiempo pasa sola: \_\_\_\_\_

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Habla claro: \_\_\_\_\_ Confusa: \_\_\_\_\_

Dificultad en la visión: \_\_\_\_\_ Audición: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores**

Subjetivo:

Creencias religiosas: \_\_\_\_\_

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: \_\_\_\_\_

Principales valores en su familia: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

¿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/calmando/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico:

Otros: \_\_\_\_\_

## ANEXO-2

### FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: Jonapá Mayor Samuel Edad: 78 Peso: 62 Talla: 1.68  
Fecha de nacimiento: 22-01-31 Sexo: M Ocupación: Jubilado, pensionado  
Escolaridad: 2º sec. Domicilio: 7ª norte poniente 550 -  
Procedencia: Tuxtla Gutiérrez Fuente de información: el mismo  
Fiabilidad(1-4): 4 Miembro de la familia/persona significativa: su hija

### VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

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

#### b) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: Ejercicio Tos productiva/seca: seca Dolor asociado con la respiración: cuando hace ejercicio queja de cefalea y dolor de piernas

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: T.A.110/70 P-72x-T.-36°C R-18X'  
mantiene pulso aceptable, central como periféricos aunque de mediana intensidad

Tos productiva/seca: por la mañana Estado de conciencia: Buena

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: con buena coloración

Circulación del retorno venoso: Deficiente por insuficiencia venosa

Otros: Presenta cansancio al permanecer en cuclillas o después de subir o bajar escaleras



## b) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual(tipo) Aguas frescas carne, huevos, cereal, frutas, verduras, leche Número de comidas diarias: 3

Trastornos digestivos: estreñimiento

Intolerancia alimentaria/alergias: a las comidas muy condimentadas le da ardor de estomago

Problemas de la masticación y deglución: a la deglución por secuela de isquemica transitoria

Patrón de ejercicio: Ninguno

Objetivo:

Turgencia de la piel: Húmeda, elástica

Membranas mucosas hidratadas/secas: Con buena coloración e hidratación

Características de uñas/cabello: Uñas sanas; cabello escaso por calvicie

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Tono muscular disminuido de hemicuerpo derecho por padecimientos antes mencionados

Aspecto de los dientes y encías: Sanas, dientes bien conservados

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: magullones generalmente que se reabsorben solos

Otros: Come despacio y poco; come siempre acompañado de su esposa

## e) eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: evacua 1 vez al día características de las heces, orina y menstruación: Heces pastosa, orina transparente y regular cantidad

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: Isquemía transitoria hace 14 años

Uso de laxantes: Ocasionales Hemorroides: No se observan

Dolor al defecar/menstruación/orinar: Ninguno

Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: presenta evacuaciones líquidas cuando se angustia

Objetivo

Abdomen/características: blando sin dolor a la palpación abdomen plano ya que es delgado

Ruidos intestinales: Normales buena motilidad

Palpitación de la vejiga urinaria: Sin, sin dolor a la palpación

Otros: \_\_\_\_\_

#### d) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Regular le molesta mucho el frío

Ejercicio/tipo y frecuencia: No realiza ningún tipo de ejercicio

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

Objetivo:

Características de la piel: Generalmente la mantiene tibia y húmeda

Transpiración: Normal

Condiciones del entorno físico: Es armonioso tiene comodidades espacio suficiente, cuanta con todos los servicios

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: Realiza sus cosas sólo

Actividades en el tiempo libre: Generalmente lee y ve televisión y escucha música

Hábitos de descanso: Sentado

Hábitos de trabajo: Realiza algunas actividades en el hogar como arreglar pequeños desperfectos eléctricos; o limpieza del patio de la casa. Le gusta la carpintería aunque ultimamente ya la realiza poco

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: Disminuida del lado izquierdo

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: Medianamente conservada

Posturas: Mala postura durante la marcha (arrastra la pierna)

Ayuda para la deambulaci3n: no la requiere

Dolor con el movimiento: Solo cuando se excede trabajando

Presencia de temblores: Si ambas manos Estado de conciencia: bueno; orientado en tiempo forma y espacio

Estado emocional: Se observa triste, aveces cansado

Otros: se cansa cuando permanece mucho tiempo acorruado o de pie

## b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: 16 a 20 horas      Horario de sueño: de 21:00 – 06:00 horas  
Horas de descanso: 4 horas      Horas de sueño: 9 horas  
Siesta: de 30 minutos      Ayudas: No la requiere aún  
¿Padece insomnio? Rara vez  
A qué se considera que se deba: A que se deprime.  
¿Se siente descansado al levantarse?: Generalmente si, ya que duerme bien, con sueño de calidad

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: Orientado; se estresa a veces  
Ojeras: No Atención: Buena Bostezos: Ocasionales Concentración: Buena  
Apatía: Al ejercicio Cefaleas: Frecuentes  
Respuesta a estímulos: Le irrita el ladrido de los perros y  
Otros: La bulla de las cotorras

## c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

¿Influyen en su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? Si ya que cuando esta alegre se viste de colores claros y cuando esta triste se viste con colores oscuros.  
¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? Si porque se siente a gusto con ellos y se siente bien con los demas  
¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? No, ya que se viste como a él le gusta  
¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario? No; el sólo la elige

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Si, le gusta estar presentable  
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Buena es independiente  
Vestido incompleto: No Sucio: No Inadecuado: No Otros: No

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? algunas  
En el hogar: si  
En el trabajo: ya no trabaja es jubilado  
¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? Visita al médico c/2 meses  
Cómo canaliza la situaciones de tensión en su vida: se deprime, se angustia, se toma triste

Objetivo:

Deformidades congénitas: ninguna  
Condiciones del ambiente en su hogar: la familia le apoya para que supere sus limitaciones  
Trabajo: ya no trabaja esta pensionado  
Otros: asiste a la asociación de jubilados

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

#### a) Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: casado Años de relación: 56 años Viven con: su esposa  
contribución económica  
Preocupaciones/estrés: le preocupa sus Familiares: las relaciones son armoniosas  
Otras personas que pueden ayudar: sus hijos y nietos  
Rol en la estructura familiar: tiene disponibilidad para conversar  
Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: en este sentido es  
algo reservado  
Cuánto tiempo pasa sola: generalmente de las 5 a las 7 de la tarde  
Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: se reúne c/15 días con  
sus compañeros de la asociación de jubilados, todos los días toma el café con sus hijos  
y nietos

Objetivo:

Habla claro: si Confusa: no  
Dificultad en la visión: ninguna Audición: disminuida  
Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: buena con sus nietos; Caliope y Julieta  
Otros: \_\_\_\_\_

**b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores**

Subjetivo:

Creencias religiosas: Católica  
¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: ninguno  
Principales valores en su familia: la honestidad, la equidad  
respeto, amor, comprensión  
Principales valores personales: ser justo  
¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: si, piensa  
y actúa según sus ideas

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir(grupo social religioso): ninguno  
¿Permite el contacto físico?: si le gusta hacerle mimos a los niños  
¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?: si usa  
una medalla de la virgen de Fátima en la bolsa del pantalón  
Otros: era durante 15 minutos diariamente por la tarde pero sólo  
asiste a misa todos los domingos

**c) Necesidad de trabajar y realizarse**

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: no Tipo de Trabajo: especifico ninguno  
¿Está satisfecho con su trabajo?: \_\_\_\_\_ ¿Su remuneración le permite cubrir  
sus necesidades básicas y/o las de su familia?: no ya que su pensión es reducida  
¿Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega?: si se considera protegido

Objetivo:

Estado emocional/calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico:  
es generalmente calmado  
Otros: se enoja cuando no se le deja hacer algo que pueda ocasionarle  
perjuicio alguno

## ANEXO - 3

### CONCLUSION DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Necesidad	Grado de dependencia	Diagnóstico de enfermería
1.- Oxigenación	I PD X D	Disfunción de la oxigenación relacionada con el ejercicio manifestado por dolor de piernas y cefalea
2.- Nutrición hidratación	I PD X D	Alteración en la nutrición relacionado con bajo aporte nutricio manifestado por bajo peso corporal
3.- Oxigenación	I PD X D	Disfunción en la eliminación intestinal relacionado con sedentarismo manifestado por dificultad al evacuar.
4.- Moverse y mantener una buena postura	I PD X D	Alteración en la alineación; corporal relacionado con pérdida de fuerza del lado derecho manifestado por marcha defectuosa y cansancio al permanecer mucho tiempo de pie.
5.- Descanso y sueño	I X PD D	
6.- Usar prendas de vestir adecuadas	I X PD D	
7.- Termorregulación	I PD X D	Alteración en la termorregulación relacionada con sensibilidad a los cambios de temperatura manifestado por sensación de frío.
8.. Higiene y protección de la de la piel	I X PD D	
9.- Evitar peligros	I PD X D	Alteración de la protección relacionado con pérdida de fuerza muscular manifestado por temblor acentuado de las manos, y marcha defectuosa.

10.- Comunicarse	I PD X D	Inadecuada comunicación relacionada con aislamiento manifestado por tristeza.
11.- Vivir según sus creencias y valores	I X PD D	
12.- Trabajar y realizarse	I PD X D	Deteriorada realización relacionada con limitaciones físicas para hacer lo que le gusta manifestado por enojo.
13.- Jugar y participar en actividades recreativas	I PD D X	Inadecuada participación relacionada con apatía manifestada por retraimiento.
14.- Aprendizaje	I X PD D	

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

## ANEXO 4

### PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES



## **ANEXO 5. COPIA DE EJERCICIOS**

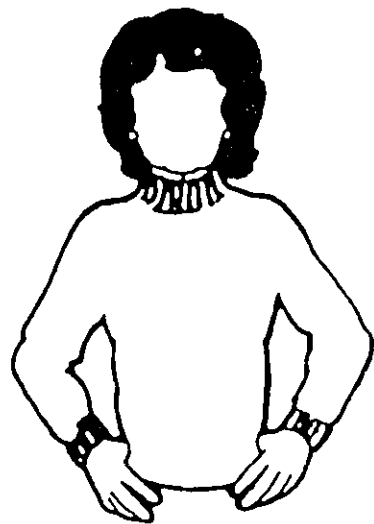
### **PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL DIF**

#### **MODELO DE PROGRAMA**

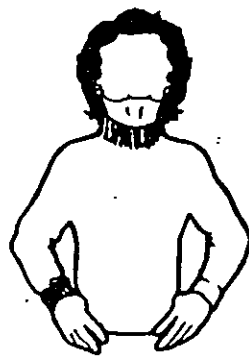
#### **TIPO DE EJERCICIOS**

Lo ideal de un programa es que se ejerciten todos los músculos de nuestro cuerpo, los siguientes ejercicios van a combinar tanto de tipo isotónico como isométrico, así como para fortalecer corazón y pulmones. El éxito del programa es que se aplique a cada ejercicio cierto grado de tensión, fuerza y energía. Repita cada ejercicio aumentando gradualmente su frecuencia según su capacidad de adaptación de dos, cinco, 10, 20 a 30 veces.

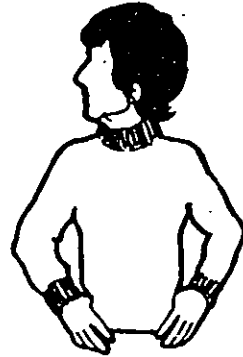
Ejercicio 1: Para fortalecer cuello: siéntese comfortable y rote la cabeza a la izquierda, regrésela al centro; lentamente rótelas a la derecha, regrese a la posición del principio; lentamente doble la cabeza hacia atrás lo más que pueda y lentamente hacia adelante hasta que la barba toque el pecho, no olvide usar un cierto grado de tensión en sus movimientos; repítalo varias veces desde dos hasta 10 veces.



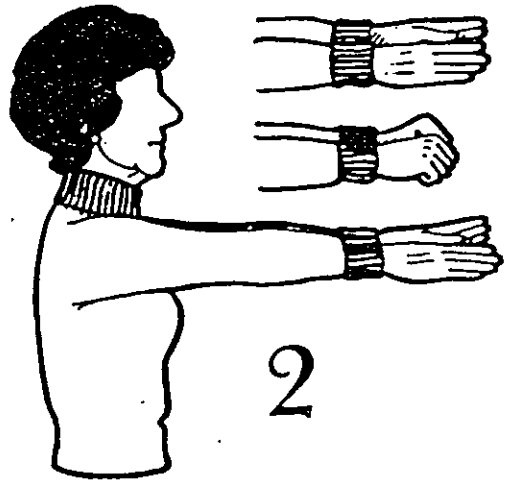
LA IMPORTANCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA



1

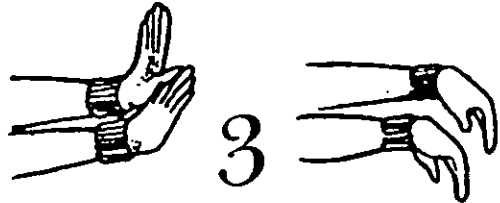


*Ejercicio 2:* Para fortalecer los dedos de las manos: Extienda los brazos enfrente a la altura del hombro con las palmas abajo, junte los dedos lentamente, y aflójelos; voltee las manos hacia arriba, apriete los dedos, aflójelos; cierre el puño, aflójelo, ábralo lo más posible; extienda los brazos hacia el frente, abra y cierre los brazos.



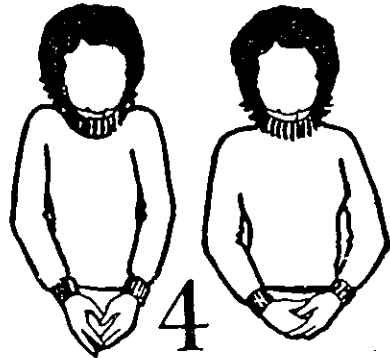
2

*Ejercicio 3:* Extienda los brazos hacia adelante y ponga las puntas de los dedos tocándose, apunte con sus dedos hacia el cielo levantando los brazos lo más posible, apunte los dedos hacia el piso, repita este ejercicio varias veces.



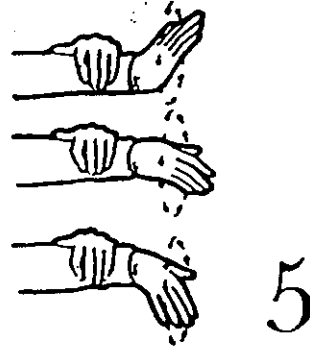
3

*Ejercicio 4:* Para dar tono a los hombros y a la espalda: Forme un puño y apóyelo sobre la mano del brazo contrario, apriete, empuje con su puño y trate de oponer resistencia con la palma de la otra mano; cambie de posición y repítalo, haciendo fuerza en este caso con el brazo izquierdo sobre el derecho; levante los brazos y haga el ejercicio a la altura de su cara, del cuello y del tórax.

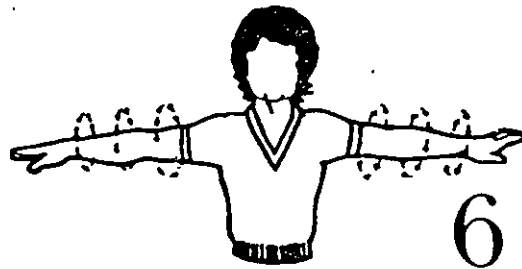


4

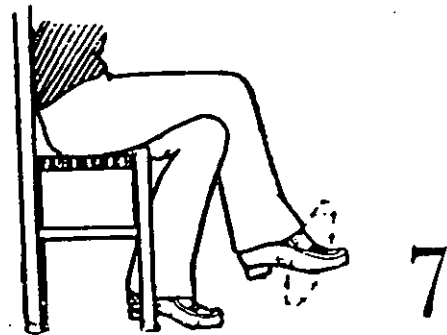
**Ejercicio 5:** Ejercicio de las muñecas: Debe rotar las muñecas con los brazos abiertos en dirección de las manecillas del reloj y regresarlas nuevamente contra las manecillas del reloj.



**Ejercicio 6:** De pie levante los dos brazos y rótelos desde los hombros en pequeños círculos hacia adelante y hacia atrás, como si estuviera nadando, al principio círculos muy pequeños y después mayores.

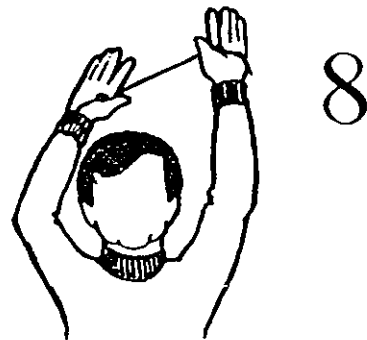


**Ejercicio 7:** Para el tobillo y para el pie: Siéntese, cruce la pierna sobre la rodilla opuesta, rote el pie lentamente haciendo círculos completos lo más grandes posible.



**Ejercicio 8:** Ejercicios de flexibilidad: Para estos ejercicios necesitamos una liga gruesa del tipo ligadura que usan las enfermeras para la aplicación de inyecciones intravenosas (consígala de aproximadamente un metro y medio) vamos a usarla en varios modos:

a) En el primer caso en toda su extensión sin anudarla, levante los brazos



## LA IMPORTANCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA

sobre la cabeza con las manos apuntando hacia el techo y tome la liga y trate con una mano de elevarla y con la otra de bajarla, estirando la liga una vez hacia arriba y otra hacia abajo; cambie de brazo una vez hacia arriba y otra hacia abajo.

b) Levante las dos manos con la liga muy bien sujeta y trate de separar los brazos haciendo presión y extendiendo la liga.

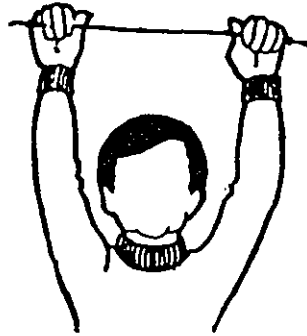
c) Levante ambos brazos por atrás de la cabeza, con la liga por detrás haga tensión, trate de estirar la liga abriendo los brazos. Estos ejercicios van a fortalecer los hombros, los codos y las muñecas.

d) Poniendo nuevamente el brazo y la mano por detrás del cuello trate de estirar el brazo contrario con su liga, al grado de abrirla sin mover uno de los brazos, cambie de posición.

e) Levante los brazos por delante del pecho a nivel de los hombros con los codos doblados y tome su liga, ponga la mano izquierda al centro del pecho y tomando la liga trate de extender el brazo derecho a toda su extensión; cambie de brazo.

f) Para fortalecer la parte baja de los brazos: Ponga los brazos a la altura de la cadera tomando la liga y trate de abrirla lo más posible.

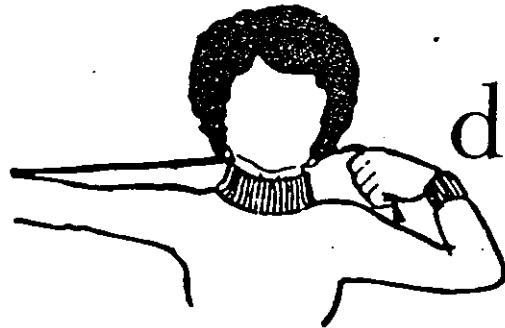
g) Para los brazos y músculos de la espalda: Siéntese en una silla y encorvándose hacia adelante acomode la liga por debajo del arco del pie derecho; teniendo el pie firmemente fijo en el piso, trate de levantarse hacia su posición erecta, cámbiese y repita con el pie izquierdo.



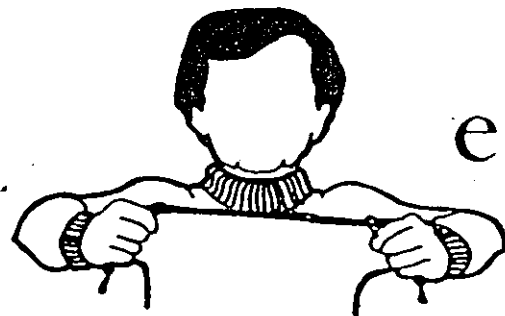
b



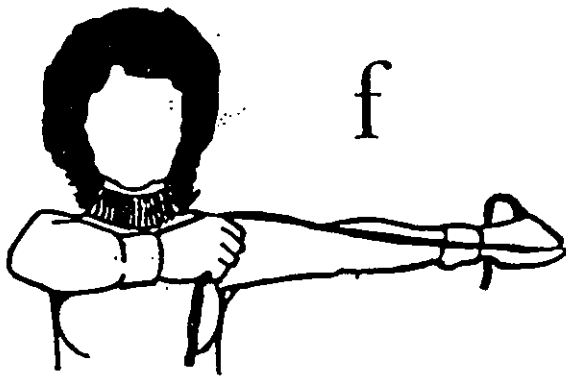
c



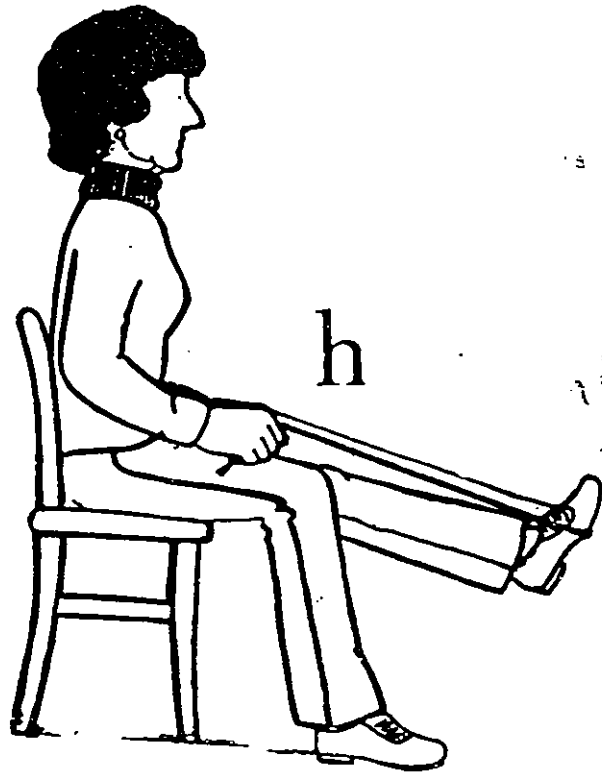
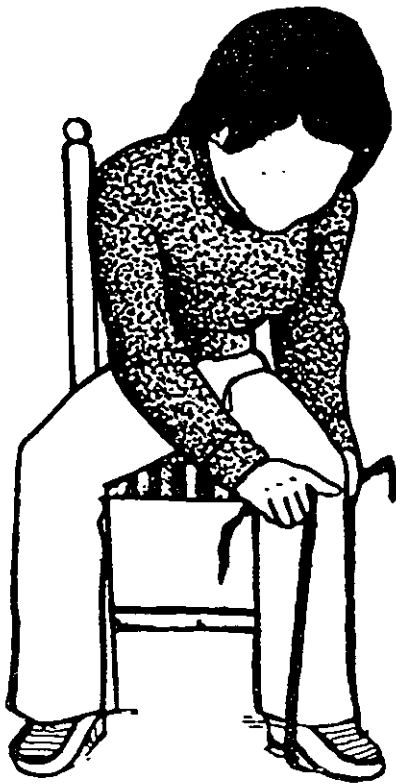
d



e



*h)* Para dar flexibilidad a la pierna: Teniendo igual la liga por debajo del pie, siéntese erecto y eleve su pierna hasta que la rodilla esté derecha, repita con la otra pierna.

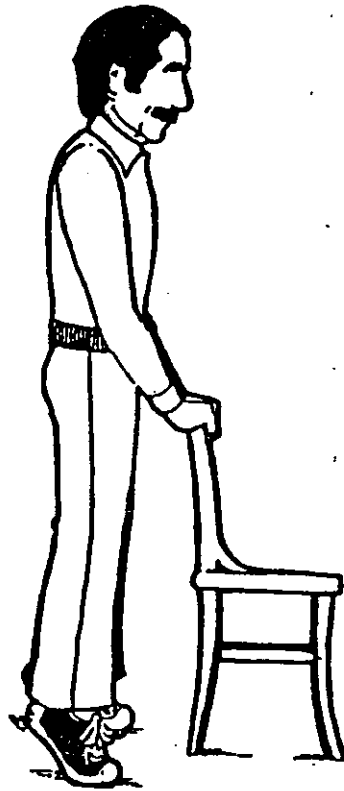


LA IMPORTANCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA

**Ejercicio 9:** Para fortalecer la parte interior de las piernas y los tobillos: Póngase de pie en posición erecta detrás de una silla y ponga sus manos en el respaldo, doble las rodillas hasta que esté en cuclillas y levántese apoyándose en los dedos de los pies, póngase de puntas hasta que se enderece propiamente, repita esto diez veces.



9

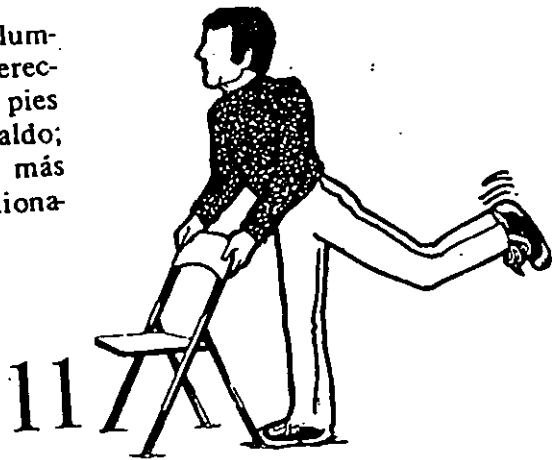


**Ejercicio 10:** Para fortalecer los flexores de la cadera y la parte inferior: De pie, erecto, con una mano a un lado de la silla y con la otra en el respaldo; levante la rodilla izquierda hacia el pecho lo más que sea posible, sostenga unos momentos la posición (es un ejercicio tipo de marcha de los soldados), una rodilla y luego la otra lo más posible.

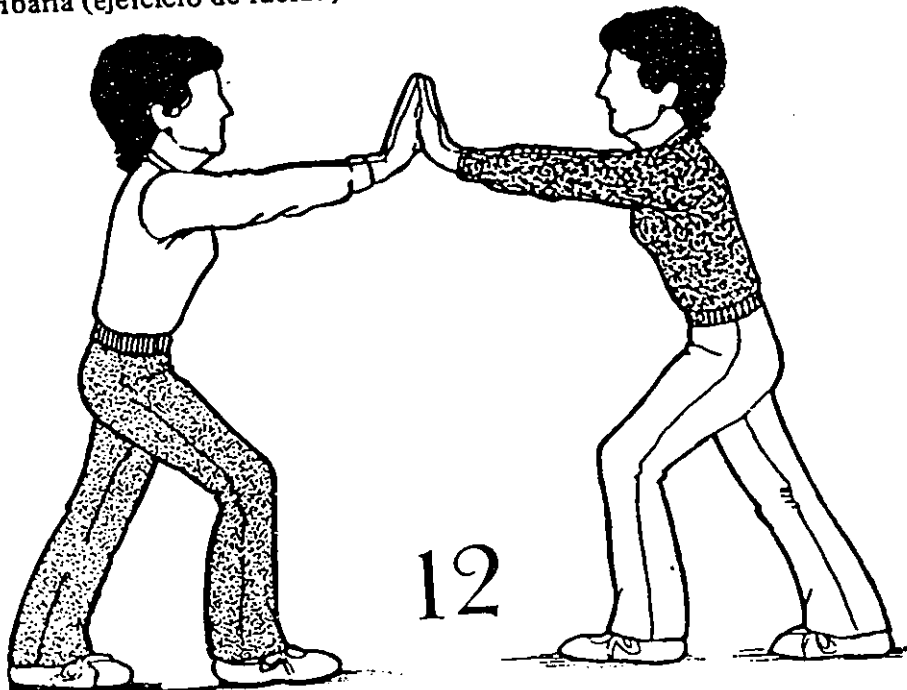


10

*Ejercicio 11:* Para fortalecer la columna y los músculos glúteos: De pie, erecto, detrás de una silla, con los pies juntos y las manos sobre el respaldo; levante una pierna hacia atrás lo más lejos posible con la rodilla no flexionada, regrese a la posición y repita.



*Ejercicio 12:* Para fortalecer brazos, piernas, espalda: Párese de frente a una pared con la pierna derecha hacia adelante y la izquierda atrás; extienda los brazos tocando los dedos y las palmas juntas, empuje la pared como si tratara de derribarla (ejercicio de fuerza).



LA IMPORTANCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA

*Ejercicio 13:* Es un ejercicio que debe ser combinado con otras personas: Se ponen en línea, se levantan los brazos a los lados al nivel del hombro y se tocan las palmas y los dedos como los de la persona al lado, se empuja haciendo presión y descansando alternadamente; realiza los mismos movimientos la otra persona.



13



14

*Ejercicio 14:* Para hombro y flanco: De pie, con los pies abiertos para balancearse levante el brazo derecho sobre la cabeza dejando el brazo izquierdo de lado; dóblese hacia la izquierda, levantando el brazo derecho, cambie de brazo y repítalo cinco veces.

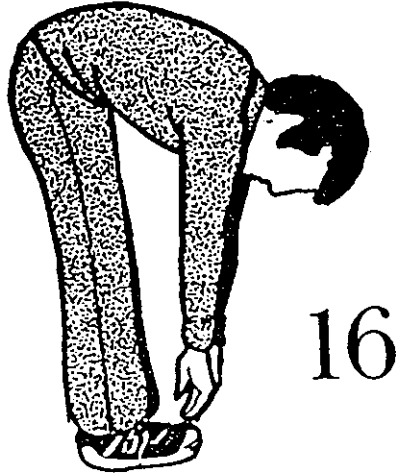


15

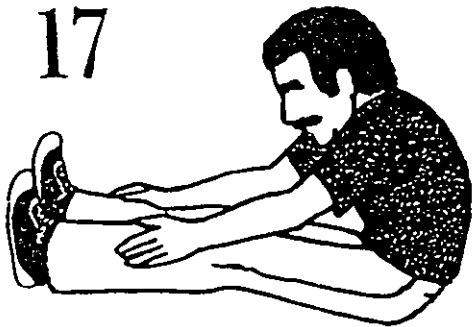
*Ejercicio 15:* Para los hombros, brazada de nadador: Con los dos pies abiertos y los brazos en posición de nadar, doble las rodillas y alternadamente como si estuviera nadando gire sus brazos hacia adelante y luego hacia atrás.



*Ejercicio 16:* Para la flexibilidad de la columna y las piernas: De pie con los brazos juntos a los lados; lentamente dóblese hacia adelante lo más posible como si intentara tocar los pies.



17



*Ejercicio 17:* Para fortalecer la parte de la columna y las piernas: Siéntese en el piso con las piernas extendidas hacia adelante y las rodillas juntas; dóblese hacia adelante lentamente poniendo las manos hacia los tobillos buscando que las manos lleguen a los tobillos, trate de tocar con la barba las rodillas sin doblar las piernas, regrese a la posición e inhale profundamente cada vez que lo haga.

18

*Ejercicio 18:* Para incrementar la flexibilidad de la espalda: Sentado y con las piernas separadas ponga las manos en el piso para que se apoye; dóblese hacia adelante lentamente y extienda los brazos entre las piernas.

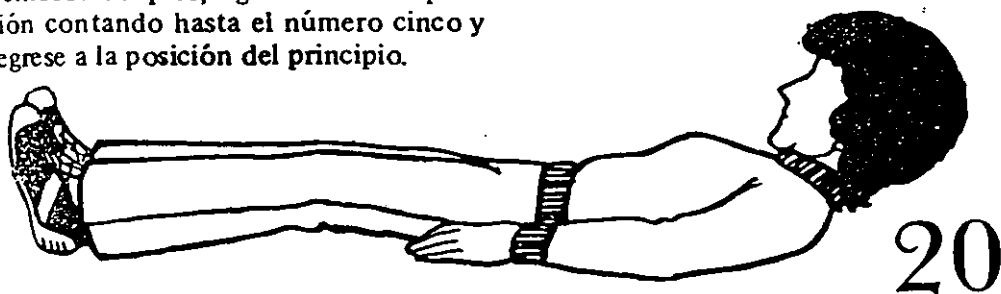


LA IMPORTANCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA

**Ejercicio 19:** Para fortalecer los músculos del estómago: Siéntese con las rodillas dobladas, las piernas separadas, los pies en el piso y los brazos a los lados; doble el cuerpo en una posición hacia arriba y estire los brazos hacia adelante buscando las rodillas mientras exhala y regrese hacia la posición del principio inhalando.



**Ejercicio 20:** Para afirmar los músculos del estómago y los de la parte anterior del cuello: Acostado con las piernas rectas y los brazos a los lados; dóblese hacia adelante y separe los hombros del piso, aguante en esta posición contando hasta el número cinco y regrese a la posición del principio.



**Ejercicio 21:** Para fortalecer la parte posterior de la espalda y de la pierna: Recuéstese con las manos a los lados; jale una pierna hacia el pecho, sosténgala con ambos brazos y cuente hasta cinco, repita con la pierna opuesta.

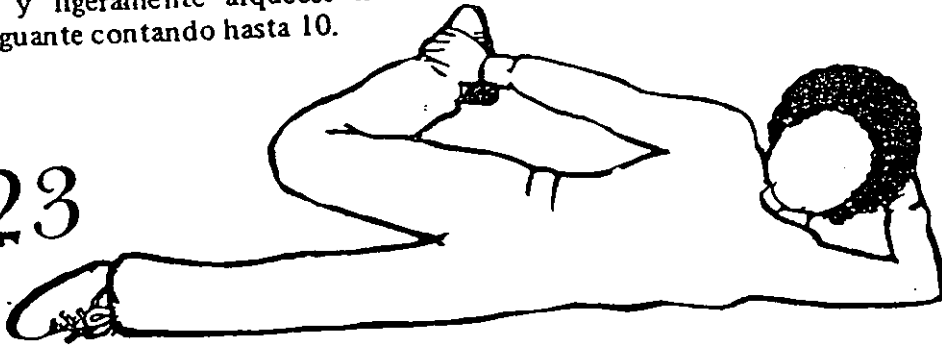


*Ejercicio 22:* Mismo ejercicio, pero con las dos piernas hacia el pecho, sosténgalas con los brazos arriba de las piernas; trate de levantar un poco las asentaderas del piso como si se diera un empujoncito hasta atrás, esto fortalece los músculos glúteos.

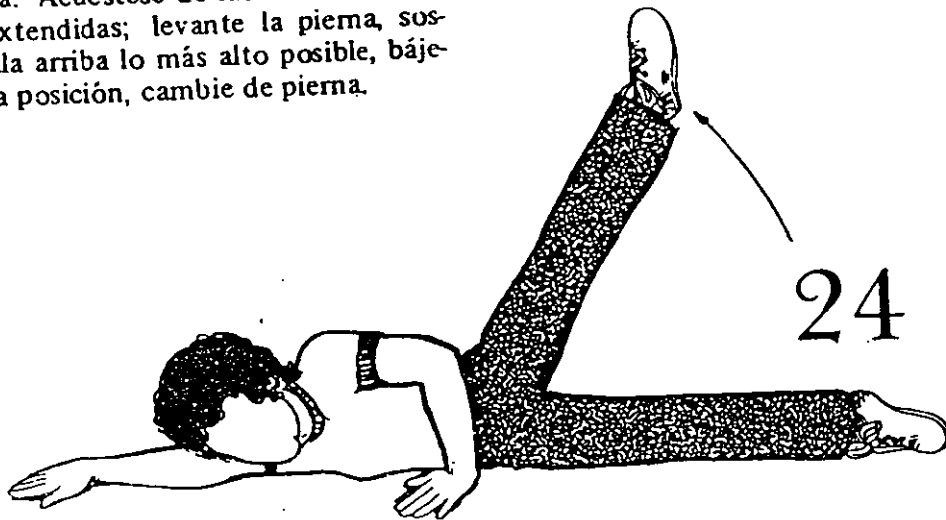


*Ejercicio 23:* Para fortalecer la parte superior de la pelvis y el área de la ingle: Recuéstese sobre un lado, sostenga el tobillo con el brazo correspondiente (tobillo y pie derecho con la mano derecha), y ligeramente arquese hacia atrás, aguante contando hasta 10.

23

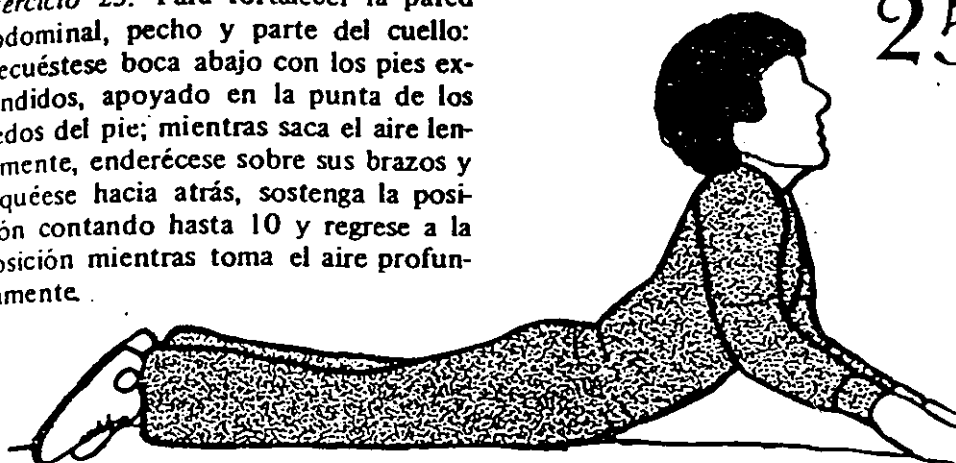


*Ejercicio 24:* Para fortalecer la parte exterior de la pelvis y músculos de la cadera: Acuéstese de lado con las piernas extendidas; levante la pierna, sosténgala arriba lo más alto posible, báje-la a la posición, cambie de pierna.



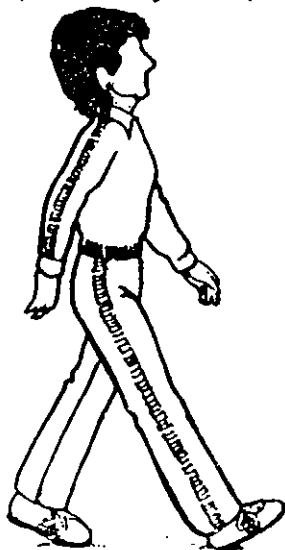
LA IMPORTANCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA

**Ejercicio 25:** Para fortalecer la pared abdominal, pecho y parte del cuello: Recuéstese boca abajo con los pies extendidos, apoyado en la punta de los dedos del pie; mientras saca el aire lentamente, enderécese sobre sus brazos y arquese hacia atrás, sostenga la posición contando hasta 10 y regrese a la posición mientras toma el aire profundamente.



25

**Ejercicio 26:** Caminar como ejercicio: Los programas para caminar tienen como función principal mantener la capacidad del corazón y del pulmón, también tienen algunas ventajas sobre otras formas de ejercicio; no requiere instrucción previa, puede ser hecho casi donde quiera, a cualquier hora, no cuesta, no necesita equipo y tiene las menores posibilidades de lastimarse que cualquier otra forma de ejercicio.



26



## ANEXO 6. EL MENU

(SIN RECOMENDACIONES)

### Menú de 2000 kcals.

Lunes

#### DESAYUNO

- Sincronizadas:  
Tortillas de harina 2pzas.  
Jamón de pavo 2 reb.  
Queso Oaxaca 60 grs.  
Aguacate 1 cdta.

- Pan tostado: 1 pza.  
Mermelada 2 cdas.

- Verdura con margarina  
Zanahoria ½ taza  
Margarina 1 cdta.

- Papaya 1 taza

#### CENA

- Cereal con leche  
Hojuelas de maíz sin azúcar 1taza  
Leche descremada 1 taza  
Plátano ½ pza.

- Rajas con queso:  
Chile poblano ½ taza  
Queso fresco 30 grs.  
Margarina 1 cdta.  
Tortilla de harina 1 pza.

#### COMIDA

- Arroz a la jardinera:  
Arroz ½ taza  
Chicharo y Zanahoria al gusto

- Albóndigas al Chipotle:  
Carne molida 50 grs.  
Chipotle al gusto

- Tortillas de Maíz

- Ensalada de Verduras:  
Brócoli ½ taza  
Chayote ½ taza  
Piña ½ taza  
Vinagre al gusto  
Orégano al gusto  
Aderezo 2 cdtas.

#### COLACION

- Quesadillas al comal:  
Tortillas 2pzas.  
Flor de calabaza libre  
Margarina 2 cdtas.

## Martes

### DESAYUNO

- Yogurth con fruta:  
Yogurth descremado 1 taza  
Plátano ½ pza.  
Germen de trigo 3 cdas.  
Galletas Marías 4 pzas.
- Rollitos de Jamón:  
Jamón de pavo 2 reb.  
Zanahoria y betabel ½ taza  
Aguacate 1 cda.
- Pan integral 1 reb.

### CENA

- Leche descremada 1 taza
- Ensalada de atún:  
Atún en agua 60 gr.  
Aderezo 1 cda.  
Chicharos 2/3 taza  
Zanahoria ½ taza  
Lechuga libre

- Galletas habaneras integrales 8pzas.
- Ciruelas 2 pzas. Med.

### COMIDA

- Cócktail de frutas frescas
- Burritas norteñas:  
Tortillas de harina 3 tortillas  
Carne de res 30 gr.  
Queso manchego 30 gr.  
Aceite de olivo 1 cda.
- Ensalada de Verduras:  
Lechuga libre  
Brócoli 1 taza  
Coliflor libre  
Aguacate 1 cda.

### COLACION

- Sándwich de mermelada  
Pan integral 2 reb.  
Margarina 2 cdtas.  
Mermelada 3 cdtas.

## Miércoles

### DESAYUNO

- Leche con cereal:  
Hojuelas de maíz sin azúcar 1 taza  
Leche descremada 1 taza  
Pera 1/2 pza.
- Verduras con queso:  
Zanahoria 1/2 taza  
Champiñones libre  
Queso Manchego 60 gr.  
Margarina suave 1 cda.
- Pan integral: 1 reb.  
Aguacate 1 cda.

### CENA

- Arroz con leche:  
Leche descremada 1 taza  
Arroz cocido 1/2 taza  
Canela en polvo c/s
- Sándwich de queso:  
Pan integral 2 reb.  
Aguacate 1 cda.  
Queso panela 30 gr.
- Fruta con queso cottage:  
Fresas 10 pzas.  
Queso cottage 2 cdas.

### COMIDA

- Pescado frito:  
Pescado fresco 60 gr.  
Aceite 1 cda.
- Ensalada de verduras:  
Lechuga libre  
Ejote libre  
Jitomate libre  
Jicama 1/2 taza  
Aceite de oliva 1 cda.
- Arroz blanco al vapor 1 taza
- Nopal asado libre  
Tortilla de maíz 1 pza.
- Manzana 1 pza. med.

### COLACION

- Maíz palomero 3 tazas  
Aceite 2cdtas.

## Jueves

### DESAYUNO

- Fruta de queso:  
Mango 1/2 pza pequeña  
Queso cottage 4 cdas.
- Licuado de avena:  
Leche descremada 1 taza  
Avena en hojuelas 1/4 taza  
Canela en polvo libre
- Galletas marías 8 pzas.
- Verdura con margarina:  
Brocoli 1/2 taza  
Margarina 2 cdas.

### CENA

- Molletes a la poblana:  
Bolillo con migajón 1/2 pza.  
Margarina suave 1 cdta.  
Queso manchego lighth 60 gr.  
Chile poblano 1/2 taza  
Cebolla 1/2 taza
- Leche descremada 1 taza  
Fresas 10 pzas.  
Queso cottage 2 cdas.

### COMIDA

- Pechuga al mojo de ajo:  
Pechuga de pollo 60 gr.  
Margarina suave 1 cdta.  
Ajo y sal libre
- Puré de papa:  
Papa en puré 1/2 taza  
Margarina suave 1 cdta.  
Pimienta libre
- Verduras al vapor:  
Brocoli 1/2 taza  
Zanahoria 1/2 taza  
Champiñones libre  
Cebollinas libre  
Hierbas de olor libre
- Tortillas de harina 2 pzas.  
Cocktail de frutas frescas 1/2 taza
- Manzana 1 pza. med.

### COLACION

- Aceitunas 10 pzas.  
Palitos salados sin grasa 4 pzas.



## Viernes

### DESAYUNO

- Fruta de yoghurt:  
Yoghurt natural descreamado 1 taza  
Durazno 1 pza. med.

- Enfrijoladas:  
Tortilla de maíz 3 pzas.  
Frijoles 3 cdas. Soperas  
Jamón en cuadros 1 reb. (30 gr)  
Queso fresco 30 gr.  
Aceite 1 cdta.

- Nopal asado libre

### CENA

- Agua de limón libre

- Galletas de atún:  
Galletas saladas 8 pzas.  
Atún en agua 6 cdas.  
Aderezo 2 cdas.

- Durzano 1 pza. med.

### COMIDA

- Sopa de pasta:  
Pasta para sopa (cocida) 1 taza  
Aceite 1 cdta.

- Tortilla de maíz 2 pzas.

- Pechuga de pollo a la plancha:  
Pechuga (bistec 90 gr.

- Puré de papa:  
Papa en púre 1/2 taza  
Margarina suave 1 cdta.  
Calabaza y zanahoria (hervida) 1 taza

- Pera al horno:  
Pera 1 pza. med.  
Margarina suave 1 cdta.

### COLACION

- Pas tostado:  
Pan 1 reb  
Mermelada baja en azúcar 2cdas.

- Pepinos en rodajas:  
Chile y limón libre

## Sábado

### DESAYUNO

- Naranjada:  
Naranja 2 pzas.  
Agua c/s
- Chilaquiles:  
Tortilla de maíz 2 pzas.  
Aceite 2 cdtas.  
Salsa de tomate libre  
Queso 30 gr.  
Pollo 30 gr.  
Cebolla libre

### COMIDA

- Espagueti a la bolognesa:  
Pasta 1 taza  
Carne molida 30 gr.  
Salsa de tomate libre  
Margarina suave 2 cdtas.
- Pan negro
- Pescado al vapor:  
Pescado fresco 90 gr.
- Verdura a la margarina:  
Brocoli y zanahoria 1 taza  
Champiñones libre  
Margarina 1 cdtas.  
Pimienta libre
- Galletas saladas 4 pzas.
- Tuna 1/2 pza.

### CENA

- Café libre
- Huevo hervido 1 pza.
- Pan integral 1 pza.
- Salsa libre
- Licuado de fresa:  
Leche descremada 1 taza  
Fresas 10 pzas

### COLACION

- Palitos salados sin grasa 2 pzas.
- Jicama rayada 1 taza  
Chile y limón libre

## Domingo

### DESAYUNO

- Naranjada:  
Naranja 2 pzas. Med.  
Agua c/s
- Molletes:  
Bolillo 1 pza.  
Frijoles 4 cdas. Soperas  
Queso manchego 60 grs.  
Margarina suave 2 cdas.  
Salsa mexicana libre

### CENA

- Hot-cakes: 2 pzas.  
Mermelada baja en azúcar 2 cdas.
- Licuado de guayaba:  
Leche descremada 1 taza  
Guayaba 2 pzas.

### COMIDA

- Arroz con verdura:  
Arroz 1/2 taza  
Chicaro y zanahoria 1/2 taza  
Aceite para dorar el arroz 1 cda.
- Sabanita de res:  
Bistec de res 60 gr.  
Queso manchego 30 gr.  
Jamón de pavo 30 gr.
- Guacamole:  
Aguacate 1/2 pza.  
Cebolla libre  
Limón libre  
Sal libre
- Cocktail de fruta fresca 1 taza

### COLACION

- Jicama con zanahoria 2 tazas  
Pepino libre  
Chile y limón libre
- Galletas integrales 4 pzas.

## **IX. BIBLIOGRAFÍA**

Alfaro - Lefevre, Rosalinda. Aplicación del proceso de Enfermería Guía Práctica. 3ª. Edición Tr. María Teresa Luis Rodrigo, Madrid, Mosby, 1996.

Bravo García, Esther Lorena, Nutrición y Salud, 2ª. Edición, Editorial Universidad Veracruzana. México, 1997.

Colliere – Marie, Françoise, Promover la Vida de la Práctica de las Mujeres Cuidadoras a los Cuidados de Enfermería, Madrid, Interamericana, Mc. Graw Hill, 1993.

Colliere – Marie, Françoise, Encontrar el Sentido Original de los Cuidados Enfermeros, Barcelona, Interamericana. Mc. Graw Hill., 1993.

Chompre, R. Q. En Modernización Curricular de los Programas de Posgrados, en Enfermería, Santa Fé Bogotá, JCFES – ACOFAEN, 1997.

Donahue – M, Patricia, La Enfermería, La Condición del Arte, en Historia de la Enfermería, Editorial Masson – Salvat, Barcelona, 1995.

DIF. Programa del Adulto Mayor del Departamento de Integración Familiar. México, 1998.

ENEO, Teoría y Modelos Compilación, México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM, 1998.

Fernández Ferrin, Carmen, Et, Al,. El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería, Editorial Masson – Salvat, Barcelona, 1995.

González Aragón, Joaquín, Aprendamos a Envejecer Sanos, 4ª. Edición, Editorial Costa – Amic Editores, México, 1998.

Henderson, A. Virginia, La Naturaleza de la Enfermería. Editorial Interamericana, España. 1994.

Henderson, Virginia y Nite, Gladis, Enfermería, Teoría y Práctica. 3ª. Edición La Prensa Médica Mexicana S.A., México, 1997.

Kozier, Bárbara, Et, Al. Introducción a la Enfermería, en Enfermería Fundamental I, Carlos J. Bermejo Ceja y Otros. 4ª. Edición, Editorial Interamericana, MC. Graw Hill, Madrid, 1993.

Luis Rodrigo, María Teresa, Diagnóstico de Enfermería de la UNAM de la NANDA en Deficiencia y Calsificación, 1992 – 1993, Barcelona, 1993.

Marriner – Tomey, Ann. Introducción al Análisis de las Teorías de Enfermería, Madrid, Doyma 1996.

Phaneuf Margot; Las necesidades fundamentales según el Enfoque de Virginia Henderson en, Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería, Tr. Carlos María López González y Julia López Ruíz, Editorial Ms. Graw Hill, Madrid, 1993.

Rodríguez García, Rosalía, Morales Vrigen, Juan José, Encinos Reza, Jaime E. Geriatria. 1ª. Edición en español. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana Editores, México, 1999.

Solis Guzmán, Carolina, Orozco Tagle, Amanda. Programa académico de servicio social y de titulación, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, 1997.