



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



81

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

SOBRE
“CUIDADOS A LA MUJER
DURANTE EL EMBARAZO”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

Margarita García Medina.

No. CUENTA 9357900-1

ASESORA

Lic. Margarita Cárdenas Jiménez

ABRIL 2001

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE	PAGINA
INTRODUCCION.	1
I. JUSTIFICACION.	1
II. OBJETIVOS.	2
1- Objetivo General.	2
2- Objetivos Específicos.	2
III. METODOLOGIA.	3
IV. MARCO TEORICO.	4
1- Concepción de Enfermería.	4
2- Antecedentes Históricos.	4
3- Los Orígenes de los Cuidados de Enfermería.	7
4- Núcleos Disciplinarios.	9
5- Orígenes de las prácticas de cuidados, su influencia en las prácticas de la enfermería.	11
6- Antecedentes de Virginia Henderson.	14
7- El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería.	19
8- Guía de Valoración de las 14 Necesidades Básicas.	20
9- Aplicación del Modelo de Virginia Henderson.	48
10- El Proceso de Atención de Enfermería.	50
11- Cambios Psicológicos durante el embarazo.	84
12- Cuidados de la Mujer Durante el Embarazo.	96

V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	101
1- Resumen Valorativo.	101
2- Jerarquización de las 14 Necesidades Básicas y Diagnósticos de Enfermería.	104
3- Planeación de los Cuidados.	109
4- Registro de los Cuidados.	113
5- Evaluación.	117
6- Plan de Alta.	120
VI. CONCLUSIONES.	121
VII. SUGERENCIAS.	122
VIII. BIBLIOGRAFÍA.	123
ANEXOS.	
Anexo 1- Formato de Valoración.	125
Anexo 2- Conclusión Diagnóstica de Enfermería.	135
Anexo 3- Plan de Cuidados de Enfermería.	137
Anexo 4- Plan de Alta.	145
Anexo 5- Posiciones Para el Primer Periodo del Trabajo De parto.	146
Anexo 6- Posiciones Para el Trabajo de Parto.	147
Anexo 7- Papel del Acompañante.	148
Anexo 8- Rutina de Ejercicios Físicos Prenatales.	149
Anexo 9- Relajación Progresiva.	152

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme permitido realizar mis metas.

A mis Padres: Agradecimiento y cariño por su constante dedicación para mi formación profesional, porque sin escatimar esfuerzo han sacrificado gran parte de su vida para formarme.

A mis Hermanos: Por su apoyo y ternura.

A mi Esposo e hijos por su comprensión y amor, razón de mi existencia.

A nuestros Maestros: ejemplo a seguir.

INTRODUCCION



INTRODUCCIÓN.

La importancia de este trabajo nos permite el conocimiento de la evolución de enfermería desde sus orígenes históricos, ya que la mujer intenta cubrir sus necesidades básicas y perpetuar la especie de los cuidados de supervivencia, realizadas por las mujeres cuidadoras, en el seno de las sociedades prehistóricas.

Sabemos que siempre han existido riesgos, daños que se presentan para alterar la salud de la madre y del niño pero que pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería; realizando cuidados que favorecen el desarrollo normal de cada una de estas etapas por las que cursa una mujer embarazada y disminuir en forma importante la aparición de complicaciones, que tienen como fin el mejorar la vida materno infantil y su calidad de vida, así como la atención integral de la pareja embarazada, involucrando a la familia.

El Proceso de Atención de Enfermería se realiza en forma teórica y práctica, contemplando sus cinco etapas que son: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación y basados en el Modelo de Virginia Henderson.

En la primera parte de este trabajo se explican los aspectos teóricos relacionados con la enfermería, el Cuidado y el Proceso de Enfermería; y en la segunda parte se detalla la aplicación del proceso constituye la parte práctica del mismo, para terminar con conclusiones, sugerencias y los anexos.

I. JUSTIFICACION

La justificación del presente trabajo es la de aportar información para realizar el Proceso de Atención de Enfermería con la intervención de valorar la importancia que tiene el cuidar y enseñar a la mujer sobre los cuidados del embarazo, permitiendo en ella cambiar de actitud hacia la salud reproductiva a corto, mediano y largo plazo lo que con lleva a disminuir problemas de morbilidad y mortalidad perinatal.

El proceso de atención de enfermería (PAE), se eligió porque nos permite desarrollar un pensamiento reflexivo y crítico para solucionar problemas de salud del individuo, familia o comunidad, a través de una atención metódica y científica.

Además nos permite proporcionar una atención planeada e individualizada con base a las necesidades del individuo, familia o comunidad, con el fin de aumentar la calidad de los cuidados de enfermería y ver al individuo como un todo, teniendo una intervención oportuna del personal de salud, familiares, amigos.

II. OBJETIVOS

1-Objetivo General

Proporcionar a la mujer embarazada, educación perinatal en las etapas gestacional, del parto, puerperio y del recién nacido, que le permitan enfrentar una paternidad responsable y de tal manera contribuir en la disminución de factores de riesgo, promoviendo y preservando la salud familiar.

2-Objetivos Específicos

*Identificar problemas que puedan presentarse durante las etapas gestacional, del parto, puerperio y del recién nacido.

*Conocer cuál es el conocimiento que tiene la mujer sobre los cuidados durante el embarazo.

*Desarrollar las bases teóricas y metodológicas del cuidado para una mejor intervención del Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

III. METODOLOGIA

Este Proceso de Atención de Enfermería se aplicó a una mujer cursando con el cuarto mes de embarazo aparentemente normal siguiendo el modelo de Virginia Henderson.

Se realizó en la casa de la señora E. G. M. Para la cuál se dedicaron 3 horas diarias durante una semana del 12 de Marzo al 16 de Marzo; Tiempo en el cuál se realizaron los cuidados de enfermería, posteriormente se le hicieron visitas domiciliarias de 3 horas diarias por una semana, haciendo un total de veinte horas.

En la aplicación de este Proceso de Atención de Enfermería la obtención de datos para la valoración de las necesidades fue a través de la Historia de Enfermería la observación, la entrevista y la exploración física; y se establecieron los diagnósticos de Enfermería y con base en ellos se planearon y aplicaron los Cuidados de Enfermería haciendo posteriormente la evaluación de los objetivos alcanzados y entregó a la señora el Plan de Alta y los cuidados de Enfermería para realizarlos en casa con ayuda de su esposo; el cuál participó en los cuidados que se realizaron durante la realización de este Proceso.

- Tiempo: 5 MESES.

IV. MARCO TEORICO

1- Concepción Enfermería: Es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cuál la enfermera, junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud. (Doris Grinspin 1994).

Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras modernas en definir la enfermería. Cien años después de Nightingale, Henderson escribió "**La única función de la enfermera es asistir al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o ayudarlos a bien morir**" que esté realizaría sin ayuda si tuviese la fortaleza, voluntad o conocimiento para hacerlo, y lo hace de manera que lo ayude a recuperar su independencia lo antes posible. (Kozier 1994).

2- Antecedentes Históricos.

A la enfermería se la ha denominado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones. Como tal, ha atravesado numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales. Ha sido elemento partícipe de la cultura de una época, por la que ha sido modelada y a la que ha ayudado en su desarrollo. La historia de la enfermería ha sido una historia de frustración, ignorancia e incomprensión; una gran epopeya llena de desgracias triunfos, romances y aventuras. Y, lo que es más

importante, ha sido la historia de un grupo profesional cuyo status siempre ha venido marcado por las pautas prevalentes en la humanidad.

La enfermería tiene su origen en el cuidado materno de los niños indefensos y tiene que haber coexistido con este tipo de cuidado desde los tiempos más remotos. La palabra inglesa nursery deriva del vocablo latino nutrire, "nutrir". El término inglés nurse también tiene sus raíces en el latín, en el nombre de nutrix, que significa "madre que cría". A menudo hacía referencia a una mujer que amamantaba a un niño que no era hijo suyo, o sea una ama de cría.

Aunque el aspecto de la crianza se ha identificado durante mucho tiempo con la enfermería, ésta se ha asociado aún más con la educación, especialmente en lo referente a la crianza y a la instrucción en general, de los niños y jóvenes.

A sí surgieron las palabras niñera (nursemaid) e institutriz, que se convirtieron en títulos de la joven o mujer cuya función consistía en ser enfermeras de niños.

Las mujeres, debido a ese instinto maternal, fueron consideradas "enfermeras natas". En consecuencia, la imagen de la enfermera como madre amorosa que conforta y cuida intuitivamente sigue siendo muy popular. El instinto de progenitor describe con mayor exactitud esa fuerte motivación, que está presente en ambos sexos, en todas las razas y en los diferentes grupos de edad.

Con el paso del tiempo se puso de manifiesto que el amor y la dedicación no bastaban por sí mismos para fomentar la salud o vencer la enfermedad. El desarrollo de la enfermería dependía de otros dos ingredientes esenciales: habilidad/experiencia y conocimiento.

La destreza manual en la ejecución de procedimientos específicos, una realidad incluso entre las tribus primitivas, siguió perfeccionándose a través de la experiencia. A medida que se dispuso mayor información acerca de los males y enfermedad, fue surgiendo una actitud que recalca la necesidad de mayores

conocimientos. El conocimiento de los hechos y principios proporcionaría el impulso para que la enfermería se convirtiese tanto en un arte como en una ciencia.

La cabeza, el corazón y las manos se unieron firmemente para asentar los poderosos cimientos de la enfermería moderna. Estos tres elementos esenciales corresponderían a la ciencia, el alma y la habilidad de la enfermería, e incluso, en otros contextos, serían sinónimos de los aspectos teóricos, prácticos y ético-moral de la misma.

En origen, este servicio se relacionó con un fuerte instinto de conservación y protección de la tribu y de sus miembros. El amor y el interés por la familia y la tribu se extendieron a los vecinos y a los desconocidos. En su forma rudimentaria, este esfuerzo de servicio se concretó en el cuidado de los individuos que enfermaban. A medida que fueron apareciendo civilizaciones más sofisticadas, el cuidado de los enfermos se extendió para incorporar la preocupación por otras situaciones humanas. Los métodos para hacer frente a problemas tales como la pobreza, la prevención de la enfermedad y cualquier tipo de incapacidad añadieron una dimensión social a la actividad de la enfermería. (Donahue 1988).

Durante las cruzadas, por ejemplo, algunas órdenes militares de caballeros también ofrecían enfermerías, y más famosa era la de los **Caballeros Hospitalarios** (también conocida por los caballeros de San Juan de Jerusalén). En países budistas los miembros de la orden religiosa **Shanga** han sido tradicionalmente los encargados de los cuidados sanitarios. En Europa, y sobre todo tras la Reforma, la enfermería fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus adecuada sólo para quienes no pudieran encontrar trabajo mejor, debido a su relación con la enfermedad y la muerte, y la escasa calidad de los cuidados médicos de la época.

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. Uno de los programas oficiales de formación para las enfermeras inició en Alemania, en 1836, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner, la escuela de Fliedner es digna de mencionar por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale. Su experiencia le brindó el ímpetu para organizar la enfermería

en los campos de batalla de la guerra de Crimea, con esfuerzo logró que la enfermería se convirtiera definitivamente en una profesión formalmente reconocida, transformando la concepción de enfermería.

Entre sus muchos otros logros destaca la fundación de la escuela de enfermería, el St. Thomas Hospital de Londres, centro que desarrolló un programa de formación para enfermeras. < www.terra.es/personal/cac00002/enferm.htm>.

La primera orientación es la que se inscribe en la historia de todos los seres vivos desde el principio de la historia de la humanidad; asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie, teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para asumir funciones vitales.

Esta necesidad de asegurar cada día el mantenimiento de estas funciones vitales da lugar a un conjunto de actividades indispensables de las que se hacen cargo hombres y mujeres que, según los recursos locales, se esfuerzan para atenderlas.

Asegurar la supervivencia y sigue siendo- un hecho cotidiano de ahí una de las más antiguas expresiones de la historia del mundo cuidar de. Era necesario cuidar de las mujeres de parto, cuidar de los niños, cuidar de los vivos, pero también de los muertos.

Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de la vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo. Esto ha sido y seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados. (Colliere 1993).

3- Los orígenes de los cuidados de enfermería

La idea de aplicar un punto de vista histórico a los orígenes de " la actividad de cuidar" supone, a nuestro juicio, la necesaria elaboración de lo que podríamos denominar un "esquema de secuencias", que hunde sus raíces en un pasado anterior al documento escrito, y cuya existencia puede demostrarse analizando las relaciones

del hombre con el medio, para intentar cubrir sus necesidades básicas y perpetuar la especie.

En este sentido, "EL CONCEPTO DE AYUDA ", bajo el que se configuran " las prácticas de cuidados", está inmerso, en un principio, dentro de la consideración de grupo, ya que el hombre primitivo se cree incapaz de subsistir disociado del mismo.

EL origen de las prácticas de los Cuidados debemos, pues, buscarlo en las actividades de alimentación y de conservación del grupo, relacionadas esencialmente con los aspectos de supervivencia en los que se desarrollaba la vida de los primeros hombres, y enmarcadas dentro del concepto de ayuda existentes en las sociedades primitivas.

Nos encontramos con el hecho de que en gran mayoría de las figuraciones humanas descubiertas son femeninas y por tanto, la mujer aparece como tema iconográfico preferencial de elección deliberada, con el objeto de otorgar valor a lo que, en ella, está relacionado con la conservación de la especie. (Hernández 1995).

Orientación hacia la salud pública

Según Nightingale, los cuidados enfermeros están basados no solamente en la compasión, sino también en la observación y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública y en nutrición y sobre las competencias administrativas.

La preocupación de la enfermera que está al lado de personas enfermas o sanas consiste en proporcionar al paciente el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud. La actividad de la enfermera está dirigida hacia la persona y su entorno con la intención de mantener y recuperar la salud, la prevención de las infecciones y heridas, la enseñanza de los cuidados enfermeros van dirigidos a todos, enfermos y gente sana.

Estos factores del ENTORNO son válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad. Nightingale (1859-1969).

Las ha llamado "Leyes de la salud o del cuidado enfermero". La SALUD no es solamente lo opuesto a la enfermedad: este concepto significa igualmente "La voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos". El CUIDADO es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal.

Orientación hacia la enfermedad

La salud es concebida como la ausencia de enfermedad; el origen de la enfermedad se reduce a una causa única. El objetivo de la medicina tecnocientífica es estudiar la causa de la enfermedad y formular un diagnóstico preciso y proponer un tratamiento específico al diagnóstico establecido.

Según esta orientación, el CUIDADO está enfocado hacia los problemas, los déficit o las incapacidades de la persona. Su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir los déficit y ayudar a los incapacitados. Intervenir significa "hacer para" las personas.

4- Núcleos Disciplinarios

Los conceptos Cuidado, persona, salud y entorno están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita y a veces de manera implícita. Desde 1859, estos cuatro conceptos están presentes a la manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno que se clarifica el campo de la disciplina enfermera. (Kérouac 1996).

Ya que la PERSONA se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente, empieza y termina en un punto fijo, sin contacto con ninguna otra parte.

La **SALUD** es un equilibrio altamente deseable. La salud es percibida como "Positiva" mientras que la enfermedad es percibida como "negativa". La salud es sinónimo de ausencia de enfermedad. La muerte, como la enfermedad, se debe combatir a cualquier precio.

ENTORNO es un elemento separado de la persona. El entorno es físico, social y cultura; pero que está en constante interacción.

Según esta orientación, el **CUIDADO** va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones, salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Intervenir significa "actuar con " la persona, a fin de responder a sus necesidades. La enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas. Se vuelve una consejera experta que ayuda a la persona a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso.

En la medida que la persona es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados, de ahí la expresión: La persona es un ser biológicos, psicológicos, social, cultural, espiritual.

La salud óptima es posible cuando hay ausencia de enfermedad y presencia de varios elementos que constituyen la salud.

Por último, el **ENTORNO** está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc.) En el que la persona vive.

Según OREM (1991), el autocuidado es una acción adquirida, es decir que es aprendida por una persona en su contexto sociocultural. La persona inicia una acción de manera voluntaria deliberadamente, con el objeto de mantener su vida, su salud y su bienestar o el de las personas bajo su responsabilidad.

La **PERSONA** es un todo integral que funciona biológicamente, y socialmente. Es una unidad que posee las capacidades, las aptitudes y el poder de comprometerse y de llevar acabo autocuidados.

SALUD Ésta se define como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, y social del ser humano.

ENTORNO representa el conjunto de los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlos. Es también una parte integrante de la persona. (Kérouac 1996).

5- Origen de las prácticas de cuidados, su influencia en las prácticas de la enfermería.

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario "ocuparse de la vida" para que ésta pueda persistir. Los hombres, como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados, porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y, de ese modo, luchar contra la muerte.

Durante millones de años, los cuidados no fueron propios de un oficio y aún menos de una profesión. Eran los actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar la vida, en relación con la vida.

La primera orientación es la que se inscribe en la historia de todos los seres vivos desde el principio de la historia de la humanidad; asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie, teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para asumir funciones vitales.

Asegurar el mantenimiento, la continuidad de la vida, no es cosa fácil " Las precarias condiciones de la vida hacen a la muerte omnipresente y siempre terrorífica. Para manejar este desconocimiento, nacen entonces los primeros discursos sobre el MAL.

El acto de protección refleja, el instinto de conservación que actúa por tropismo, comienzan a tambalearse, a modificarse con la aparición de la conciencia que echa las raíces del "Árbol de la ciencia del BIEN Y DEL MAL", fundamento del conocimiento y origen de todas las religiones.

La práctica de la enfermera y su relación con estas dos corrientes

Los cuidados que se tejen alrededor de todo aquello que crece y se desarrolla revierten en las mujeres y lo hacen hasta la muerte: cuidado a los niños y también cuidado a los enfermos y a los moribundos.

Estos cuidados llevados a cabo por hombres darán lugar a otras corrientes de influencia, a otras formas de ejercicio distintas de las propias mujeres. Así, se constituyeron los cuerpos de enfermeros vinculados al ejército, como los esclavos en las legiones romanas, o más tarde en el seno de órdenes guerreros hospitalarias.

Identificación de los cuidados de la mujer, desde los tiempos más remotos de la historia de la humanidad, hasta el fin de la edad media, en la sociedad occidental.
Identificación de los cuidados de la (mujer) - consagrada, desde la edad media hasta finales del siglo XIX en Francia.

Identificación de los cuidados de la mujer enfermera auxiliar médico, desde el principio del siglo XX hasta los finales de los años sesenta.

De la definición de enfermería la identificación de los cuidados de enfermería

El concepto de identidad abarca este campo de las relaciones humanas donde el sujeto se esfuerza por realizar una síntesis entre las fuerzas internas y las fuerzas externas de su acción, entre lo que es para él y lo que es para los demás como hemos podido constatar hasta este momento, cada vez que nos hemos esforzado por delimitar la práctica de enfermería he llegado a la definición de un rol. Este rol parece ser el resultante de un modelo cultural determinado por la elaboración de un sistema de comportamiento que ha elaborado sus propias reglas de conducta.

A partir de las (mujeres) consagradas, el rol ya no es el reflejo de un conjunto de actividades en las que se refleja, sino que representa una línea de conducta, un conjunto de aptitudes necesarias para cuidar.

Proceso de institucionalización del rol de la enfermera en status profesional

El movimiento de profesionalización arraigar verdaderamente a partir de la diferenciación de los actos técnicos. Las tareas técnicas que implican la adquisición de parcelas de conocimiento precisas obligan a un reconocimiento jurídico que pueda certificar esta adquisición.

CONCEPTO DE CUIDAR: Cuidar es, ante todo, un ACTO DE VIDA, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la VIDA y permitir que ésta se continúe y se reproduzca.

Limites de la definición de los cuidados de enfermería

Es indispensable identificar las características de los cuidados y del servicio de enfermería, explicar el proceso de los cuidados de enfermería y determinar sus competencias para que su contribución sanitaria y social sea reconocible y reconocida, para que los usuarios de los cuidados sepan lo que pueden esperar de ellos, y que los

cuidadores puedan valerse de los medios y de las condiciones necesarias para su presentación.

A partir de estas características se pueden desempeñar las funciones profesionales, base de la definición jurídica de la profesión, no de una definición de la enfermera que no podría ser el fundamento de una definición profesional la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado.

Principales características de la práctica enfermera

La práctica enfermera puede ser concebida como un campo de experiencias donde se viven a la vez las creencias y los valores arraigados en lo esencial de la disciplina, la aplicación de conocimiento así como el ejercicio de un juicio clínico que lleva a una intervención reflexionada.

La enfermera que se inspira en una concepción de su disciplina comprende e integra los postulados y los valores subyacentes en esta concepción. Se impregna de los diferentes elementos, los hace suyos es el objetivo propuesto por esta concepción el que se guía la acción de la enfermera.

La enfermera planifica y da un cuidado individualizado, guiada por una concepción de la disciplina utiliza instrumentos de trabajo elaborados según esta concepción y los modifica, si es necesario, con el objetivo de optimizar el cuidado. (Colliere 1993).

6- Antecedentes de Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City Missouri, pasó su infancia y adolescencia en Virginia, ya que su padre era abogado en Washington.

Durante la primera guerra mundial, Henderson desarrolló su interés por la enfermería, y en 1918 ingreso a la Army School of Nursing de Washington D. C. Se graduó en 1921, aceptando el puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nurse 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 Teachers, College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de B.S y M. A. En formación de enfermería.

En 1929 Henderson trabaja como supervisora de enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. En 1930 vuelve al Teachers, College como miembro de la facultad, impartiendo cursos sobre el proceso analítico en enfermería y sobre el ejercicio profesional hasta 1948.

Virginia Henderson ha hecho importantes contribuciones a la enfermería en sus más de 60 años de servicio como enfermera, profesora, autora e investigadora. Ha publicado numerosas obras a lo largo de esos años. Su definición de la enfermería apareció por primera vez en 1955 en la quinta edición del Textbook of the Principles and Practice of Nursing de Hauner y Henderson. Henderson indica que " la única función de la enfermera es atender al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que él podría realizar sin ayuda si tuviera la fortaleza, voluntad o conocimiento necesario, haciendo esto de tal forma que le ayude a conseguir independencia lo más rápidamente posible".

En the Nature of Nursing señala las 14 necesidades básicas de los pacientes que constituyen los elementos de la atención de enfermería: (1) respiración, (2) comida y bebida, (3) eliminaciones, (4) movimiento, (5) reposos y sueño, (6) vestido, (7) temperatura corporal (8) limpieza corporal y tegumentos protector, (9) seguridad del entorno, (10) comunicación, (11) religión, (12) trabajo, (13) ocio, (14) aprendizaje.

Identifica tres niveles en la relación enferma-paciente en las que la enfermera es un (1) sustituto de alguien importante para el paciente, (2) una ayuda para el paciente y (3) un compañero. Apoya una comprensión empática y dice que la enfermera necesita "introducirse en la piel de cada uno de sus pacientes para saber lo que necesita". Henderson cree que muchas de las funciones de las enfermeras y médicos se solapan. Considera que la labor de la enfermera es interdependiente con la de otros profesionales de la salud y compara al equipo con las porciones de un diagrama sectorial, dependiendo el tamaño del diagrama de las necesidades de la paersona.

El objetivo es que el paciente represente una porción cada vez mayor del diagrama a medida que aumenta su independencia.

En *The Nature of Nursin: Reflections After 25 Years* (1991) Henderson añadió unos apéndices a cada capítulo de la edición de 1966 en los que expone las variaciones en sus opiniones y puntos de vista. (Marriner, 1996.)

Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson.

Esta concepción nos ofrece una visión clara de los cuidados de enfermería. El individuo, sano o enfermo, es considerado como un todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales, que debe satisfacer. La finalidad de los cuidados, tal como se deduce de esta concepción, consiste en conservar o restablecer la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades. El rol de la enfermera consiste en ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que él no puede realizar por sí mismo para responder a sus necesidades. Su rol, por tanto, es el de suplencia.

Postulados

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no esta "completo", "Entero", "Independiente".

Valores

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

Necesidad Fundamental

Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones, que ella denomina necesidades fundamentales. Una necesidad fundamental es **una necesidad vital esencial** que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

Independencia y dependencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales

Para mantener un equilibrio fisiológico y psicológico **el paciente debe alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades. Si es capaz de responder de forma conveniente, por medio de acciones o comportamientos adecuados que él mismo realiza (o que otros hacen por él de forma normal según su fase de crecimiento y desarrollo, por ejemplo, el niño, es independiente.)**

Independencia

Alcanzar un nivel **aceptable de satisfacción*** de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo, sin ayuda de otra persona.

Dependencia

Incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por sí mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permiten alcanzar un **nivel aceptable de satisfacción** de sus necesidades.

Estas fuentes de dificultad pueden ser causadas por:

- Factores de orden físico.
- Factores de orden psicológico.
- Factores de orden sociológico.
- Factores que tienen repercusiones de orden espiritual.
- Factores ligados a una insuficiencia de conocimiento.

Constituyen fuerzas negativas que impiden al paciente adoptar comportamientos o realizar acciones apropiadas, que le permitan satisfacer por sí mismo sus necesidades. Esta incapacidad genera en él manifestaciones de dependencia, es decir, signos y síntomas observables que indican que una o varias necesidades permanecen insatisfechas.

Las Fuentes Intrínsecas de dificultad provienen del propio individuo, es decir, que son causadas por factores orgánicos, genéticos y fisiológicos propios del sujeto.

Las fuentes extrínsecas de dificultad comprenden los agentes exteriores que, en contacto con el organismo humano, dañan el desarrollo normal de una de sus funciones o la conducen a reaccionar de tal forma que constituye un problema para el sujeto. (Phaneuf, 1993).

7- El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería

Conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson.

1. PERSONA

Necesidades Básicas

2. SALUD

Independencia

Dependencia

Causas de la dificultad o problema

3. ROL PROFESIONAL

Cuidados básicos de enfermería

Relación con el equipo de salud

4. ENTORNO

Factores Físicos

Factores socioculturales.

La persona y las 14 necesidades básicas

Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así, cada persona configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales, que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

- Necesidad de Oxigenación
- Necesidad de Nutrición e hidratación
- Necesidad de Eliminación
- Necesidad de Moverse y mantener una buena postura
- Necesidad de Descanso y sueño
- Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas
- Necesidad de Termorregulación
- Necesidad de Higiene y protección de la piel
- Necesidad de Evitar los peligros
- Necesidad de Comunicarse
- Necesidad de Vivir según sus creencias y valores
- Necesidad de trabajar y realizarse
- Necesidad de Jugar/participar en actividades recreativas
- Necesidad de aprendizaje

Desde un punto de vista holístico, esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo.

8- Guía para la valoración de las 14 necesidades básicas.

A continuación se desarrolla la "GUÍA PARA LA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS", siguiendo el modelo de Henderson de acuerdo a los principios anteriormente expuestos:

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Factores que influyen en esta necesidad.

- ♦ Biofisiológicos. Edad, alineación corporal, talla corporal (relación talla/peso), nutrición e hidratación, sueño/reposo/ejercicio, función cardíaca, función respiratoria, estado de la red vascular (arterial y venosa).
- ♦ Psicológicos. Emociones (miedo, ira, tristeza, alegría, etc.), ansiedad/estrés, inquietud, irritabilidad, etc.
- ♦ Socioculturales. Influencia familiares y sociales (hábitos y aprendizajes tales como el estilo de vida, hábito de fumar; Entorno físico próximo (trabajo, casa, habitación hospital), en torno físico de la comunidad (altitud, temperatura, clima, contaminación ambiental).

Observaciones.

- ♦ Signos vitales (pulso central y periféricos, tensión arterial, temperatura y patrones respiratorios), ruidos respiratorios, movimiento del tórax, secreciones, tos, estado de las fosas nasales, aleteo nasal, color de la piel y mucosas, temperatura de la piel, circulación de retorno (venas varicosas).
- ♦ Dolor asociado con la respiración. Dificultad respiratoria.
- ♦ Estado de conciencia, existencia de agitación.
- ♦ Calidad del medio ambiente: polución, humedad, sistemas de ventilación, corrientes de aire, espacios verdes.

Interacciones

- ♦ Sí fuma, ¿Qué sabe acerca del fumar?, ¿Desde cuándo Fuma?, ¿Cuántos cigarrillos/puros/etcétera, fuma al día? ¿Varía la cantidad según su estado emocional?

- ♦ ¿Cómo influencia la realización de las actividades de la vida cotidiana con su respiración? (Sensación de ahogo al subir escaleras, cambios en el ritmo respiratorio al andar deprisa, etc).
- ♦ ¿Cómo influencia su estado de ánimo en su respiración? (Si aumenta o disminuye la frecuencia, ritmo, etcétera).
- ♦ ¿Tiene conocimientos sobre una respiración correcta?
- ♦ ¿Conoce y/o utiliza técnicas que crean que le mejoran su respiración (relajación, yoga..)?
- ♦ ¿Tiene cambios de temperatura en las extremidades que no guarden relación con la temperatura ambiental?
- ♦ ¿Es propenso a sufrir hemorragias? ¿De qué tipo?
- ♦ ¿Tiene algún antecedente de problemas cardiorespiratorios? (Dolor precordial, taquicardias, asma, alergias, etc.).

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Factores que influyen en esta necesidad.

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

Observaciones.

- ♦ Antropometría (peso, talla, pliegue de la piel y diámetro del brazo), estado de la piel, mucosas, uñas y cabello; funcionamiento neuromuscular y esquelético;

aspecto de los dientes y encías; capacidad para masticar y deglutir.

Funcionamiento tracto digestivo.

- ◆ En caso de heridas, tipo y tiempo de cicatrización.
- ◆ Dolor, ansiedad, estrés, trastornos del comportamiento, disminución de energía, apatía, debilidad, irritabilidad, trastornos de la conciencia y agitación.
- ◆ Condiciones del entorno que faciliten/dificulten la satisfacción de esta necesidad.

Interacciones.

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

- ♦ ¿Qué dificultades encuentra para procurarse, almacenar y prepararse alimentación adecuada? (Del entorno, económicas, de conocimientos, de habilidad/capacidad personal.)
- ♦ ¿Conoce las necesidades de alimentación e hidratación y su relación con la edad y con la actividad?
- ♦ ¿Conoce los factores que favorecen su digestión y asimilación? (No comer alimentos que produzcan flatulencia, comer despacio, masticando e insalivando bien, no acostarse inmediatamente después de comer, etc.)
- ♦ ¿Ha habido cambios recientes de dietas o de peso? ¿por qué? (Relacionados con modas, costumbres, autoimagen.)
- ♦ Tiene algún problema al masticar y/o tragar la comida/bebida?, ¿con qué cree que está relacionado? (Problemas de salud, dentales...)
- ♦ ¿Tiene en la actualidad algún problema digestivo? (Ardores, náuseas, vómitos, pérdida del apetito.....)

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Factores que influyen en esta necesidad.

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

Observaciones

- ♦ Orina (coloración, claridad, olor, cantidad, pH, frecuencia, densidad, presencia de proteínas, sangre, glucosa y cuerpos cetónicos; heces (coloración, olor,

consistencia, frecuencia, configuración, presencia de sangre y constituyentes anormales); sudor (cantidad y olor); Menstruación (cantidad, aspecto, color).

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

Interacciones

- ◆ ¿Cuáles son sus patrones habituales de eliminación? (Heces, orina, menstruación, sudoración.)
- ◆ ¿Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación?
- ◆ ¿Se siente satisfecho respecto a sus patrones habituales de eliminación? (Frecuencia diurna y nocturna, cantidad y calidad, confortabilidad, sensación de bienestar, etc.)
- ◆ ¿El cambio de entorno (viajes, lugar, intimidad, postura, etc.) modifica los hábitos de eliminación?, ¿Cuáles?
- ◆ ¿El cambio de horarios modifica los hábitos de eliminación?, ¿Cuáles?
- ◆ ¿Qué tipo de hábitos higiénicos utiliza en la necesidad de eliminación? La modificación de estos hábitos ¿le causa algún tipo de problema?
- ◆ ¿Conoce medidas no medicamentos de ayuda? (Masajes, dieta, hidratación, ejercicio físico), ¿cuáles?
- ◆ En la actualidad, ¿tiene algún problema relacionado con la necesidad de eliminación? (Ardor al orinar, necesidad de laxantes para evacuar, hemorroides, dolor al defecar u orinar, dolor menstrual, etc.)

- ◆ En caso de problemas en la eliminación (incontinencia, colostomías, suduración excesiva o de olor desagradable), ¿cómo le afectan en su autoconcepto/autoimagen y en su vida de relación?
- ◆ En el supuesto anterior, ¿realiza o ha realizado los aprendizajes necesarios para resolver o neutralizar el problema

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Factores que influncian esta necesidad.

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

Observaciones.

- ◆ Estado del sistema musculoesquelético (Fuerza/debilidad muscular, firmeza en la marcha, tono muscular, gama de movimientos, postura adecuada de pie, sentado y acostado), necesidad de ayuda para la deambulaci3n y/o mantenimiento de una postura correcta, coordinaci3n voluntaria, presencia de temblores, ritmo de movimientos, constantes vitales (pulso, tensi3n arterial).
- ◆ Estados de apatía, de postraci3n, estado de conciencia, estados depresivos, sobreexcitaci3n, agresividad.
- ◆ Cualidades ergon3micas de su entorno inmediato.

Interacciones.

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

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Factores que influyen en esta necesidad.

- ♦ **Biofisiológicos.** Edad, ejercicio, alimentación/hidratación.
- ♦ **Psicológicos.** Estados emocionales, ansiedad, estrés, estado de ánimo, y (características del sueño de la persona).
- ♦ **Socioculturales.** Influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, normas sociales, prácticas culturales –siesta–), trabajo, entorno próximo o del hábitat (iluminación, ruido, colores, mobiliario), entorno lejano (clima, altitud, temperatura), creencias y valores, estilo de vida (horario de trabajo....)

Observaciones.

- ◆ Nivel de ansiedad/estrés, lenguaje no verbal (ojeras, postura, bostezos, concentración y atención), estado que presentan los ojos (enrojecimiento, hinchazón), expresión de irritabilidad o fatiga, dolor, inquietud, laxitud y apatía, cefaleas.

Estado de conciencia y respuesta a estímulos.

- ◆ Condiciones del entorno que ayudan/impiden la satisfacción de esta necesidad (sonido, luz, temperatura, adaptación de la cama, colchón, almohada o ropa, a la talla o situación de la persona).

Interacciones.

- ◆ ¿Cuál es su patrón y tipo habitual de sueño? (Horas, horario, duración, siestas, si se despierta por la noche, necesidad de levantarse durante la noche, sueño profundo, si se despierta con estímulos suaves o no....) ¿Le resulta suficiente o adecuado?
- ◆ Habitualmente, ¿duerme solo/a o acompañado/a?
- ◆ ¿Los cambios en el entorno, en su situación y hábitos, modifican o alteran su patrón de sueño? Especificar cuáles y cómo.
- ◆ ¿Cuánto tiempo necesita habitualmente para conciliar el sueño?
- ◆ ¿Cómo la influyen las emociones en la necesidad de dormir y reposar? (En situaciones de estrés, ansiedad, modificaciones en el peso, en constantes vitales, etc.)
- ◆ ¿Sabe cómo reducir o controlar las tensiones y el dolor?
- ◆ ¿Qué hace normalmente cuando necesita descansar? (Leer, dormir, relajarse, etc.)
¿Hay algo que interfiera en su descanso en este momento?

- ♦ ¿Qué sentido tiene para Ud. el dormir? (Como rutina, obligación, placer, relajación, evasión, compensación.) ¿Conoce los efectos positivos y negativos de cada una de estas formas de comportamiento?
- ♦ ¿Tiene sueños/pesadillas cuando duerme?
- ♦ ¿Utiliza algún medio con el fin de facilitar el sueño? (Masajes, relajación, visualización, música, entretenimiento, lectura.)
- ♦ ¿Utiliza algún tipo de medicamentos para dormir o estimularse?, ¿Sí lo utiliza, conoce sus efectos?
- ♦ ¿Cuánto tiempo diario utiliza para el reposo/ descanso? ¿Dónde? (Trabajo, casa, entorno social – masajista, bar..... –.)

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Factores que influyen en la necesidad.

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

Observaciones.

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

Interacciones

- ♦ ¿Qué significado tiene la ropa en cuanto a su imagen o cobertura de alguna otra necesidad? (Autoestima, relaciones con los demás, etc.)
- ♦ ¿Cree que el modo de vestir marca diferencias personales, sociales, culturales, etc.?
- ♦ ¿Puede decidir por sí mismo/ a la ropa que se pone habitualmente? (En el hospital, residencia de ancianos, trabajo,...)
- ♦ ¿Conoce la relación entre calidad/cantidad de ropa necesaria para la adecuada acomodación al propio cuerpo y a la temperatura ambiente?
- ♦ ¿Necesita algún tipo de ayuda para decidir el tipo de ropa o para vestirse/desvestirse? En caso afirmativo. ¿conoce cómo adaptarse a una limitación en esta necesidad y dispone de los recursos materiales o humanos para ello? (Ante una dificultad en abrocharse los botones, cambiarlos por velcro como sistema de cierre, disponer de más tiempo para realizarlo, etc.)

- ♦ Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿se afecta su modo de vestir?, ¿Cómo?
- ♦ ¿Tiene algún objeto accesorio del vestir que tenga significación especial para Ud., ¿cuál es?
- ♦ ¿Tiene algún tipo de indumentaria relacionada con valores o creencias que considere necesario mantener?
- ♦ ¿De que forma le afecta el vestirse o desvestirse en un sitio extraño, ante personas o con ayuda de otras personas? (Intimidad,...)

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

Factores que influyen esta necesidad.

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

Observaciones.

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

Interacciones.

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

8. NECESIDAD DE HIEGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

Factores que influncian esta necesidad.

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

Observaciones.

- ♦ Capacidad de movimiento, estado de la piel (color, textura, turgencia, presencia de manchas, temperatura, humedad, lesiones), estado del cabello, uñas, orejas, ojos, nariz, boca (aliento, dientes,...) y mucosas, olor corporal.

- ♦ Expresión facial/corporal de confort, efectos del baño o ducha (relajación física y psicológica).
- ♦ Condiciones del entorno (equipamiento y material adaptados a las necesidades individuales y hábitos personales).

Interacciones.

- ♦ ¿Conoce la relación entre estilo de vida y satisfacción de esta necesidad?
- ♦ ¿Qué significado tiene para Ud. la limpieza? (Autoimagen, reflejo del estado emocional, relación o comunicación con los demás,)
- ♦ Describa la forma en que cuida de su cuerpo en relación con las actividades de higiene (tipo, frecuencia, cantidad).
- ♦ ¿Cómo le afecta el hecho de que sus necesidades de higiene sean satisfechas con ayuda de otra persona o ante personas?
- ♦ ¿Tiene preferencias horarias respecto a su aseo diario?
- ♦ ¿Qué hábitos higiénicos considera imprescindibles mantener? (Lavarse dientes o manos después/antes de comer o eliminar....)
- ♦ ¿Tiene por costumbre utilizar algún producto específico? (Colonias, antisépticos bucales, compresas, cremas...)
- ♦ ¿Existen condiciones en su entorno inmediato que limitan o imposibilitan unos hábitos saludables de higiene? (Creencias o valores familiares – no lavarse durante la regla, no debe lavarse la cabeza a diario, ducha a diario nociva, ... – condiciones económicas, creencias personales, modas.)
- ♦ Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿Se afecta a su necesidad de higiene?, ¿cómo? (influencia de emociones: aumento de transpiración, secreciones, etc.)

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

Factores que influyen en esta necesidad.

- ◆ **Biofisiológicos.** Edad, etapa del desarrollo, mecanismos de defensa fisiológicos (termorregulación, sistema inmunológico), estabilidad psicomotora.
- ◆ **Psicológicos.** Mecanismo de defensa, métodos de afrontamiento (competencias personales), estrés, estabilidad psíquica, personalidad de base, emociones y diferentes estados de ánimo.
- ◆ **Socioculturales.** Sistema de apoyo familiar y social, cultural, religión, educación, status socioeconómico, rol social, estilo de vida, organización social, valores y creencias, entorno lejano (clima, temperatura, humedad, ruido, etc.), entorno próximo (iluminación, mobiliario, ruidos, etc.)

Observaciones

- ◆ Integridad neuromuscular, de los sentidos y del sistema inmunológico.
- ◆ Ansiedad, falta de control, falta de habilidades de afrontamiento, laboral, aspecto descuidado, inhibición, desconfianza, agresividad, alteraciones en la senso-percepción o en la conciencia originadas por sobre-exposición a estímulos o por privación, interacciones con personas significativas, comportamientos peligrosos.
- ◆ Autoconcepto/autoestima (sí protege o evita mirar o tocar zonas de su cuerpo, armonía en el aspecto físico, existencia de cicatrices, deformidades congénitas o no, alteraciones en el funcionamiento del cuerpo).

- ♦ Condiciones del ambiente próximo (temperatura, humedad, iluminación, barreras ambientales—suelo encerado, mojado, barandillas en la cama, etc.—, ruidos), salubridad del ambiente lejano (alcantarillas, polución...)

Interacciones.

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

- ♦ ¿De qué forma maneja su familia las situaciones de estrés? (Flexibilidad en el rol, quién toma las decisiones, solución a la disparidad de criterios entre los miembros del grupo familiar.)
- ♦ ¿Cuál es el rol y status que ocupa en la familia?
- ♦ ¿Ha sufrido alguna alteración física que haya alterado su autoimagen/autoconcepto?
- ♦ ¿Es o ha sido más difícil de lo previsible aceptar los cambios ocurridos a raíz de una situación de cambio o crisis? (Enfermedad, amputación, cirugía.)
- ♦ ¿Pertenece a alguna organización, asociación o grupo social o religioso? ¿Le proporciona sentimientos de pertenencia y seguridad?
- ♦ ¿Qué personas o grupos le han ayudado a sobrellevar la situación de crisis?, ¿cómo?
- ♦ ¿Qué personas pueden ayudarle en la actualidad? (Familia, amigos, vecinos.)
¿Cuáles cree Ud. que le aportan sentimientos de seguridad y estarían dispuestas a ayudarle?
- ♦ ¿Cómo ha reaccionado la familia ante sus problemas actuales de salud? (Actitud de aceptación y apoyo, rechazo, abandono, indiferencia.)
- ♦ En situaciones anteriores de crisis o de cambio, ¿Ha sido capaz de identificar las necesidades de apoyo, las personas-recurso que pueden prestarlo y abiertamente?
- ♦ ¿Cómo percibe su situación actual en cuanto a mantener un tipo de vida en armonía consigo y su entorno?
- ♦ ¿Cuáles son sus metas en un futuro próximo (3-5 años)?, ¿Cómo planea lograrlas?
- ♦ ¿Dispone de espacio propio en su entorno inmediato—casa, trabajo u hospital—? En caso negativo, ¿en qué medida le afecta en sus sentimientos de seguridad psíquica?
- ♦ ¿Se encuentra en una situación económica que le proporciona seguridad física y psicológica? ¿Prevé cambios? ¿Le preocupa respecto al futuro?
- ♦ ¿Se encuentra en una situación afectiva que le proporciona seguridad? ¿Prevé cambios? ¿Le preocupa respecto al futuro?
- ♦ ¿Tiene sentimientos de control sobre sí mismo (equilibrio entre dependencia e interdependencia) y sobre el medio?

- ♦ ¿Cuáles son sus hábitos respecto a drogas, alcohol, tabaco, café, té, bebidas con cola y medicamentos?
- ♦ ¿Qué cantidad al día/semana consume? ¿En compañía o en solitario? ¿Cuál cree Ud. que es/ son la/s causas/s de este consumo?
- ♦ ¿Conoce los efectos del consumo de estas sustancias sobre su salud y sus relaciones?
- ♦ ¿Conoce técnicas para mejorar su estado de bienestar, su salud, sus relaciones consigo mismo y con los demás, y para aumentar las competencias en el manejo del estrés? (Técnicas de asertividad, técnicas de relajación, técnicas de resolución de problemas....)

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Factores que influyen esta necesidad

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

Observaciones.

- ♦ Estado de los órganos de los sentidos (en caso de prótesis, adecuación de éstas) y del sistema neuromuscular.
- ♦ Dificultad respiratoria, fatiga, y debilidad.

- ♦ Comunicación verbal (directa y abierta, poco clara o evasiva, habilidades de comunicación-assertividad, feedback, etc. —, barreras idiomáticas, dificultades en la fonación (tartamudeo, balbuceos...). Comunicación no verbal (contacto visual, lenguaje corporal, gestos, tono de voz, congruencia con la verbal, expresión de sentimientos por el tacto). Utilización de la expresión escrita.
- ♦ Cantidad y calidad de las interacciones con la familia y con las personas del entorno (facilidad de expresión de sentimientos y pensamientos, pertenencia a grupos, relaciones armoniosas con la familia, grupos, etc.).
- ♦ Actitudes facilitadoras de la relación (confianza, receptividad, empatía, compromiso, concreción, disponibilidad).
- ♦ Utilización de mecanismos de defensa (negación, inhibición, agresividad/hostilidad, desplazamiento, etc.).
- ♦ Condiciones del entorno que ayudan/limitan la satisfacción de esta necesidad (sonorización, luz, intimidad, compañía, etc.)

Interacciones.

- ♦ ¿En qué medida le ha afectado en su necesidad de comunicación, la existencia de limitaciones físicas, enfermedad, cicatrices? (A nivel personal, familiar y de relaciones con los demás.)
- ♦ De las personas significativas de que dispone como recurso, ¿con cuáles puede intercambiar puntos de vista o compartir problemas o inquietudes? ¿Puede hacerlo a menudo o cuando cree necesario?
- ♦ ¿Cuánto tiempo pasa solo/a? ¿por qué? ¿Con cuántas personas suele relacionarse diariamente?
- ♦ ¿Tiene contactos sociales en forma regular y que le resulten satisfactorios?
- ♦ ¿De qué forma expresa generalmente sus sentimientos y pensamientos a los demás (verbal y directamente, indirectamente, a través de alusiones y del comportamiento)? Si en alguna situación no los expresa, ¿cuándo y por qué?, ¿cómo se siente?

- ♦ ¿Cree necesario y/o adecuado manifestar lo que siente u opina a su familia o amigos?, por qué?
- ♦ Se encuentra a gusto siendo tal como es en relación a sí mismo o a los demás (familia, amigos, colaboradores, compañeros) en cuanto al aspecto físico – peso, apariencia – psicológico y social?
- ♦ ¿Qué tipo de humor tiene por lo general? (Deprimido, alegre.) ¿Tiene a menudo cambios en el humor? ¿Le causa problemas de relación consigo mismo o con los demás?
- ♦ ¿De qué manera se relaciona su familia como un todo? (Reuniones periódicas, celebraciones.)
- ♦ ¿Qué posición ocupa en el seno de su familia? ¿Cómo se ve usted? ¿Cómo le ven los demás?
- ♦ ¿Existe algún conflicto importante de relación con su familia y/o entre los miembros del grupo familiar?
- ♦ Con cuál de sus familiares tiene mejor relación?, ¿Por qué?
- ♦ ¿Qué otras personas son importantes para usted? ¿Cómo se ve en la relación con los demás? ¿Qué cree que esperan de Ud.?
- ♦ ¿En qué tipo de vivienda habita? (Número de habitaciones, espacio.) ¿Le afecta en su necesidad de comunicación?
- ♦ Si tiene problemas de espacio físico en su entorno inmediato, ¿le afecta en su necesidad de comunicación?
- ♦ ¿Tiene algún tipo de mascota o animal doméstico? ¿De qué manera le ayuda en su necesidad de comunicación? (Le hace compañía, le hace sentirse seguro/a...)
- ♦ Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿Se afecta su necesidad de comunicación?, ¿cómo? (Arreglo físico, aislamiento, búsqueda de relaciones, inactividad/hiperactividad, problemas de concentración/atención, de expresión, etc.)
- ♦ ¿Tiene sentimientos, pensamientos o comportamientos competitivos con alguien de su familia o amigos? (Aspectos materiales, de status, físicos.) Si su situación actual los modifica, ¿en qué medida le preocupa o afecta?

- ♦ ¿Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria para Ud.? En caso negativo, ¿le resulta un problema digno de mención? En caso afirmativo, ¿cree que la causa es personal o situacional?.

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Factores que influyen en esta necesidad.

- ♦ Biofisiológicos. Edad y etapa de desarrollo, integridad del sistema neuromuscular.
- ♦ Psicológicos. Emociones, actitudes, estado de ánimo, personalidad de base, pensamiento, inteligencia, percepción puntual del entorno (catástrofes, enfermedades....)
- ♦ Socioculturales. Cultura, religión y creencias (sentido de la vida y la muerte, deseo de comunicarse con un ser supremo, deseo de vivir con una filosofía de ideales personales, noción de trascendencia), influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, patrones y estructura de la comunidad).

Observaciones.

- ♦ Forma de vestir de la persona, familia y amigos (hábitos, vestimentas específicas de un grupo social o religioso) y actitud ante ello (si se trata de esconder signos distintivos).
- ♦ Indicadores de valores en las interacciones (diálogo abierto, estimulante, motivador, etc. , utilización o evitación del tacto como medio de expresión).

- ♦ Nivel de integración de los valores en su vida diaria (realización de ritos, congruencia entre creencias/valores y comportamientos, etc.).
- ♦ Condiciones del entorno que ayudan/limitan la satisfacción de esta necesidad (existencia accesibilidad a lugares determinados: iglesias, lugares de reunión y encuentros, etc.). Presencia de algún objeto, en el entorno próximo o en la propia persona, indicativo de determinados valores o creencias. Existencia de indicadores de valores en el ambiente (tipo de objetos – libros, publicaciones, muebles, objetos personales –, orden y conservación de tales objetos).

Interacciones.

- ♦ ¿Cómo le influye el estado de ánimo, las tensiones o el estrés, en la satisfacción de esta necesidad?
- ♦ ¿En qué tipo de creencias religiosas fue educado en su infancia? ¿Cuáles de ellas son significativas ahora para Ud.? ¿Suponen una ayuda o le generan conflictos personales, familiares, o algún tipo de problema en su entorno?
- ♦ ¿Qué tipo de ritos o comportamientos (dietas, posturas, gestos...) asociados a sus creencias debe practicar? ¿Con qué frecuencia? ¿Con qué exigencias o requerimientos específicos? ¿Puede practicarlos sin dificultad en la actualidad?
- ♦ ¿Cuáles son los valores relevantes propios de su grupo familiar? (Valor a la honestidad, a la unión familiar, al trabajo, al dinero, al éxito, al ocio, etc.) ¿Qué significan para Ud. en este momento? (Le suponen ayuda, conflicto...)
- ♦ ¿Cuáles son los valores relevantes propios de su grupo social? (Competitividad, éxito, conformidad, ayuda, solidaridad, etc.) ¿Qué significan para Ud. en este momento? (Le suponen ayuda, conflicto...)
- ♦ ¿Cuáles son sus propios valores personales integrados en su estilo de vida? (Importancia al trabajo, familia, salud. Vida, muerte, dinero, amistad, disponibilidad...) ¿Qué orden de prioridad establece?

- ◆ ¿En qué medida sus valores personales están siendo alterados por su situación actual? ¿Qué sentimientos y pensamientos problemáticos para Ud. le provoca esta situación?
- ◆ ¿En caso de necesidad, desearía tener la oportunidad de expresar sus últimas voluntades? (Donación de órganos, servicios religiosos, testamentos, cartas, etc.).

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Factores que influyen en esta necesidad.

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

Observaciones.

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

Interacciones.

- ◆ ¿Qué tipo de trabajo u ocupación realiza? (Intelectual o físico), ¿Cuánto tiempo le dedica?, ¿Qué energías personales y nivel de implicación le supone su trabajo?
- ◆ ¿Cómo se siente en relación a su trabajo? (Satisfactorio, valorado, participación, relación con superiores, iguales y/o inferiores, posibilidades de promoción.)
- ◆ Su remuneración, ¿le permite cubrir necesidades básicas y/o las de su familia?
- ◆ Su rol profesional, ¿le supone tener que superar algún conflicto con otros roles familiares o sociales? (Madre, padre, policías, etc.)
- ◆ ¿Se ha producido o puede producirse alguna modificación en sus roles a raíz de su situación actual? ¿Qué tipo de problemas le ha supuesto? ¿Ha recibido ayuda de su grupo familiar en la nueva distribución de roles? ¿Ha recibido apoyo en su grupo de trabajo?
- ◆ ¿Cómo vive usted esta actual situación de cambio? (Pérdida del status, incapacidad de adaptarse al nuevo rol, incapacidad asimismo del grupo familiar para proporcionar ayuda, disminución o no del autoconcepto, falta de expectativas, etc.)
- ◆ ¿De qué manera se enfrenta a la situación? (activa o pasivamente). ¿Se plantea formas alternativas de estilo de vida? (Nueva filosofía de vida adaptada a la situación, nuevas maneras de disfrutar en el tiempo libre y de enfocar el trabajo, modo de adaptarse a nuevos roles, relación con la familia y amigos.)
- ◆ ¿Las situaciones de tensión o conflicto influyen en la satisfacción de esta necesidad? ¿de qué modo?
- ◆ ¿Conoce la existencia de los recursos de apoyo disponibles en la comunidad? (Asociaciones, grupos de autoayuda y de ayuda a los demás, ayuda profesional.)
¿Los utiliza o estaría dispuesto a utilizarlos?.

13. NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Factores que influyen en esta necesidad

- ◆ Biofisiológicos. Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas.
- ◆ Psicológicos. Madurez personal, sensopercepción, inteligencia, pensamiento, emociones, motivación, personalidad de base, humor de base, estado de ánimo, autoconcepto.
- ◆ Sociocultural. Cultura, rol social (trabajo/ocio), influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, estructura de recursos y servicios), estilo de vida.

Observaciones

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

Interacciones.

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

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Factores que influyen en esta necesidad.

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

Observaciones.

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

Interacciones.

- ◆ ¿Qué estudios ha realizado? ¿Puede leer, escribir...?
- ◆ ¿Las situaciones de emociones intensas le influyen en la satisfacción de esta necesidad?, ¿de qué modo?
- ◆ ¿Ha tenido alguna vez dificultades en aprender cosas nuevas? ¿Qué tipo de situaciones o cosas le han creado esta dificultad?
- ◆ ¿Cómo le resulta más fácil aprender o retener conceptos o habilidades nuevas? (Leyendo, escribiendo, observando, mirando, varias a la vez...)
- ◆ ¿Ha tenido alguna dificultad en poner en marcha y mantener comportamientos generados de salud, que resultan de un nuevo aprendizaje? (Dejar de fumar, hacer ejercicio o dieta...)
- ◆ ¿Tiene conocimientos sobre sí mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, tratamiento y autocuidados necesarios? ¿Considera que son suficientes?
- ◆ ¿Tiene problemas de relación dignos de mencionar con su familia, amigos o personas significativas? En caso afirmativo, ¿cree que aprender a mejorar la forma de comunicarse y relacionarse le ayudaría?
- ◆ ¿Tiene conocimientos sobre el ser humano y su desarrollo a lo largo del ciclo vital? ¿Considera que son suficientes para comprender las conductas de las personas significativas y relacionarse de manera satisfactoria?
- ◆ ¿Tiene suficiente conocimiento sobre la familia como grupo y su evolución a lo largo del ciclo familiar, que le permita comprender los comportamientos de sus miembros y hacer frente a las situaciones de cambio y de crisis de manera adaptativa?
- ◆ ¿Conoce las diferentes fuentes de apoyo de que dispone en la comunidad? ¿Sabe cómo utilizarlas? ¿Las utiliza? En caso negativo, ¿por qué?
- ◆ ¿Desearía incrementar sus aprendizajes en aspectos relativos a su salud/enfermedad? (Técnicas de autocontrol emocional, cambios en hábitos de vida, funcionamiento del propio cuerpo en situación de salud y enfermedad, alternativas en estilos de vida, procedimientos, etc.

9- Aplicación del modelo de Virginia. Henderson

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención:

1. En las **ETAPAS DE VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO**, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:

- El grado independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2. En las **ETAPAS DE PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN**, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo- siempre que sea posible- en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.

3. Finalmente, en la etapa de **EVALUACIÓN**, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y / o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. Evidentemente, esto no significa que nosotras le proporcionemos la independencia,

sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarle a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.

Finalización del proceso de atención

Una vez se ha llevado a cabo la etapa de planificación, el proceso continúa con la etapa de ejecución y finaliza con la evaluación de dicho proceso, siendo dicha evaluación un hecho continuo y sistemático con distintas finalidades y tiempos.

La etapa de EJECUCIÓN, que consiste en la puesta en práctica del plan de cuidados, no presenta diferencias significativas en función del modelo de enfermería escogido, ya que lo determina la forma en que se desarrolla esta etapa es el plan de cuidados que, como hemos visto, sí está influenciado por el modelo teórico de referencia.

En cuanto a la etapa de EVALUACIÓN, se pueden realizar algunas matizaciones. Lo que se pretende en esta etapa es evaluar el logro de los objetivos fijados. Por lo tanto, si los objetivos han sido establecidos previamente con valores de independencia a alcanzar, los criterios de resultados que miden estos objetivos también nos determinarán si dichos valores de independencia se han alcanzado o no. Si el resultado ha sido positivo, puede considerarse el desarrollo del proceso como correcto, y en caso contrario.

En todo caso, la evaluación sirve tanto para analizar el cumplimiento de los objetivos de los cuidados, como para obtener datos fiables sobre la adecuación de las actividades de enfermería en tanto sean pertinentes y realizadas por la persona o personas adecuadas (paciente, familia, enfermera).

Esta última etapa del Proceso de Atención, la Evaluación, lógicamente sí que varía en función del modelo elegido, ya que las actividades que se planifican están en relación directa al modo de suplencia o ayuda que se ha elegido y a la causa de la

dificultad (modelo de Henderson), al comportamiento inadaptado y a los estímulos sobre los que hay que incidir (modelo de Roy) o bien al déficit de autocuidado terapéutico y al sistema de enfermería diseñado (modelo de Orem). (Fernández, 1999).

10- El proceso de atención de enfermería.

Antecedentes de Atención de Enfermería.

La ciencia de la Enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El proceso de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del paciente o del sistema familiar.

El Proceso de Enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería.

El Proceso de Enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto, Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso distinto de tres fases diferente que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases.

El Proceso de Enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de la enfermería. A.N.A. Utilizó el Proceso de Enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. El proceso de enfermería ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de enfermería. También ha sido incluido en la definición de enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la práctica de enfermería más recientemente, se revisaron los exámenes de licenciatura de los tribunales estatales para probar la capacidad del profesional de enfermería registrado, aspirante para utilizar los pasos del Proceso de Enfermería.

Yura Walsh (19788) afirma que " el proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el proceso de atención de enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible". (Iyer, 1997).

Y

Qué es el proceso de enfermería

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde a forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.(Alfaro 1988).

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- ◆ **Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- ◆ **Diagnóstico de Enfermería.** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- ◆ **Planificación.** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- ◆ **Ejecución.** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- ◆ **Evaluación.** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Las ventajas:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el

campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- ◆ Participación en su propio cuidado.
- ◆ Continuidad en la atención.
- ◆ Mejora la calidad de la atención.
- ◆ Para la enfermera:
- ◆ Se convierte en experta.

Satisfacción en el trabajo.

Crecimiento profesional. (<http://teleline.terra.es/personal/duenas/pae.htm>).

Cinco etapas del proceso de enfermería

VALORACIÓN: Reunir información (datos) a fin de identificar los problemas de salud reales o potenciales.

DIAGNÓSTICO: En cuanto a éste segura de que la información que ha recopilado es correcta, puede proceder analizarla.

PLANIFICACIÓN: Una vez identificados, diagnosticados, los problemas, estará en condiciones de sentarse hablar con el paciente y elaborar un plan de acción tendente a reducir o eliminar dichos problemas y promover la salud.

EJECUCIÓN: Llevar a la práctica el plan.

EVALUACIÓN: Usted y el paciente deben determinar cómo ha funcionado el plan de cuidados y si es necesario introducir en él alguna modificación. (Alfaro 1988).

Valoración:

Es la primera etapa del proceso de enfermería dado que todas las decisiones y actividades de enfermería se basan en la información reunida durante esta fase, debe considerarla de importancia crucial este proceso de recogida de datos incluye las siguientes actividades:

Obtención

Validación

Organización de datos

Identificación de modelos(Alfaro 1988).

Etapa de valoración:

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales.

Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, éstos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo

la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- ♦ Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- ♦ Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones(ideas, creencias, etc.)

- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- - Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos)
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas.)
- datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiendo por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

- Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- Interferencia emocional Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso de responsabilización de las obligaciones, Borrell (1986),
- Interferencia social: En este caso las diferencias sociales con llevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de

transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- Expresiones faciales,
- La forma de estar y la posición corporal,
- Los gestos,
- El contacto físico,
- La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- **Empatía:** Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.
- **Calidez:** Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- **Respeto:** Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.
- **Concreción:** Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador:

La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

B) La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los

movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilicemos. ([http://pil/teleline.terra.es/personal/duenas/pae.htm](http://pil.teleline.terra.es/personal/duenas/pae.htm))

Diagnóstico:

Se trata de una fase de enorme importancia, pues es en ella cuando se analizan los datos para identificar los diagnósticos y problemas de enfermería que constituirán la base del plan de cuidados. Es necesario identificar los problemas antes de planificar los cuidados de enfermería. (Alfaro 1988).

Fase de diagnóstico:

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución

y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

1. - Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alterativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2. - Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

C. Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

- Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
 - Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
 - Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
 - Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada
 - Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.
- **Docencia:** la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum. Permite:
- Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos
 - Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.
- **Asistencial:** El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:
- identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
 - Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia
 - Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.

- Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
 - Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
 - Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
 - Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
 - Mejorar y facilitar la comunicación ínter e interdisciplinar.
- ❑ **Gestión:** Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:
- Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
 - Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
 - Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
 - Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
 - Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
 - Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se

aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- 1- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
2. - Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- 3- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
4. - Las características que definen los diagnóstico reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
5. - Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:
 - F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa
 - F. de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
 - De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
 - Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
 - F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

D) Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- **Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **Posible:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo

sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

- De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.

- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos. <<http://teleline.terra.es/personal/duenas/pae.htm> >.

Definición de los diagnósticos de enfermería.

" Diagnóstico de enfermería: problema de salud real o potencial (de un individuo, familia, o grupo) que las enfermeras pueden tratar de forma legal e independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo."

Los diagnósticos de enfermería son descripciones de la respuesta humana de un individuo o grupo a su estado de salud y a menudo se expresan como alteraciones reales o potenciales de ésta. Puesto que la respuesta humana está influida en gran parte por la perspectiva única y propia de cada persona, el uso de los diagnósticos de enfermería exige que la enfermera vea el cuidado de la salud a través de los ojos del paciente. (Alfaro 1988).

Plan de cuidados.

Plan escrito de cuidados de enfermería que describe los problemas específicos del cliente, evolución esperada, órdenes de enfermería y progreso del paciente. (Alfaro 1988).

Planificación de los cuidados de enfermería:

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a

prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989). <<http://teleline.terra.es/personal/duenas/pae.htm>>.

Fijación de prioridades

Hoy más que nunca las enfermeras deben aprender a establecer prioridades.

Al brindar cuidados de enfermería a individuos, familias o grupos, observará que los problemas, situaciones y prioridades pueden cambiar de día en día, e incluso de hora en hora. Tendrá que aprender a ser flexible y fijar las prioridades en función del estado actual de las situaciones y los problemas presentes. (Alfaro 1988).

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

- **Elaboración de las actuaciones de enfermería**, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta. <<http://teleline.terra.es/personal/duenas/pae.htm>>.

Actuaciones de enfermería:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se

elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnóstico enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.
- Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja. La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería, Iyer (1989).

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica

- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer (1989), las que siguen:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades,
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de Pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

- El diagnóstico enfermero real:

- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- Promover mayor nivel de bienestar.
- Controlar el estado de salud.

- Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- Reducir o eliminar los factores de riesgo,
- Prevenir que se produzca el problema.
- Controlar el inicio de problemas.

- Para el diagnóstico enfermero posible:

- Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

- Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

- Para problemas interdependientes:

- Controlar los cambios de estado del paciente.
- Manejar los cambios de estado de salud.
- Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera V el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- Identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles.

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por sí mismos.

Y también, la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, según Carpenito (1987) son:

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico).

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Iyer (1989):

- La fecha.
- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quién (sujeto).

- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto
- Las modificaciones a un tratamiento estándar
- La firma.

Para terminar este apartado, digamos que, las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente. <<http://pil.teleline.terra.es/personal/duenas/pae.htm>>.

Continuación de la recolección y valoración de datos

Al poner en práctica las actividades de enfermería, es importante recordar que debe seguir recopilando los datos pertinentes y valorando los comportamientos del paciente mientras le brinda los cuidados de enfermería. El tiempo que emplea en realizar actividades de enfermería rutinarias o específicas pueden ser útil para obtener nuevos datos.

Realización de las actividades de enfermería

Las actividades de enfermería son aquellas acciones que efectúan la enfermera y el paciente para prevenir la enfermedad (o sus complicaciones) y promover, mantener o restablecer la salud. Realizar las actividades de enfermería supone:

- Efectuar directamente unas actividades para un paciente.
- Ayudar al paciente a efectuar una actividad por sí mismo.
- Supervisar al paciente (o a la familia) mientras realiza una actividad por sí solo.
- Enseñar al paciente (o a la familia) a cuidar su salud.
 - Aconsejar al paciente (o a la familia) sobre la toma de decisiones para buscar y utilizar los recursos adecuados en el cuidado de su salud.

Controlar (valorar) al paciente por si desarrolla complicaciones potenciales de su enfermedad. (Alfaro 1988).

Administración de los cuidados en base a los objetivos

Establecer objetivos es una parte necesaria de la fase de planificación del proceso de enfermería, pues es importante asegurar que todos saben lo que se pretende conseguir y cuándo. Establecer objetivos con el paciente reduce los errores de comprensión del plan de cuidados e incentiva tanto al enfermo, como la enfermera.

Objetivos a corto y largo plazo

Proporcionar cuidados dirigidos por objetivos obliga a establecerlos tanto a corto, como a largo plazo. Los objetivos a corto plazo (OCP) son aquellos que pueden cumplirse con relativa rapidez, a menudo en menos de una semana. Los objetivos a largo plazo (OLP) se alcanzarán tras un período más prolongado, generalmente semanas o meses. Con frecuencia, la enfermera puede establecer varios objetivos a corto plazo con el fin de alcanzar uno a largo plazo.

Los objetivos a largo plazo también pueden incluir objetivos continuos (es decir, que se han de cumplir cada día). (Alfaro 1988).

Documentación y Registro de la Valoración:

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería

- Permite la formación pregrado y postgrado

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

A) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.

B) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.

C) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular", etc.

D) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.

E) La anotación debe ser clara y concisa.

F) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.

G) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común. <<http://teleline.terra.es/personal/duenas/pae.htm>>.

Ejecución :

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas. (Alfaro 1988).

Relación entre planificación y ejecución.

La planificación y la ejecución a menudo están tan íntimamente relacionadas que puede ocurrir que, en el ámbito clínico, le parezca que se ha omitido la etapa de planificación del proceso de enfermería, ya que las actividades se realizan inmediatamente después de la valoración y los diagnósticos. (Alfaro 1988)

Evaluación:

La evaluación es la quinta etapa del proceso de enfermería. Es durante esta fase cuando determinará cómo ha funcionado el plan de cuidados de enfermería. Es decir, tendrá que establecer si el paciente ha alcanzado los objetivos del plan de cuidados. Aunque a la evaluación a menudo se la denomina la "etapa final" del proceso de enfermería.

Esta evaluación global ayuda a determinar si realmente ha elaborado el mejor plan de cuidados posible para el paciente en concreto. También permite identificar los cambios necesarios para mejorar un poco más dicho plan.

La evaluación implica las siguientes actividades: de los criterios para la evaluación.

- Establecimiento de los criterios para la evaluación.
- Evaluación de la consecución de los objetivos.
- Valoración de las variables que afectan la consecución de objetivos.

- **Modificación del plan de cuidados/conclusión de los cuidados de enfermería.**

Establecimiento de los criterios de evaluación/evaluación de la consecución de los objetivos

En una situación ideal, los criterios que establezca para la evaluación coincidirán con los objetivos o resultados que ha identificado durante la fase de planificación. Es decir, durante la fase de planificación fija objetivos para el paciente, y ahora debe decidir en qué medida se han alcanzado dichos objetivos.

Pasos para la evaluación de la consecución de los objetivos

1. Enumere los objetivos (criterios de resultados) que haya establecido durante la fase de planificación.
2. Valore lo que el paciente es capaz de hacer en relación a los objetivos
3. Compare lo que el paciente es capaz de hacer con lo que usted ha establecido como objetivo.
4. Comente los objetivos con el paciente. Estimúlele a expresar si cree que los ha conseguido o no.
5. Si se han alcanzado con facilidad todos los objetivos.
6. Si los objetivos sólo se han cubierto en parte o no se han alcanzado en absoluto, reúna datos para determinar lo que no funciona.
7. Anote sus hallazgos. (Alfaro 1988).

Evaluación :

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1. - Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2. - Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3. - Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

4. - Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5. - Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6. - Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para

plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

<<http://teleline.terra.es/personal/duenas/pae.htm>>.

11. - Cambios psicológicos durante el embarazo.

Las emociones durante el embarazo

Secretamente adoramos el embarazo y el parto porque cada uno de nosotros representa el producto de ese proceso y porque representa el futuro de nuestra raza. Pero, como sucede con todos los ideales religiosos, existe otro lado de la moneda.

El Secreto que rodea el hecho de tener un hijo refleja, en parte, nuestra falta de comprensión y nuestro consecuente temor al poder femenino capaz de producir una nueva vida, algo que los hombres jamás pueden igualar y que, en una sociedad patriarcal, se mantiene a distancia.

El embarazo, para la mayoría de las mujeres, constituye un periodo de duda, de ansiedad, de emociones cambiantes y de un arduo trabajo psicológico.

¿Las hormonas lo son todo?.

Comúnmente se cree que los cambios de humor durante el embarazo se deben a cambios hormonales. En muchos de los libros sobre embarazo se considera que las hormonas son las culpables de la inestabilidad emocional.

Hay dos hormonas principales las cuales desempeñan papeles fundamentales durante el embarazo (la progesterona y el estrógeno) y a las cuales se ha atribuido la responsabilidad de tales cambios de humor, también existe la posibilidad de que, en algunas mujeres, ambas hormonas se "desequilibren". Una tercera hormona, la gonadotropina coriónica humana, producida por el embrión en las etapas iniciales, ha despertado un especial interés porque llega a su punto máximo alrededor de la décima semana de embarazo y luego vuelve a descender, pues su presencia se relaciona muy estrechamente con la duración de los malestares de los tres primeros meses.

La cultura y la personalidad

Es probable que los cambios hormonales, en la menstruación, causen un cambio implícito y moderado en el sistema físico. Algunas mujeres se percatan de ello más que otras. Normalmente los humanos son muy adaptables al medio, tanto interno como externo. Se necesita otra explicación para entender porque algunas mujeres sufren más como respuesta a sus cambios corporales. Esta parece ser la influencia de las expectativas psicológicas que son formuladas por la cultura en que viven y su propia personalidad y experiencia familiar conforman.

Así, aunque es improbable que los cambios hormonales, durante el embarazo en sí, produzcan emociones variables (excepto quizá en algunas mujeres cuando los cambios son muy considerables), si es más probable que una mujer reaccione tanto a los cambios de su propio cuerpo como al papel que la sociedad le asigna.

El papel de la ansiedad

Sin embargo, el miedo y la ansiedad no sólo constituyen aspectos inevitables del embarazo, sino que desempeñan un papel importante en la preparación de una mujer, durante los últimos tres meses, para el parto y la maternidad. Esto parece paradójico porque es fácil malinterpretar la ansiedad. La ansiedad y la tensión normalmente nos parecen desagradables, quizás hasta perjudiciales, por lo que preferiríamos que no existiesen.

Para la mayoría de nosotros, sin embargo, es imposible lograr algo sin experimentar tensión y ansiedad. El biólogo Hans Selye sugiere que necesitamos dos palabras para reemplazar el término tensión. Eutensión es el término que propone para la tensión agradable o constructiva, semejante a la experimentada por los montañistas o los actores. La palabra distensión designa la tensión desagradable,

similar a la causada por un accidente o algún padecimiento. En tales términos, entonces, si una mujer se halla feliz por su embarazo y espera con interés la llegada de su bebé, la tensión que experimenta será la eutensión. Si por el contrario, se siente infeliz con su embarazo o carece de un sólido marco de ideas y comportamientos en el cual pueda encajar su embarazo si ella no puede dar, por entero, la bienvenida al bebé que espera entonces experimentará la ditensión.

Las impartidas por las instituciones médicas tienden a concentrarse, por razón natural, en los aspectos biomédicos del parto y comprenden, por lo regular, sencillas sesiones de enseñanza directa. Dado que el dolor en el parto se asocia con altos niveles de ansiedad, y que las buenas clases lo reducen, éstas parecen ser benéficas para ayudar a las mujeres a enfrentarse a la distensión o a la ansiedad que acompaña al parto.

La ansiedad de los primeros meses se puede atribuir a la necesidad de adaptación al embarazo, tarea que termina cómodamente, para la mayoría, al finalizar el tercer mes. La ansiedad vuelve aumentar a medida que el parto se aproxima, reflejando los grandes cambios que ocurren en el cuerpo de la mujer, al acercarse el parto y la llegada del nuevo bebé.

Las fantasías

Durante los últimos tres meses, muchas mujeres experimentan temores y fantasías de naturaleza muy dramática y con frecuencia horripilante, las cuales invaden sus sueños y pensamientos. Muchas sueñan con accidentes donde son mutiladas. Un sueño común o fantasioso es aquél en el cual ven que su niño nace muerto o deforme.

Esta clase de sueños y fantasías son comunes cuando estamos sometidos a una tensión y cumplen la función de ensayar mentalmente los posibles resultados que, por ser demasiado remotos y horribles, no lo aceptamos, en nuestros pensamientos normales; Lo que una mujer con tales temores necesita es una oportunidad de

explayarlos y discutirlos con alguien que la escuche comprensivamente y entienda los pensamientos y sentimientos de las mujeres embarazadas.

El trabajo psicológico

Las mujeres que nunca experimentan ansiedad durante el embarazo tienden a sentirse tan mal durante el parto, y después del mismo, como aquéllas que experimentan niveles moderados de ansiedad son quienes tienden a sentirse mejor durante y después del parto. Esto se debe a que dichas mujeres están llevando a cabo lo que Irving Janis denomina "trabajo psicológico". Se les presenta un problema, una crisis próxima y un encuentro con lo desconocido, y trabajan en ello.

Cuando el embarazo se siente como una enfermedad

Ciertas mujeres tratan a su embarazo como una enfermedad. No lo consideran un acontecimiento normal que entraña cambios físicos normales y requiere de cambios psicológicos apropiados en sí mismo. Tales mujeres pueden desanimarse al ver al médico no opinar de la misma forma. Dichas mujeres también suelen tener partos difíciles.

Una mujer preñada que considera su embarazo como una enfermedad, en vez de una función fisiológica normal, tiende a considerarse a sí misma exenta de las responsabilidades normales, esto es, se comporta como si estuviera enferma y desamparada. Se ve a sí misma como un ser que se encuentra en cierto "estado" y que tiende a sentirse ansiosa por sus cambios corporales y funcionales, como si estos fueran la prueba de algún desorden.

La tensión causada por los cambios sociales también conduce a la sensación de estar enferma más que a la de encontrarse saludablemente embarazada. No importa que los cambios se den hacia arriba o hacia abajo. No es probable que si permanece en un constante cambio social, en cualquier dirección, el resultado, para su experiencia con el embarazo, sea bueno.

Dana Breen descubrió que las mujeres con dificultades para adaptarse al embarazo y al parto tienden a poseer una visión altamente idealizada de lo que debe ser una madre, y , probablemente en comparación con las mujeres que se adaptan bien a su embarazo, tienden a ver a sus madres como "buenas madres".

¿ Tres en dos?

"dos es compañía, pero tres ya no". Todo bebé altera el patrón de las relaciones que existían en la familia hasta antes de su llegada. Sin embargo , el impacto del primero es mayor, pues irrumpe en la pareja, la cual representa el más sólido de los modelos, para una "tercia", la cual potencialmente constituye uno de los modelos más débiles. Probablemente por esta razón se sienten los efectos de este desafío sobre la pareja mucho antes del arribo del bebé.

La pareja se pregunta si los dividirá o los unirá. Tanto el esposo como la esposa aceptan más fácilmente el embarazo si no ven al niño como algo que va a construir un estorbo entre ellos. Si dependen mucho uno del otro , tienden aún más a ver al niño como un intruso.

Por otro lado el matrimonio donde hay un alto grado de independencia entre los cónyuges es aquél en el cual la llegada del primer bebé puede traer consigo una mayor felicidad y satisfacción. En algunos casos, esto se debe a que la relación entre ambos cónyuges, no se perturba por el bebé en otros, porque el niño cimienta una relación que nunca antes había estado adecuadamente unida.

El cuerpo y el sexo durante el embarazo

Los cambios de las hormonas provocan en el volumen sanguíneo, en la cantidad de trabajo que el corazón debe realizar, en el peso del alimento que ha de consumir y metabolizar, en el cada vez mayor desplazamiento de sus entrañas, y en los últimos tres meses, la presión sobre su corazón, pulmones, hígado, riñones y otros órganos internos, todos hacen patente su presencia en forma más o menos directas o

sutiles. Si todo esto no fuera un acontecimiento biológico femenino normal, sería intolerable.

Pero, aunque los cambios son biológicamente normales, no lo son en el sentido de ser parte de la experiencia cotidiana de una mujer. Así que ella debe realizar un gran esfuerzo de adaptación psicológica durante el proceso. Una mujer que de antemano se considera más obesa de lo normal quizá también resienta un aumento adicional en su peso.

La mayoría de las mujeres experimentan, con sentimientos diversos, los cambios ocurridos en su cuerpo durante el embarazo. Para la mayoría existe al menos cierta sensación de orgullo por la expansión de su vientre, como signo externo y visible de un cambio psicológico y biológico interior, y muchas más triunfan de todo corazón en su nuevo estado. Pero, para muchas otras, lo poco familiar de su estado, así como la ignorancia o incertidumbre sobre la duración de tales cambios, perjudican tristemente el placer que experimentan. Muchas que suponen (generalizado) que el peso y la curva del vientre de una mujer embarazada tiene una belleza y una distinción muy propias, encuentran, sin embargo, que es difícil aceptar esto por completo cuando el vientre en cuestión es el propio.

Las mujeres que asumen una actitud positiva en relación con su cuerpo, antes del embarazo, son quienes mejor pueden sentirse durante los nueve meses.

El sexo durante el embarazo

Varios estudios recientes han demostrado que muchas mujeres no advierten conscientemente los cambios que ocurren en su cuerpo. Indagar si las mujeres responden, con la misma intensidad que los hombres, al material erótico. Descubrió que en general lo hacen, aun cuando muchas no se dan cuenta de ello. Hay poca confusión relativa de los signos externos y visibles de la excitación sexual masculina, pero la autopercepción es una tarea muy difícil para las mujeres. El aumento del pulso, la erección de los pezones y de los labios vulvares, así como el

flujo creciente de la vagina sencillamente no son registrados en forma consciente por muchas mujeres.

Las mujeres neuróticas son quienes dan una respuesta más débil, en tanto que las que se percatan más de su propio deseo sexual son quienes más se excitan, quienes más responden psicológicamente al material erótico y quienes hacen el amor con más frecuencia.

La sexualidad y el parto.

Las respuestas físicas del cuerpo femenino, durante la labor de parto y del nacimiento, son muy similares a las del orgasmo sexual. En realidad, algunas mujeres experimentan algo parecido al orgasmo en el momento de dar a luz y podría ser que los sintieran más si estuvieran conscientes de dicha posibilidad y mostraran abiertamente se desee de responder a lo que estuviera teniendo lugar en su interior. El parecido entre el parto y el orgasmo es notable cuando se considera en su totalidad.

De este modo, no resulta muy sorprendente el hecho de que cuando mejor adaptada sexualmente esté una mujer, tanto mejor será su experiencia del embarazo y del nacimiento. El factor más importante parece ser la actitud de la mujer hacia su propio cuerpo y su propia sexualidad más que hacia la relación sexual con su esposo u otros hombres.

Las relaciones sexuales durante el embarazo.

Con pocas excepciones, no hay razón alguna por la cual una pareja que desee tener relaciones sexuales durante el embarazo no deba hacerlo. Ciertamente, las relaciones sexuales pueden causar contracciones en la matriz, pero éstas pueden constituir una exageración temporal de las pequeñas y periódicas contracciones normales que una matriz experimenta toda la vida, o bien, pueden deberse a las

hormonas contenidas en el semen, En todo caso, son insignificantes comparadas con las contracciones del parto.

Hay una amplia variación en la cantidad de interés que las mujeres embarazadas sienten por el sexo y en los cambios durante el curso del embarazo. Algunas mujeres, tal vez una cuarta parte, sienten un interés cada vez mayor, el cual perdura hasta el séptimo mes. En un trece por ciento de ellas, el creciente interés se alarga hasta el último mes. Estas mujeres descubren que hacer el amor con más frecuencia y tienen orgasmos más intensos. Tienden a dar a luz más fácilmente que las mujeres que renuncian a las relaciones sexuales durante el embarazo.

Los esposos y el sexo.

La mayoría de las mujeres conservan cierto interés y placer por el sexo al estar embarazadas, aún cuando no sienten la necesidad de alcanzar el orgasmo. Corresponde al marido lograr nuevas formas de hacer el amor con su esposa. El reto del embarazo para un hombre –en lo sexual, al igual que en muchos otros aspectos de su vida matrimonial– es aceptar que su esposa está cambiando, saber qué cambios se están llevando a cabo y adaptarse a ellos.

Muchos hombres se sienten agradablemente sorprendidos ante la capacidad de respuesta de sus esposas o sus necesidades sin tan sólo pudieran hallar la manera correcta de expresarse a sí mismos y de buscar ayuda.

En el transcurso del embarazo, un candidato a padre debe adaptarse al futuro bebé y a los cambios que su llegada conlleva para él mismo y para su esposa.

Muchos hombres descubren que son alejados de las relaciones sexuales por la presencia del futuro niño. Algunas veces, los hombres tienen fantasías o la idea de que pueden dañar al niño, ya sea por acostarse sobre él, o porque ambos lo aprietan. Algunos hombres sienten ser observados por su hijo. Todas estas sensaciones son objetivamente un disparate, pero son fantasías perfectamente razonables que forman

parte del proceso de adaptación al cambio que se efectúa en la esposa, así como el que se presenta en la relación entre dos personas y entre tres

Buscando nuevas posiciones.

El desconcierto en el hombre y la incomodidad en la mujer hacen que la mayoría de las parejas cambien espontáneamente. La alternativa más favorable es de lado. Esta posición, una de las menos satisfactorias para los hombres, se incrementa durante los últimos tres meses salvo por la variante de la "mujer arriba" y de espaldas, las cuales para entonces, son las más usuales.

Algunos futuros padres encuentran menos atractivas a sus consortes tan pronto como empieza a crecerles el vientre, otros, en cambio, hasta que esté no se convierte sino en una protuberancia grande e inevitable. Otros hombres, sin embargo, encuentran a sus compañeras — de nueva figura— más seductoras.

La necesidad de ser abrazada.

A la mayoría de nosotros nos gusta ser abrazados o acariciados, particularmente por alguien del otro sexo y sobre todo por nuestro consorte o compañero sexual. El deseo de ser abrazada se relaciona con la sexualidad. Las mujeres que disfrutan más del sexo tienden a sentir más la necesidad de ser abrazadas. Pero estos deseos no son una misma cosa. Hollender cree que muchas mujeres tienen relaciones sexuales no por el sexo en sí, sino por las caricias que éstas implican. El deseo de ser abrazadas se relaciona fuertemente con las necesidades de dependencia. Las mujeres se excitan más por la intimidad y el contacto corporal. Podría ser entonces, que la necesidad de ser abrazada no es sino una forma femenina de reconocer el impulso sexual.

Los padres durante el embarazo y el parto.

El padre ha sido sacado del centro de la estructura familiar para ocupar una posición al margen, aportando sólo el dinero mediante el cual el resto de la familia sus "dependientes" vive. La psicoanalista Helene Deutsch ha sugerido que el papel del padre en el parto ha sido asumido por el obstetra.

Una explicación de esta falta de participación en el embarazo y el parto, por parte de los padres, es la teoría de que el papel innato de los hombres en la reproducción termina con la eyaculación. Una vez "sembrada su semilla", no tienen ningún interés biológico posterior en sus hijos. No existen pruebas que respalden tal estereotipo. Por el contrario, las pruebas sugieren que el comportamiento protector es hasta cierto punto innato en los hombres, aunque en las mujeres tal vez no esté tan fuertemente marcado o conformado como en las mujeres.

Proporcionando apoyo

Varios investigadores han descubierto que la personalidad del esposo tiene por lo menos tanta importancia como la de la esposa en la determinación del resultado psicológico del embarazo. Cuanto mayor seguridad y apoyo proporcione el marido, tanto más completo y exitoso será el ajuste de la esposa a los cambios que se requieren de ella.

El grado de apoyo que el esposo ha de proporcionar depende naturalmente de la esposa. Algunas mujeres se hallan tan bien preparadas para el embarazo, que sus esposos necesitan brindarles muy poco apoyo.

También es más fácil, para una mujer, entablar una buena relación con su bebé nonato cuando su esposo muestra un claro interés por el curso de su embarazo y por el desarrollo del niño, brindándole apoyo emocional todo el tiempo.

Los padres y el nacimiento

Los hombres están descubriendo, junto con sus esposas, que presenciar el nacimiento de su propio hijo puede constituir la experiencia más gozosa y extática que la vida puede ofrecer. No obstante, la importancia de la presencia del padre gira en torno no únicamente del placer ni de las experiencias intensas. Un padre que asiste a sesiones prenatales con su esposa se prepara activamente para el nacimiento, toma parte activa en la labor de traer el bebé al mundo y generalmente le resulta mucho más fácil adaptarse a la nueva condición de su esposa como madre, así como a la presencia de su hijo.

Acompañando al bebé

Las mayores causas de ansiedad, en los padres comunes, fueron ver sufrir a sus esposas durante la labor de parto, la aparición del bebé, el temor de que naciera antes de llegar al hospital, además de los temores sobre la salud de sus bebés. Los padres por parto natural (PN) se angustiaban si eran separados de sus esposas.

La aparición del bebé

Los padres PN que permanecieron con sus esposas vieron a sus bebés desde el momento en que asomaron la cabeza hasta el momento en que aparecieron por completo, todavía pegados al cordón umbilical y mojados, cubiertos aún por diversas cantidades de sangre y líquido amniótico. Estos padres, anticipadamente bien informados y habiendo visto lo que un bebé debe pasar para nacer, no se sintieron molestos por su aparición. Los padres comunes tendieron mucho más a sentirse molestos por ella. En realidad los padres por PN encontraron mucho más alivio para su ansiedad que los padres comunes.

Cómo se sienten los padres

Los padres PN tendieron a sentir que habían satisfecho una exigencia social y moral a la cual, en el estado actual de las cosas, muy pocos hombres se habían enfrentado. Además se sentían más unidos a sus esposas y a sus hijos.

Lo que los padres pueden hacer

Un aspecto del papel que el esposo desempeña durante el parto y el nacimiento ha sido comparado al del director técnico de un equipo deportivo. El trae a su esposa algo para beber, seca su sudor, le da masajes, verifica sus contracciones y lleva la cuenta de su respiración y relajación.

Pero, además de esta actividad protectora, la presencia misma del padre es profundamente tranquilizadora en el ambiente del hospital, el cual, para las mujeres, resulta poco familiar y hostil. A muchas les parece más fácil responder a una voz que conocen y aman que a las instrucciones de un desconocido, particularmente cuando existe la posibilidad de un cambio de personal a mitad del parto.

Las actitudes ambivalentes

Tal como Chertok había predicho, la mayoría de las mujeres que vomitaban pertenecían al grupo ambivalente.

¿Quiere decir esto que toda mujer que vomita es ambivalente con respecto al futuro bebé? Debemos ser cuidadosos al sobre simplificar lo que este problema entraña.

Siempre existe la posibilidad de que los cambios hormonales sean responsables, al menos en parte, de la náusea, aunque todavía no se ha demostrado confiablemente ninguna relación. Y para la mujer que sufre de vómito, a causa de su embarazo, sería muy comprensible experimentar sentimientos ambivalentes en relación con su estado. (Macy 1980).

12. - Cuidados de la Mujer Durante el Embarazo

A través de las consultas durante la atención prenatal, el médico debe orientar a su paciente respecto de los cuidados específicos que ésta debe tener:

Medidas higiénicas

Tomar baño diario en regadera con agua tibia. El baño en tina está contraindicado, al igual que las duchas vaginales.

Limpiar diariamente las piezas dentarias; Debe acudir al dentista para tratamiento en caso de caries.

Cuidar el aspecto personal. Vestir con prendas sueltas y cómodas de acuerdo con la moda. No usar ligas, cinturones, fajas, etc. Que constriñan o dificulten la circulación sanguínea y la digestión.

Usar zapatos cómodos de tacón bajo para evitar accidentes y modificaciones acentuadas de la columna vertebral.

Ejercicio:

Es recomendable practicar ejercicio moderado y metódico durante el embarazo, ya que mejora la circulación y favorece la digestión. Caminar al aire libre es sumamente recomendable.

Se debe proscribir ejercicios que ocasionen fatiga, pues predisponen a la hipoxia fetal.

En la práctica del método psicoprofiláctico se realizan ejercicios específicos para la respiración y los músculos abdominales y perineales.

Es preferible realizar este tipo de ejercicios bajo la supervisión de instructores capacitados.

Descanso

Se recomienda dormir un mínimo de ocho horas diarias durante el embarazo. El reposo vespertino, con los miembros inferiores elevados es muy útil.

Trabajo

En la sociedad actual cada vez es más frecuente que la mujer embarazada trabaje, ya sea para ayudar a la economía doméstica o porque se encuentra sola. Generalmente el embarazo es compatible con las actividades laborales usuales, sin embargo, hay que cuidar que no manejen sustancias tóxicas o se encuentren expuestas a radiaciones, que no realicen movimientos y esfuerzos abdominales violentos ni carguen objetos pesados.

Psicoprofilaxis obstétrica

La paciente embarazada pregunta frecuentemente si es conveniente o necesario tomar un curso de psicoprofilaxis antes del parto. Se le responde que no es necesario hacerlo, aunque una adecuada preparación física y mental de los cónyuges permitiría una mejor participación y colaboración en el parto.

Viajes

Se pueden realizar viajes durante la gestación, sin peligro de aborto o prematuridad; sin embargo, es conveniente limitarlos. Viajar en avión presurizado no está contraindicado; Los viajes en carretera durante jornadas largas condicionan congestión pélvica.

Ingestión de bebidas alcohólicas

Aunque el alcohol pasa la barrera placentaria, cuando se ingiere en forma ocasional y en cantidad moderada no produce alteraciones en la madre o el feto. Las mujeres alcohólicas crónicas pueden tener productos subdesarrollados, de bajo peso al nacer; este hecho se manifiesta tanto durante el embarazo, como en el desarrollo ulterior del niño, tanto somático como mental.

Tabaquismo

El fumar cigarrillos no debe proibirse durante el embarazo, pero sí habrá que recomendar moderación a pacientes fumadoras empedernidas. Se ha encontrado que existe relación directa entre el bajo peso de los productos y el tabaquismo, cuando la embarazada fuma más de 20 cigarrillos diarios. Se informa que el recién nacido de madres fumadoras pesa 200gramos menos que el de las madres que no fuman; por ello es por lo que se les recomienda no fumar más de 10 cigarrillos al día.

Medicación

Desde el punto de vista teórico, todos los medicamentos cruzan la placenta y pueden ejercer efectos nocivos en embrión o feto. Es por ello que cualquier medicamento debe ser prescrito solamente por el médico después de valorar la necesidad de su administración considerando el riesgo posible de su efecto.

Inmunización

Durante el embarazo está contraindicada la aplicación de productos biológicos elaborados con virus atenuados, porque pueden afectar al producto.

Relaciones Sexuales

Cuando el embarazo evoluciona normalmente el coito puede realizarse hasta la trigésima sexta semana. A partir de esta fecha debe suspenderse por el peligro de estimular la actividad uterina por efectos mecánicos, o bien por acción de las prostaglandinas del líquido seminal. En las pacientes que cursen con amenaza de aborto.

Hábitos intestinales

El desplazamiento y la compresión extrínseca del intestino por el crecimiento progresivo del útero y las modificaciones en el peristaltismo, consecutivas a la relajación de la musculatura lisa, pueden modificar los hábitos intestinales. Se recomienda la ingestión de líquidos y laxantes suaves, así como el ejercicio moderado a fin de contrarrestar el estreñimiento.

Tratamiento dental

Se recomienda efectuar una revisión completa de la dentadura durante el embarazo. Se pueden obturar las piezas que sean necesarias sin ningún riesgo. En caso de que se requiera practicar extracciones o curaciones mayores, es conveniente consultar al médico.

Alimentación

Una dieta balanceada en cantidad y calidad constituye un factor indispensable para la evolución normal del embarazo.

La dieta de la embarazada debe tener características especiales, ya que requiere satisfacer:

- a) Necesidades de metabolismo normal materno
- b) Necesidades derivadas de la actividad materna
- c) Necesidades para el crecimiento del feto.

La mayoría de las pacientes tiende a llevar una dieta desequilibrada, por lo que es importante no sólo cuidar el peso de la madre, ya que no hay relación directa entre el peso que alcanza el recién nacido y el aumento de peso materno.

Proteínas, carbohidratos, grasas, líquidos, minerales y vitamina. (Mondragón 1997).

*APLICACIÓN DEL PROCESO
DE ATENCIÓN
A ENFERMERÍA.*



V. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería

El día 9 de Febrero de año 2001, se realizó el proceso de atención de enfermería a la señora E.G. M. Para lo cual se utilizó el formato de valoración de las necesidades humanas. (Ver Anexo 1).

1- Resumen Valorativo

La señora E. G.M. de 26 años de edad con peso anterior al embarazo 68kg y peso actual 72kg, Talla 1.60cm. es originaria de México D. F. reside en esta ciudad desde hace 26 años. Habita en casa de sus padres construida de material, que cuenta con todos los servicios intra domiciliarios.

Tiene antecedentes familiares de abuela materna diabética finada. Padre y Madre sanos, hermanos sanos, esposo e hija sanos.

Al realizar la valoración se observa consciente, con sensibilidad y movilidad en miembros inferiores, signos vitales de Temperatura: 36°C, Frecuencia Respiratoria de 22 por minuto, Pulso 64 por minuto, Tensión Arterial 90/55mmhg aparentemente se encuentra sana.

Cuándo se realiza la entrevista la señora se encuentra sentada tranquila e interesada.

Refiere disnea debido a que baja la presión arterial se le dificulta la respiración, se observa buena coloración de piel y tegumentos, respira sin dificultad, ruidos cardiacos rítmicos, campos pulmonares limpios y ventilados.

Habitualmente come carne 5x7, verduras 2x7, frutas 7x7, leche y sus derivados 7x7, actualmente consume agua de botellón

Su patrón de alimentación consiste en tres comidas diarias. No refiere antecedentes de alergias ni de problemas de masticación y la deglución. No realiza ejercicios rutinariamente

Cabello oscuro largo bien implantado, piel turgente e hidratada, mucosas hidratadas, muelas con presencia de caries, mamas con presencia de areola secundaria, pezón semiformado y secreción de calostro. En abdomen se observa cicatriz de herida quirúrgica de hace tres años, uñas cortas y limpias.

Su patrón de eliminación evacuación 2-3 veces al día heces con consistencia dura, micción 6-7 veces al día amarillo claro, refiere a ver presentado infección de vías urinarias frecuentes, y dolor a nivel de los ovarios.

Menarca a los 12 años con ciclos de 28x5 días, IVSA 20 años, Gesta II, Parto: 0 Aborto: 0, Cesárea: I, Fecha de última cesárea 19 de Diciembre de 1997, Indicada por circular de cordón, FCF taquicardia, recibió control prenatal, presenta flujo amarillo escaso.

Último papanicolaou Febrero 2000, negativo a cáncer.

A la palpación y percusión se encuentra abdomen blando depresible, ruidos intestinales disminuidos, movimientos fetales presentes, se palpa el producto, fondo uterino de 16cm, FCF no audible con pinard.

Le gusta el clima templado, pero se adapta al clima caluroso o frío.

Se considera con buena capacidad para sus actividades en como leer y escribir y en sus ratos libres descansa una hora al día.

Se observa en posición sentada, con sistema músculo esquelético completos y funcionales, tono y fuerza muscular normal, en miembros inferiores presencia de varices.

Acostumbra dormir de 11:00pm a las 9:00am que equivale a diez horas y se toma una hora de descanso por las tardes.

Su lenguaje es coherente, con buena respuesta a estímulos y su estado emocional es estable.

Viste de acuerdo a su edad, gusto y preferencia.

En este momento viste una bata de maternidad, Acostumbra baño diario por las noches de preferencia, cambio de ropa completa, cepillado de dientes después de comer tres veces al día, aseo de manos antes de comer y después de ir al baño.

Se percibe olor limpio, se observa bañada, peinada.

Su familia la componen sus padres, hermanos, esposo e hija, comenta que cuando tiene algún problema se apoya en su familia para resolverlos, conoce medidas de prevención de accidentes en el hogar.

Es casada desde hace tres años y medio, madre de una hija refiere tener buena relación y comunicación con su esposo y familia.

Su comunicación es abierta y clara. Sin dificultad en la visión y la audición.

Profesa la religión católica, esta no le genera ningún conflicto personal. Tiene valores de amor, respeto, honradez, responsabilidad, Su forma de pensar es congruente con su forma de vivir.

Trabajaba como maestra de primaria, pero tuvo que dejar su trabajo por amenazas de aborto frecuentes; Pero se encuentra satisfecha con el rol familiar que desempeña, ya que recibe apoyo de su familia.

Acostumbra a salir a pasear con la familia.

Sistema neuromuscular sin alteraciones, su estado de ánimo es participativo. Curso la carrera de Lic. En Psicología Educativa sin alteraciones para leer y escribir. Organos de los sentidos sin alteraciones.

2- Jerarquización de las 14 Necesidades Básicas

a) NECESIDAD DE OXIGENACIÓN (Dependiente)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Alteración en la oxigenación relacionado con aumento de fondo uterino manifestado por disnea e hipotensión.

El diafragma asciende aproximadamente 4cm durante el embarazo. El ángulo costo diafragmático aumenta de modo significativo debido a un aumento de alrededor de 2 cm de diámetro transversal de la caja torácica. La circunferencia torácica aumenta cerca de 6cm, pero no lo suficiente como para evitar una reducción de volumen residual de aire en los pulmones secundario a la elevación del diafragma.

Función pulmonar en cualquier estadio del embarazo normal, la cantidad de oxígeno ofrecida a los pulmones por el aumento de volumen corriente excede ampliamente la demanda de oxígeno impuesta por el embarazo. (Williams 1999).

b) NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN (Dependiente)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Alteración en los hábitos alimentarios relacionados con el embarazo manifestados por una gingivorragia.

Alteración de la Nutrición por Defecto

La NANDA lo define como: Estado en el que el individuo experimenta un aporte de nutrientes insuficientes para cubrir sus necesidades metabólicas.

Beber y comer es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento(Riopelle 1997).

**c) NECESIDAD DE ELIMINACIÓN (Dependiente)
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

Alteraciones en la micción relacionado con la presión del útero sobre la vejiga manifestado por micciones frecuentes.

En el embarazo avanzado el flujo urinario y la excreción urinaria de sodio son afectados de manera significativa por la postura.

La constipación es común durante el embarazo, posiblemente debido a la relajación generalizada de la musculatura lisa y a la compresión de la parte inferior del abdomen por el útero o por la presentación del feto. (Williams 1999).

**d) NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS (Dependientes)
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.**

Déficit en el conocimiento de evitar peligros relacionados con el embarazo manifestado por interés de la señora

Debe protegerse de toda agresión interna o externa para mantener así su integridad física y psicológica. (Riopelle 1997).

**e) NECESIDAD DE COMUNICARSE (Dependiente)
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA.**

Alteración en el estado emocional relacionado con el nuevo miembro de la familia, manifestado con expresiones de preocupación.

Comunicarse es un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras, llegar a la puesta en común de sentimientos, opiniones, experiencias e información. (Riopelle 1997).

f) NECESIDAD DE JUGAR/ PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS. (Dependiente)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA.

Alteraciones en déficit de conocimiento relacionados con cursos de psicoprofilaxis, manifestados por interés.

Recrearse es una necesidad para el ser humano; divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico. (Riopelle 1997).

**g) NECESIDAD DE APRENDIZAJE (Dependiente)
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.**

Alteraciones de déficit de conocimiento relacionados con los cuidados prenatales, manifestados con expresiones de preocupación.

Aprender es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos; actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición

de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o de recobrar la salud.

(Riopelle 1997).

**h) NECESIDADES DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA
(Dependiente).**

**Alteraciones en miembros inferiores relacionados con presencia de varices,
manifestados por dolor al estar de pie.**

Según la NANDA debe manejarse como. Intolerancia a la actividad. Que la define como. Estado en que un individuo carece de la energía fisiológica o psicológica suficiente para emprender o finalizar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas. (Riopelle 1997).

i) NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO (Independiente)

**j) NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS
(Independiente)**

k) NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN (Independiente)

l) NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL. (Independiente)

**m) NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES
(Independiente)**

n) NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE (Independiente).

3- Planeación de los Cuidados

Alteración en la oxigenación relacionado con el aumento del fondo uterino manifestado por disnea, hipotensión

Objetivo: La señora aprenderá a respirar correctamente

Cuidados de enfermería:

1. Se le enseñará posiciones de fowler y semifowler para mejorar la respiración
2. Explicar técnicas de respiración
3. Evitar el uso de ropa apretada
4. Evitar el uso de zapatos de tacón alto
5. Administración de medicamentos prescritos para la hipotensión

OBSERVACIONES:

La señora podrá respirar sin dificultad

Alteración en los hábitos alimentarios relacionados con el embarazo manifestado por una gingivorragia.

Objetivo: Orientar a la mujer embarazada sobre los nutrientes que debe consumir.

Cuidados de Enfermería:

1. Se le sugiere incrementar vitamina "C" en los alimentos
2. Se le sugiere incrementar hierro en los alimentos
3. Se le recomienda evitar comidas bajos en nutrientes
4. Higiénicos (desinfectados)
5. Tomar abundantes líquidos de 2 a 3 litros diarios
6. Cepillarse tres veces al día los dientes
7. Usar cepillos dental de cerdas naturales
8. Consulta al dentista durante su embarazo

OBSERVACIONES: La señora manifestara que ya no hay gingivorragia.

Alteración en el sistema urinario relacionado con infecciones de vías urinarias manifestado por comezón, ardor al orinar y secreción vaginal amarillo escaso.

Objetivo: La señora sabrá como evitar infecciones de vías urinarias

Cuidados de enfermería:

1. El baño diario de preferencia en regadera
2. Se le recomienda el uso de pantaletas de algodón
3. Se le sugiere el uso de jabón neutro
4. Evitar el uso de jabones perfumados
5. No realizarse duchas vaginales
6. Se le explica que al terminar una relación sexual debe orinar
7. Cambio de ropa interior diario
8. Se le recomienda bañarse al terminar una relación sexual

OBSERVACIONES: La señora no presentara infecciones de vías urinarias frecuentes.

Alteración en la nutrición relacionado por exceso nutricio manifestado por aumento de peso.

Objetivo: La señora aumentará de peso de 9-12kg durante su embarazo.

Cuidados de Enfermería:

Se elaborará una dieta con la señora para una semana que contenga las siguientes características:

La dieta será:

1. Completa: que contengan todos los nutrientes necesarios para el embarazo
2. Equilibrada: que los nutrientes guarden proporción entre ellos
3. Suficiente: cantidad adecuada
4. Variada: que los alimentos seleccionados para cada comida sean diferentes
5. Tomar abundantes líquidos 2-3 litros diarios
6. Bajos en grasas

7. Evitar consumir comida chatarra.

OBSERVACIONES: La señora Esther conocerá sobre una alimentación balanceada y nutritiva.

Alteraciones en miembros inferiores relacionados con presencia de varices, manifestado por dolor al estar de pie.

Objetivo: Disminuir el dolor en miembros inferiores:

Cuidados de enfermería:

1. Se le recomienda descansar cuando le sea posible
2. Se le sugiere caminar diario
3. Enseñarle ejercicios para la circulación de miembros inferiores (ver anexo 8)
4. Se le recomienda el uso de medias con graduación
5. Hacer bicicletas
6. Elevar miembros inferiores 15 minutos diarios, 50cm por arriba de su cuerpo
7. Se le sugiere evitar el uso de zapatos de tacón alto
8. Inmersión de pies en agua caliente y fría
9. Sugerirle la utilización de un cepillo de lechuga

OBSERVACIONES:

La señora manifestará disminución de dolor

Alteración en el estado emocional relacionado con el nuevo miembro de la familia manifestado con expresiones de preocupación.

Objetivo: Establecer tempranamente el vínculo afectivo entre padres e hijo

Cuidados de enfermería:

1. permitirle expresar sus sentimientos sobre su embarazo
2. Orientar sobre estimulación intrauterina
3. Hablarle a su bebé
4. Proporcionar información sobre la importancia de la leche materna

5. Cuidados del recién nacido

OBSERVACIONES: La señora y su esposo establecerán tempranamente el vínculo afectivo con su hijo recién nacido.

Déficit en el conocimiento de evitar peligros relacionados con el embarazo manifestados por interés de la paciente,

Objetivo: Conocerá la importancia de Factores de riesgo durante su embarazo

Cuidados de enfermería:

1. Se orientara sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo

*Dolor de cabeza intenso, zumbidos de oídos, visión borrosa o oscura, salida de líquido o sangre por la vagina, movimientos fetales (sí aumentan demasiado o bien sino los hay), Edema en cara pies y manos.

2. Se le sugiere evitar lugares aglomerados

3. Evitar estar en contacto con sustancias tóxicas

4. Orientarla sobre objetos que puedan provocar accidentes dentro de su hogar

OBSERVACIONES: La señora identificará inmediatamente las medidas de urgencia y sabrá donde acudir

Déficit de conocimiento relacionados con la preparación para el parto manifestado por interés de la señora,

Objetivos: Tendrá conocimiento de cursos relacionados con el embarazo

Cuidados de enfermería:

1. Orientar sobre medidas de relajación y respiración (ver anexo 6,9)

2. Sugerir Baños de agua tibia en la cadera (ver anexo 6)

3. Sugerir Masajes en la cadera con ayuda de su pareja (ver anexo 5,7)

4. Escuchar Música clásica o instrumental

5. Realizar ejercicios prenatales (ver anexo 8)

6. Sugerirle a que asista a cursos de psicoprofilaxis

OBSERVACIONES: La señora se sentirá preparada para enfrentar su parto.

4- Registro de los cuidados.

12 DE MARZO DE 2001 Hora: 16:00hrs

Se inicia valorando signos vitales los cuales se encuentran dentro de lo normal, excepto la tensión arterial 90/70 baja, se realizan posiciones de fowler y semifowler para una mejor respiración, así como técnicas de respiración. Se escucho música suave y relajante, se ajusto la luz a su comodidad de la paciente.

Se le habló que debe incrementar el hierro y la vitamina "C" en sus alimentos porque son importantes para el embarazo, evitar comidas chatarras, se utilizó el cepillo dental para mostrarle como debe cepillarse sin lastimarse los dientes.

La señora menciona que utiliza pantaletas de algodón y que sé esta bañando con jabón neutro y ha tenido buenos resultados y realiza los cuidados mencionados; ya que se le proporciono una hoja de los Cuidados de Enfermería que ella podría realizar en casa y los tuviera presentes.

La Técnica de Respiración Es: Ponte en una posición cómoda, los hombros relajados, comienza tu respiración. Ahora realiza una respiración profunda, en la que generalmente subimos los hombros y metemos el abdomen hacia adentro.

Ahora con tus manos utilizando una cinta, cordón o cinturón etc. Colocado alrededor del tórax, por debajo de ambos senos y une tus dos manos las dos terminaciones de la cinta a nivel del apéndice Xifoide, vigilando que el ajuste del mismo no sea exagerado ni flojo.

Realiza una respiración profunda, imaginando la entrada de oxígeno en forma lateral hacia tus pulmones, no hacia arriba sumiendo él estomago, veraz, como tus manos o la cinta se separan en cada inspiración y se unen en la exhalación significa

que estas realizando una buena respiración, se realizo de 3-5 veces, la señora comenta que son técnicas muy agradables por que logro relajarse.

13 DE MARZO DE 2001 Hora: 16:00hrs

PESO: 73Kg. Peso Final de dos semanas 73.600kg

Entre la señora Esther y yo realizamos una dieta que se llevara acabo en una semana y posteriormente ella la realizara en casa.

Se le comentó que el suministro de alimentos y nutrientes son esenciales para la vida y el crecimiento de la madre y su bebé y de acuerdo a sus posibilidades económicas de la familia.

DESAYUNO

- Leche descremada un vaso ó licuado de avena o amaranto
- Una fruta, o Yogurt con fruta
- 2-3 panes integrales, Una cucharada de miel diaria
- Dos cucharadas de amaranto diario
- Verduras a libre demanda.

COMIDA

- Verduras a libre demanda (brócoli, acelgas, espinacas, chayotes, etc.)
- Pollo sin pellejo, hígado de res.
- Guisar con aceite de oliva
- Comer 2-3 tortillas diarias
- Una taza de frijoles ó lentejas al día
- Fruta la que guste(mandarina, Naranja, etc.)
- Abundantes líquidos
- Evitar frituras, no consumir sopas de pasta, y carne de puerco.

CENA

- Un vaso de leche con cereales
- Fruta
- Verduras a libre demanda.

14 DE MARZO DE 2001

Hora: 16:00hrs

Salimos a caminar unos 10 minutos al llegar se tomo un descanso mientras que comentábamos como se ha sentido con los cuidados, y repasamos los cuidados anteriores, después procedimos a realizar ejercicios para la circulación.

Sentada con las piernas extendidas poco separadas en una colchoneta, brazos extendidos hacia atrás manos apoyadas en el piso, con pies fuera de la colchoneta, se efectúan círculos hacia fuera 5 tiempos y hacia dentro 5 tiempos cuatro veces.

Misma posición, efectuar movimientos de los dos pies con las puntas señalando a la cara y flexionar los dedos de los pies hacia abajo, mantener 5 tiempos y relajar se efectúan 4 veces.

Boca arriba, los brazos extendidos a los lados del tronco se efectúa apoyo en la pierna derecha extendiéndola sobre la rodilla izquierda flexionada, efectuando con el pie derecho círculos hacia adentro, marcando 5 tiempos, alternar con la pierna izquierda se efectúa 4 tiempos y en esa posición realizamos bicicletas.

Elevo sus miembros inferiores 15 minutos, 50cm por arriba de su cuerpo.

15 DE MARZO DE 2001 Hora: 16:00hrs

La señora Esther expreso que le habla a su bebé ella y su esposo, lo tocan y le dicen que nazca bien que lo quieren mucho y lo están esperando con mucho cariño en estos cuidados participo su esposo.

Se les enseñó a ambos como estimular su bebé, escuchando música suave de preferencia música instrumental y con una lámpara en su abdomen; para que el bebé desarrolle su sentido óptico, que debería de moverlo y hablarle cuando estuviera acostada o descansando.

Se realizó la inmersión de los pies en agua caliente y fría alternados por dos minutos 4 tiempos y se cepillaron sus pies con un cepillo de lechuga por 10 minutos de las extremidades hacia arriba, la señora comento que le es muy agradable y relajante; mientras se le proporciono información sobre la Lactancia materna y sus ventajas tanto para ella como para el bebé y la economía familiar, posiciones para amamantar y técnicas así como cuidados del recién nacido.

16 DE MARZO DE 2001 Hora: 16:00hrs

Se recalcaron los factores de riesgo, durante el embarazo y sobre objetos que puedan proporcionar accidentes dentro y fuera del hogar.

Se realizaron ejercicios de calentamiento, así como activar circulación en manos y pies, calentamiento de tobillos, caminar de puntas y caminar de talones de 1-5 minutos, la movilización de músculos del cuello, calentamiento de cadera reforzamiento de músculos de abdomen, ejercicios para dolor de cintura, estiramiento de piernas, fortalecimiento de músculos pectorales etc.

Lo realizaron ella y su esposo posiciones para el primer período del trabajo de parto, ya que es necesario que él las conozca para que la ayude en el momento que las necesite así como baños de agua caliente durante las contracciones o en el trabajo de parto, masajes en la cadera con ayuda de su pareja.

Se repitieron las técnicas de respiración ya mencionadas, se realizó una relajación profunda en la cual se les pidió que se acostarán en la cama cerraran los ojos y escucharan música suave y tranquila y respiraran profundamente durante 3-5 minutos, logrando así la relajación.

5- Evaluación.

A continuación se mencionan los diagnósticos que se elaboraron en base a las necesidades de la señora Esther.

1- Diagnóstico.

Alteración en la oxigenación relacionado con el aumento del fondo uterino manifestado por disnea, hipotensión.

La señora comenta que al hacer esfuerzo presenta dificultad para respirar, sabe manejar las técnicas de respiración y favorece la respiración además de sentirse relajada.

2- Diagnóstico.

Alteración en los hábitos alimentarios relacionados con el embarazo manifestado por una gingivorragia.

Disminución importante de la gingivorragia, con la ayuda del cepillo de cerdas naturales y el incremento de vitamina "C" y cuidados en los dientes.

3 - Diagnóstico

Alteración en el sistema urinario relacionado con infecciones de vías urinarias manifestado por comezón, ardor al orinar y secreción vaginal amarillo escaso.

La señora no ha presentado infecciones de vías urinarias, ni flujo, le agrado haber utilizado el jabón neutro.

4. - Diagnóstico

Alteración en la nutrición relacionado por exceso nutricio manifestado por aumento de peso.

La señora Esther restableció sus hábitos alimenticios, logrando así una ingesta adecuada y sentirse satisfecha durante 15 días; ya que no se pudo llevar acabo al 100% el control de peso, por el tiempo limitado.

5. - Diagnóstico

Alteraciones en miembros inferiores relacionados con presencia de varices, manifestado por dolor al estar de pie.

Disminución importante del dolor en miembros inferiores al realizar los ejercicios de circulación y inmersión de pies en agua y el cepillado de pies le resulta agradable y relajante.

6. - Diagnóstico

Alteración en el estado emocional relacionado con el nuevo miembro de la familia manifestado con expresiones de preocupación.

Vinculación afectiva positiva, con el nuevo miembro de la familia, por parte de los padres hacía su hijo (a).

7 - Diagnóstico

Déficit en el conocimiento de evitar peligros relacionados con el embarazo manifestado por interés de la paciente.

La señora logró conocer los factores de riesgo y tenerlos presente en cualquier momento, así como evitar accidentes dentro y fuera del hogar y a donde acudir.

8 - Diagnóstico

Déficit de conocimiento relacionados con la preparación para el parto manifestado por interés de la señora.

Demostró gran interés por asistir a un curso de psicoprofilaxis; ya que menciona que todos los cuidados le han servido mucho a ella y a su pareja para llevar un embarazo sano y sentirse segura y tranquila.

6- Plan de Alta

19 DE MARZO DE 2001 Hora: 16:00hrs.

DIAGNÓSTICO:

Riesgo potencial durante el embarazo, relacionado con los cambios propios en relación a la edad gestacional.

OBJETIVO:

- Asegurar la continuidad de los cuidados en casa
- Prevenir complicaciones durante el embarazo y después
- Ofrecer recursos y métodos que permitan la evolución del trabajo de parto con el mínimo de riesgos y complicaciones
- Lograr la participación de la pareja
- El nacimiento de niños sanos.

CUIDADOS DE ENFERMERIA.

- Orientarla a donde acudir en caso de presentarse alguna complicación
- Orientarla a donde puede acudir a los cursos de psicoprofilaxis
- Responder a las dudas expresadas de la señora
- Visita domiciliaria hasta que nazca el bebé.

OBSERVACIONES.

La señora comunicará la comprensión de la enseñanza.

CONCLUSIONES

VI. CONCLUSIONES

La Enfermería ha sido definida como arte y ciencia; por lo tanto se requiere de la investigación y de la utilización de un método enfermero para el mejoramiento de la práctica profesional de enfermería, haciendo cambios necesarios para dar atención de calidad y calidez.

Se comprueba que el Proceso de Atención de Enfermería es el método adecuado para valorar problemas de salud ya que permite recoger información necesaria, en intervenciones adecuadas de Enfermería; facilitando así de forma extraordinaria la identificación de las necesidades del paciente en el plano-bio-psico-social, cultural y espiritual de cada persona.

El Proceso se fundamenta en una serie de datos facilitados por el propio paciente y estos datos permiten apreciar las necesidades reales de cada individuo ya que se considera como una persona diferente y única en sí misma, y a la vez se establece una comunicación objetiva con el sujeto y una planeación organizada de las actividades de Enfermería y la intervención importante de la familia en este caso el esposo que participe en los cuidados, logrando así una satisfacción personal y profesional.

Como experiencia personal he observado que la mujer embarazada tiene muchas necesidades que atender y existe un acercamiento directo con la paciente al realizar el Proceso de Atención de Enfermería y nos permite satisfacer cada una de las necesidades identificadas. Así como reflexionar y analizar que con la aplicación del Proceso la práctica profesional se mejora adquiriendo experiencia en los cuidados de Enfermería.

SUGERENCIAS

VII. SUGERENCIAS

Durante la formación como estudiante, es importante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería desde el inicio de la carrera hasta el final, aplicándolo a un individuo sano o enfermo atendiendo sus necesidades reales que requiere en ese momento.

Utilizando un modelo de atención oportuno y tomando en cuenta su cultura, creencias y valores de cada persona; y así el alumno al finalizar la carrera tendrá habilidad y destreza en la Aplicación de un Proceso de Atención de Enfermería y favoreciendo la calidad de atención hacia el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

VIII. BIBLIOGRAFIA.

ALFARO, Rosalinda, **Aplicación del proceso de enfermería**, 2º edición, Doyma, Barcelona, España, 1995.

COLLIERE, Marie Françoise, **Promover la vida**, 1º edición, Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 1993.

DONAHUE, M. Patricia, **La Enfermería, La condición del arte**, en **Historia de la Enfermería**, 1º edición, Doyma, Barcelona, 1988.

FERNANDEZ, Ferrín Carmen, et, al., **El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería**, 3º edición, Masson-Salvat, Barcelona, 1995.

HERNÁNDEZ Conesa Juana, **Historia de la Enfermería, un Análisis Histórico de los Cuidados de Enfermería**, 1º edición, Interamericana McGraw-Hill 1995.

KEROUAC, Suzane y Cols, **El Pensamiento Enfermero**, 2º edición, Masson, Barcelona, 1996.

KOZIER, Barbara, BA, BSN, RN, MN, **Fundamentos de enfermería**, 2º edición, Interamericana, McGraw-Hill 1994.

L. Riopelle. L. Grondin, M. Phaneuf, **Cuidados de Enfermería, Un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona**, ed. 1º edición, McGraw-Hill Interamericana, México 1997.

MACY Christopher, y Frank, **Embarazo y Nacimiento, problemas y placeres**, 1º edición, Harper Row Latinoamericana S.A. de C.V. México 1980.

MARRINER, Ann, **Modelo y Teorías de Enfermería**, 3º edición, Doyma, Madrid, 1996.

MONDRAGON, Castro, Héctor, **obstetricia Básica Ilustrada**, 1º edición, Trillas, México, 1997.

PHANEUF, Margot , **Las Necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson en Cuidados de Enfermería . El Proceso de Atención de Enfermería**, 1º edición, McGraw-Hill, Madrid, 1993.

RUBIO Dominguez Severino, **XIII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería, Del Arte Antiguo de los Desafíos de la Ciencia Modernos**, México, 1992.

W., IYER Patricia y Cols., **Proceso y Diagnóstico de Enfermería**, 1º edición, Interamericana, McGraw- Hill, España, 1997.

WILLIAMS, **Obstetricia**, 20º edición, Medica Panamericana S.A., España, 1999.

<www.terra.es/personal/eac00002/enfermee.html> **Historia de la Enfermería**, 2001.

<<http://teleline.terra.es/personal/duenas/pae.htm>>. **Proceso de Atención de Enfermería**. 2001.

ANEXOS

ANEXO 1

FORMATO DE VALORACIÓN

Ficha De Identificación

Nombre: E. G. M. Edad: 26 años Peso Actual: 72kg Peso anterior: 68kg

Talla: 1.60cm

Fecha de Nacimiento: 9 de julio de 1974 Sexo: Femenino

Ocupación: Maestra

Escolaridad: Licenciatura Estado civil: Casada

Procedencia: México D: F: Fuente de Información: Ella misma

Religión: Católica Domicilio: Calle merluza Mz. 4 Lt. 12 Col. Del mar

Fecha de admisión: 10 - Febrero de 2001 Hora: 18:20 pm.

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS.

I) NECESIDADES BÁSICAS DE OXIGENACIÓN, NUTRICIÓN, E HIDRATACIÓN, ELIMINACIÓN Y TERMORREGULACIÓN.

A) OXIGENACIÓN

SUBJETIVO

Disnea debido a: Sí ocasionalmente, cuando presenta presión baja. Tos productiva/seca: Sí Dolor asociado con la respiración: No Fumador: No Desde cuando Fuma/cuantos cigarros al día/varia la cantidad según su estado emocional: Ninguno Postura corporal: Normal.

OBJETIVO:

Registro de Signos vitales: Temperatura: 36°C, Pulso 74 por minuto rítmico, Respiración 20 por minuto, Tensión arterial: 100/70mmhg.

Tos productiva/seca: Si Estado de conciencia: Consciente

Coloración de piel/lechos unguales/peribucal: Buena coloración de piel y tegumentos

Circulación de retorno venoso: Sin alteraciones

Otros Negados

B) NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.**SUBJETIVO.**

Dieta habitual (tipo): Carne 5x7 días, verduras 2x7, frutas 7x7, tortillas 3-5 al día, cuatro vasos de agua al día, dos vasos de agua son de sabor.

Número de comidas diarias: Número de comidas tres Desayuno, comida y cena.

Trastornos digestivos: Negados

Intolerancia alimentaria/alergias: Negados

Problemas de masticación y deglución: Negados

OBJETIVOS.

Turgencias de la piel: Hidratada y turgente

Características de las mamas: Presencia de areola secundaria, pezón semiformado, pigmentación presente, salida de calostro escaso.

Membranas mucosas hidratadas/secas: Mucosas hidratadas

Características de uñas/cabello: Cabello oscuro corto bien implantado, uñas cortas y limpias

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Sin dificultad

Aspecto de los dientes y encías: Dentadura completa, Muelas inferiores una con presencia de caries, refiere sangrado escaso de dientes diario al cepillarse.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Herida quirúrgica cesárea hace tres años

Otros: Negados

C) ELIMINACIÓN.

SUBJETIVO.

Hábitos intestinales: Evacuaciones 2-3 veces al día

Características de las heces y orina: Heces consistencia dura, Micción 6-7 veces al día, color amarillo cloro

Historia de hemorragias/ enfermedades renales/ otros: Infecciones de vías urinarias frecuente

Estreñimiento: No

Uso de laxantes: No

Hemorroides: No

Dolor al defecar o al orinar: No

Otros: Refiere Dolor a nivel de ovarios

DATOS OBSTETRICOS.

Menarca: 12 años Con ciclos de: 28x5 días IVSA: 20 años

Gesta: II Partos: 0 Abortos: 0 Cesárea: I

FUM: 15 de Septiembre del 2000 FPP: 22 de Junio del 20001 Fecha

de su última cesárea: 19 de Diciembre de 1997

Indicada por: Circular de cordón, FCF, taquicardia Control de fertilidad:

Dispositivo

Leucorrea/ardor /comezón al orinar: Flujo amarillo escaso

Ultimo papanicolaou: Febrero 2000

OBJETIVO.

Abdomen/características: Blando depresible, hidratado

Ruidos intestinales: Disminuidos

Movimientos fetales presentes: Ocasionalmente Palpación del producto: Sí

Medición del fondo uterino: 16cm FCF: No audible con pinard

Actividad uterina: No

Otros: Negados

D) TERMORREGULACIÓN.

SUBJETIVO.

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Sí adaptables

Ejercicio/tipo y frecuencia: No

Temperatura ambiental que le es agradable: Templada

OBJETIVO.

Características de la piel: Hidratada normotérmica

Transpiración: Normal

Condiciones del entorno físico: Buena ventilación, clima caluroso

Otros: Ninguno

II) NECESIDADES BÁSICAS DE: MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA, USAR PRENDA DE VESTIR ADECUADA, HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

A) MOVER Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

SUBJETIVO:

Capacidad física cotidiana: Normal

Actividad en el tiempo libre: Leer y escribir

Hábitos de descanso: Una hora

OBJETIVOS.

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: Normal diario

Hábitos de trabajo: No trabaja por el momento

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: Normal

Posturas: Sentada

Ayuda para la deambulación: No

Estado de los miembros inferiores: Presencia de varices, sin edema

Cansancio al caminar: No

Estado emocional: Calmada

Otros: Negados

B) DESCANSO Y SUEÑO.

SUBJETIVO.

Horario de descanso: a las 15:00 hrs.

Horario de sueño: De 23 a 8:00 am horas.

Horas de descanso: Una hora

Horas de sueño: 9 horas

Siesta: Sí

¿Padece Insomnio? : No

A qué considera que se deba: Negados

¿ Se siente descansado al levantarse? : Sí

OBJETIVO.

Estado mental, ansiedad/estrés/lenguaje: Consciente, calmada, lenguaje coherente.

Ojeras: No

Atención: Sí

Bostezos: No

Concentración: Sí

Apatía: No

Cefaleas: Sí

Zumbido de oídos: No

Respuesta a estímulos: Sí

Estado emocional que manifiesta: Estable

Características del lenguaje: Normal

Otros: Negados

C) USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

SUBJETIVOS.

- ¿ Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? : Sí se viste de acuerdo a su edad, gusto y preferencia
- ¿ Su autoestima es determinante en su modo de vestir? : No
- ¿ Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? : No
- ¿ Necesita ayuda para la selección de su vestuario? : No
- ¿ El embarazo determina su vestuario? : Sí

OBJETIVO.

Viste de acuerdo a su edad y a su estado: Sí en este momento viste ropa cómoda para su embarazo

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Normal

Tipo de calzado: Zapatos bajos y suaves

Vestido sucio: Limpio Inadecuado: No Otros: Negados

E) NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

SUBJETIVO.

Frecuencia de aseo: Baño diario y cepillado de dientes después de comer

Momento preferido para el baño: En la noche

Cuántas veces se lava los dientes al día: 2-3 veces al día

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

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos? : No

OBJETIVOS.

Aspecto general: Buen aspecto general, bañada

Olor corporal: Limpio

Halitosis: No

Estado de cuero cabelludo: Sin alteraciones

Lesiones dérmicas, que tipo: Ninguna

D) NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.**SUBJETIVO.**

Qué miembros componen su familia de pertenencia: Padres, hermanos, esposo e hija

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: Trata de calmarse y buscar solución

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? : Sí

¿Conoce los signos y síntomas de alarma durante el embarazo? : Algunos

En el hogar: Sí _____ En el trabajo: No

¿Acude a sus consultas prenatales periódicamente? : Sí cada mes o sí presenta algún problema antes

¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida? : Realiza actividad relajante como el dormir

OBJETIVO.

Deformidades congénitas: Ninguna

Condiciones del ambiente en su hogar: Buena iluminación, ventilación cuenta con todos los servicios intradomiciliarios

Trabajo: No

Otros: Dejó de trabajar por presentar amenaza de aborto ocasionalmente

III) NECESIDADES BÁSICAS DE: COMUNICACIÓN, VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES, TRABAJAR Y REALIZARSE, JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS O DE APRENDIZAJE.

A) NECESIDAD DE COMUNICARSE.**SUBJETIVO.**

Estado civil: Casada Años de relación: Tres años y medio Vive con:
esposo e hija
 Número de hijos: Uno Preocupación/ estrés: Ninguna
 Familiares: Padres, hermanos, esposo e hijos
 Otras personas que puedan ayudar: Amigos y suegra, cuñadas, tíos
 Rol en la estructura familiar: Madre
 Comunica sus problemas que llegasen a presentar en el embarazo: Sí
 Cuanto tiempo pasa sola: Muy poco tiempo
 Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: No

OBJETIVO.

Habla claro: Sí Confusa: No
 Dificultad en la visión: No Audición: Buena audición
 Comunicación verbal/no verbal con la familia/ con otras personas significativas:
Buena comunicación
 Otros: Negados

B) NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y SUS VALORES.

SUBJETIVO.

Creencias religiosas: Católica
 ¿Sus creencias religiosas le generan conflictos personales? : No
 Principales valores en su familia: Respeto y amor al prójimo, limpieza
 Principales valores personales: Honradez, responsabilidad
 ¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? : Sí

OBJETIVO.

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): Ninguno

¿permite el contacto físico? : Sí

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

La religión influye durante el embarazo: No

Otros: Negados

C) NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.**SUBJETIVO.**

¿Trabaja actualmente? : No

Tipo de trabajo: Ninguno

Riesgos: No Cuánto tiempo le dedica al trabajo: No

¿Está satisfecha en su trabajo? : No

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas de la familia? : No

¿Esta satisfecha con el rol que juega? : Sí

OBJETIVO.

Estado emocional calmado / ansioso / enfadado / retraído / temeroso / irritable / inquieto / eufórico: Se observa calmada

Otros: Negados

D) NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.**SUBJETIVO.**

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Leer y sale a pasear con la familia

¿Las situaciones de estrés influye en la satisfacción de sus necesidades? : No

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

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? : Sí (clases de baile)

¿Asiste a algún curso relacionado con su embarazo? : No

¿Realiza alguna actividad recreativa relacionada con su embarazo? : No

OBJETIVO.

Integridad del sistema neuromuscular: Completa y sin alteraciones

¿Rechaza las actividades recreativas? : No

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

Otros: Negados

E) NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

SUBJETIVO.

Nivel de educación: Licenciatura Psicología educativa

Problemas de aprendizaje: No

Limitaciones Cognitivas: No Tipo: Ninguna

Preferencias: leer/ escribir: Leer (realiza su tesis)

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad? : Sí

¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo? : Sí

Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud: Sí

¿Se interesa por aprender aspectos relacionados con su embarazo? : Sí

Otros: Negados

OBJETIVOS.

Estado del sistema nervioso: Sin alteraciones

Órganos de los sentidos: Sin alteraciones

Estado emocional/ansiedad/dolor: Calmada

Memoria reciente: Recuerda hechos recientes

Memoria remota: Recuerda hechos pasados

Otras manifestaciones: Ninguna.

ANEXO 2

CONCLUSION DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA

NECESIDADES	GRADOS DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
1. Oxigenación	I PD D ✦	Alteración en la oxigenación relacionado con el aumento del Fondo Uterino manifestado por disnea, hipotensión.
2. Nutrición Hidratación	I PD ✦ D	Alteración en los hábitos alimentarios relacionados con el embarazo manifestado por una gingivorragia. Alteración en la nutrición relacionado por exceso nutricional manifestado por aumento de peso.
3. Eliminación	I PD ✦ D	Alteración en el sistema urinario relacionado con infecciones de vías urinarias manifestado por comezón, ardor al orinar y secreción vaginal amarillo escaso.
4. Moverse y mantener una buena postura	I PD ✦ D	Alteración en miembros inferiores relacionados con presencia de varices manifestados por dolor al estar de pie.
5. Descanso y Sueño	I ✦ PD D	
6. Usar prendas de vestir adecuadas	I ✦ PD D	

7. Termorregulación	I ✖ PD D	
8. Higiene y Protección de la piel	I ✖ PD D	
9. Evitar peligros	I PD ✖ D	Déficit en el conocimiento de evitar peligros relacionados con el embarazo manifestados por interés de la paciente.
10. Comunicarse	I PD ✖ D	Alteración en el estado emocional relacionado con el nuevo miembro de la familia manifestado con expresiones de preocupación.
11. Vivir según sus creencias y valores	I ✖ PD D	
12. Trabajar y realizarse	I ✖ PD D	
13. Jugar y participar en actividades recreativas	I ✖ PD D	
14. Aprendizaje	I PD D ✖	Déficit de conocimiento relacionados con la preparación para el parto manifestado por interés de la señora.

ANEXO 3

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA Y EVALUACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
Alteración en la oxigenación relacionado con el aumento del fondo uterino manifestado por disnea, hipotensión.	La señora aprenderá a respirar correctamente	<ul style="list-style-type: none">❖ Se le enseñará posiciones de fowler para mejorar la respiración❖ Explicar técnicas de respiración❖ Evitar el uso de ropa apretada❖ Evitar el uso de zapatos de tacón❖ Administración de medicamentos prescritos para la hipotensión	La señora podrá respirar sin dificultad

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
Alteración en los hábitos alimentarios relacionados con el embarazo manifestado por una gingivorragia.	Orientar a la mujer embarazada sobre los nutrientes que debe consumir	<ul style="list-style-type: none"> ❖ le sugiere incrementar vitamina "C" en los alimentos ❖ Se le sugiere incrementar hierro en los alimentos ❖ Se le recomienda evitar comidas bajos en nutrientes ❖ Higiénicos (desinfectados) ❖ Tomar abundantes líquidos de 2 a 3 litros diarios ❖ Cepillarse tres veces al día los dientes ❖ Usar cepillos dental de cerdas naturales ❖ Consulta al dentista durante su embarazo 	La señora manifestara que ya no hay gingivorragia

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA Y EVALUACIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
<p>Alteración en el sistema urinario relacionado con infecciones de vías urinarias manifestado por comezón, ardor al orinar y secreción vaginal amarillo escaso.</p>	<p>La señora sabrá como evitar infecciones de vías urinarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El baño diario de preferencia en regadera ❖ Se le recomienda el uso de pantaletas de algodón ❖ Se le sugiere el uso de jabón neutro ❖ Evitar el uso de jabones perfumados ❖ No realizarse duchas vaginales ❖ Se le explica que al terminar una relación sexual debe orinar ❖ Cambio de ropa interior diario ❖ Se le recomienda bañarse al terminar una relación sexual. 	<p>La señora no presentara infecciones de vías urinarias frecuentes.</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA Y EVALUACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
Alteración en la nutrición relacionado por exceso nutricional manifestado por aumento de peso.	La señora aumentará de peso de 9-12kg durante su embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ La dieta será: ❖ Completa: que contengan todos los nutrientes necesarios para el embarazo ❖ Equilibrada: que los nutrientes guarden proporción entre ellos ❖ Suficiente: Cantidad adecuada ❖ Variada: que los alimentos seleccionados para cada comida sean diferentes ❖ Tomar abundantes líquidos 2-3 litros diarios ❖ Bajos en grasa ❖ Evitar consumir comida chatarra. 	La señora Esther conocerá sobre una alimentación balanceada y nutritiva.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA Y EVALUACION

DIAGNOSTICO DE ENFERERIA	OBJETIVO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
<p>Alteraciones en miembros inferiores relacionados con presencia de varices, manifestados por dolor al estar de pie.</p>	<p>Disminuir el dolor en miembros inferiores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se le recomienda descansar cuando le sea posible ❖ Se le sugiere caminar diario ❖ Enseñarle ejercicios para la circulación de miembros inferiores ❖ Se le recomienda el uso de medias con graduación ❖ Hacer bicicletas ❖ Elevar miembros inferiores 15 minutos diarios, 50cm por arriba de su cuerpo ❖ Se le sugiere evitar el uso de zapatos de tacón alto ❖ Inmersión de pies en agua caliente y fría alternados por dos minutos ❖ Sugerirle la utilización de un cepillo de lechuga 	<p>La señora manifestará disminución de dolor.</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA Y EVALUACIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
Alteración en el estado emocional relacionado con el nuevo miembro de la familia manifestado con expresiones de preocupación.	Establecer tempranamente vínculo afectivo entre padres e hijos.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Permitirle expresar sus sentimientos sobre su embarazo ❖ Orientar sobre estimulación intrauterina ❖ Hablarle a su bebé ❖ Proporcionar información sobre al importancia de la leche materna ❖ Cuidados del recién nacido. 	La señora y su esposo establecerán tempranamente el vínculo afectivo con su hijo recién nacido.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA Y EVALUACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERACIONES
Déficit en el conocimiento de evitar peligros relacionados con el embarazo manifestados por interés de la paciente.	Conocerá la importancia de factores de riesgo durante su embarazo.	<ul style="list-style-type: none">❖ Se orienta sobre signos y sí❖ ntomas de alarma durante el embarazo❖ Se le sugiere evitar lugares aglomerados❖ Evitar estar en contacto con sustancias tóxicas❖ Orientarla sobre objetos que puedan provocar accidentes sabrá donde dentro de su hogar.	La señora identificará inmediatamente las medidas de urgencia y acudir.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA Y EVALUACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
Déficit de conocimiento relacionados con la preparación para el parto manifestado por interés de la señora.	Tendrá conocimientos de cursos relacionados con el embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Orientar sobre medidas de relajación y respiración ❖ Sugerir baños de agua tibia en la cadera ❖ Sugerir masajes en la cadera con ayuda de su pareja ❖ Escuchar música clásica o instrumental ❖ Realizar ejercicios prenatales ❖ Sugerirle a que asista a cursos de psicoprofilaxis. 	La señora se sentirá preparada para enfrentar su parto.

ANEXO 4 PLAN DE ALTA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
Potencial de riesgo durante el embarazo, manifestado por signos y síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Asegurar la continuidad de los cuidados en casa ❖ Prevenir complicaciones ❖ Ofrecer recursos y métodos que permitan la evaluación del trabajo de parto con el mínimo de riesgos y complicaciones ❖ Lograr la participación de la Pareja ❖ El nacimiento de niños sanos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Orientarla a donde acudir en caso de presentarse alguna complicación durante el embarazo ❖ Orientarla a donde acudir a los cursos de psicoprofilaxis. 	La señora comunicará la comprensión de la enseñanza.

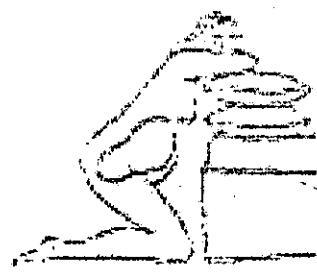
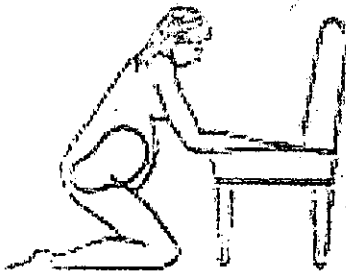
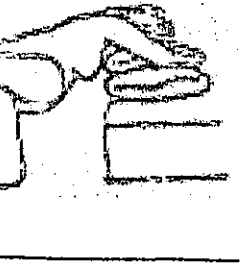
POSICIONES PARA EL PRIMER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO



- A la mujer:
- † Alterno posiciones
 - † Tomo ventaja de la gravedad
 - † Evito estar acostado boca arriba
 - † Combino la relajación con la respiración
 - † Orino frecuentemente

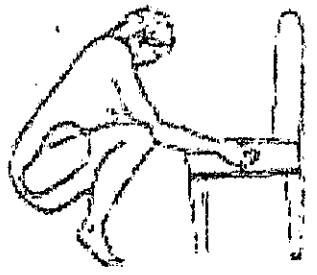
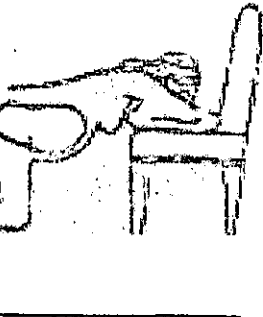
ANEXO 6

POSICIONES PARA EL TRABAJO DE PARTO



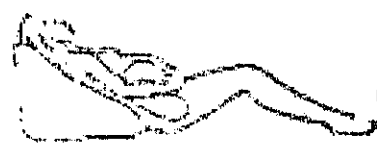
2) _____

3) _____



5) _____

7) _____



6) _____



10) _____

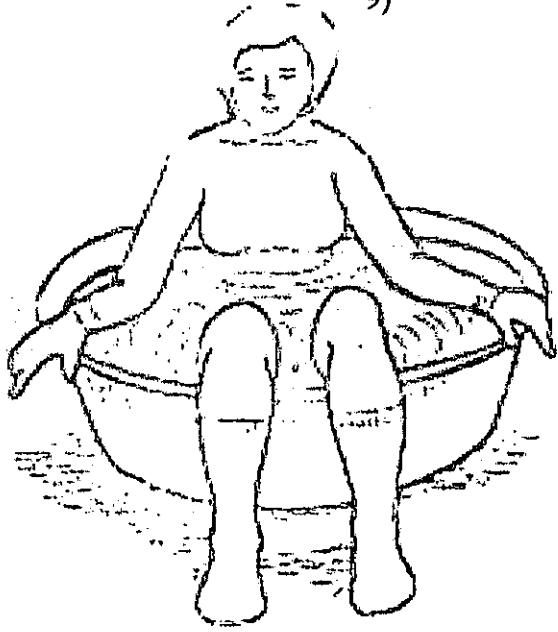
9) _____



11) _____

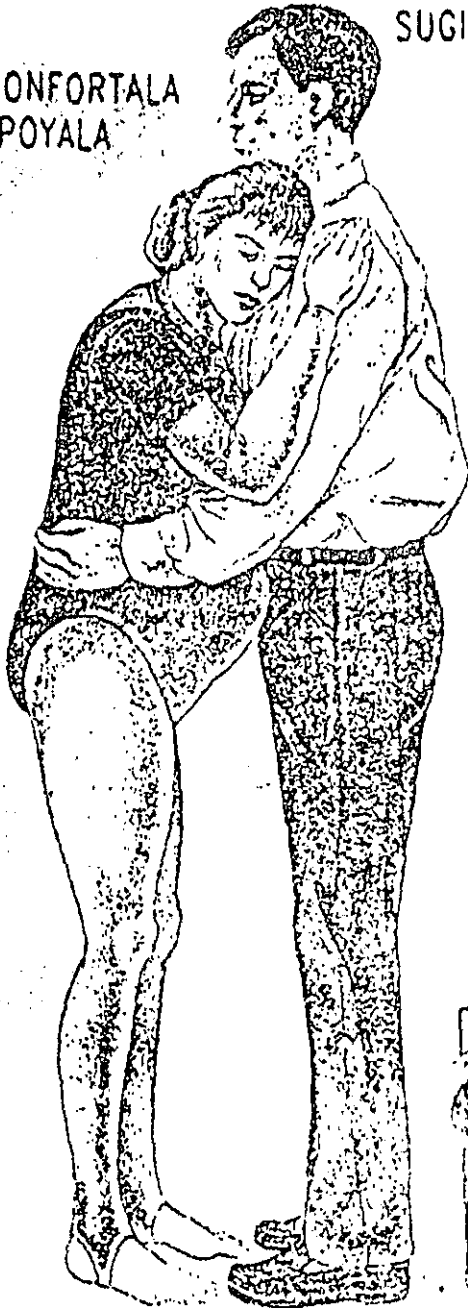


12) _____



PAPEL DEL ACOMPAÑANTE

RECONFORTALA
Y APOYALA



SUGIERELE PRESION O MASAJE



HAZ CONTACTO
VISUAL Y
TACTIL



RECUERDALE:

- Variar posiciones
- Orinar frecuentemente
- Relajarse

UTILIZA COMPRESAS
DE AGUA FRESCA Y
TRAGUITOS DE AGUA
O HIELO FRAPE

RESPIRA CON ELLA

RUTINA DE EJERCICIOS FÍSICOS PRENATALES

1.-CALENTAMIENTO

Caminar, realizando lentamente círculos con los brazos hacia afuera iniciando al frente, arriba, atrás y abajo.

Observar que no flexionen las articulaciones de la muñeca y codo.

2.-ACTIVAR CIRCULACIÓN EN MANOS Y PIES.

En posición de pie sacudir las manos y brazos después relajar, efectuar con la pierna derecha movimientos para sacudir pie y pierna, alterna después con lado izquierdo.



3.-CALENTAMIENTO DE TOBILLOS

Caminar de puntas. Caminar de talones 1-2 mín.

4.-MOVILIZACIÓN DE MUSCULOS DEL CUELLO.

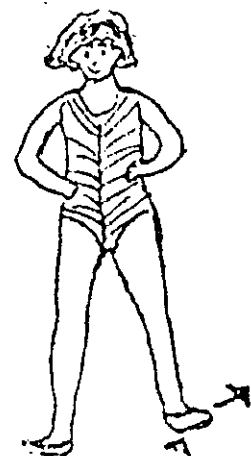
En posición de pie con una pierna ligeramente flexionada y adelantada, las manos estrelladas detrás de las espaldas, realice flexión y extensión del cuello, (adelante atrás, aun lado a otro, giros a la derecha e izq)

Realicelo lentamente para evitar mareos.

5.-CALENTAMIENTO DE CADERA

De pie con los codos flexionados y manos en cadera, abre pierna con la punta del pie hacia arriba

Alterna derecha e izquierda sin flexionar para mantener el equilibrio del cuerpo.



6. - REFORZAMIENTO DE MUSCULOS DE ABDOMEN.

De pie con las piernas ligeramente separadas, las manos en cada hombro. Girar el tronco al lado derecho, durante 5 tiempos, y gira al lado contrario otros 5 tiempos.



7. - EJERCICIOS PARA EL DOLOR DE CINTURA.

Realizar un balanceo anterior de la pelvis, con contracción de los músculos de las piernas, muslos, glúteos, periné y abdomen.

Se mantiene 5 tiempos y se relaja toda la musculatura.



8. - ESTIRAMIENTO DE PIERNAS.

De pie frente a la pared, brazos extendidos a la altura de los hombros, las palmas de las manos apoyadas sobre la pared, se extiende la pierna derecha hacia atrás y flexionando pierna izquierda ambos pies deberán tener apoyo completo, Balancearse 5 veces alternando.



9. - FORTALECIMIENTO DE LOS MUSCULOS PECTORALES.

Sentada en posición de sastre, flexionar los codos, las manos apoyadas en una con otra, modificando la altura de las manos de tal manera que trabajen sus pectorales en sus 3 posiciones. A la altura de los hombros efectuar mismo ejercicio pero con presión constante marcando 5 tiempos.



10. - ESTIRAMIENTO DE MUSCULOS INTERNOS DE PIERNAS.

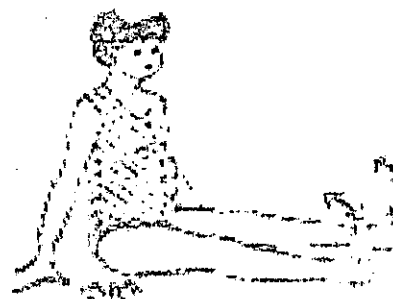
En posición de sastre con los brazos flexionados, las manos apoyadas sobre el pliegue de la pierna y el muslo, efectuar movimiento de empujar con las manos hacia abajo y con las piernas poner resistencia, mantener esta presión por 5 tiempos. Se efectúa 4 veces.



11. - EJERCICIOS PARA ACTIVAR LA CIRCULACIÓN EN PIERNAS.

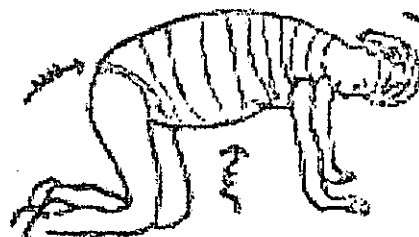
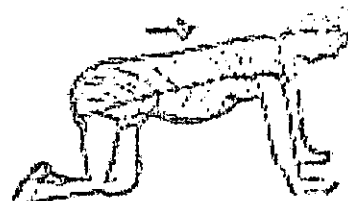
Sentada, con las piernas extendidas poco separadas, brazos extendidos hacia atrás menos apoyadas en el piso, con pies fuera del colchoneta, se efectúan círculos hacia fuera 5 tiempos y hacia dentro 5 tiempos Cuatro veces..

Misma posición, efectuar movimientos de los dos pies con las puntas señalando a la cara y flexionar los dedos de los pies hacia abajo, mantener 5 tiempos y relajar. Se efectúa 4 veces.



12. - FORTALECIMIENTO DE ABDOMINALES Y GLÚTEOS.

En posición indicada los brazos extendidos, las manos apoyadas en el piso con la punta de las manos encontradas, vista al frente, lentamente se contraen abdomen y glúteos, se flexiona la columna, después se regresa a la posición inicial sin aflojar el abdomen y cuidando la postura correcta. Se efectúa 4 veces.



13. - ACTIVAR LA CIRCULACIÓN EN PIERNAS Y MEJORA EL APOYO DE LA COLUMNA.

Boca arriba, los brazos extendidos a los lados del tronco, se efectúa apoyo de la pierna derecha extendida sobre la rodilla izquierda flexionada, efectuando con el pie derecho círculos hacia dentro, marcando 5 tiempos, alternar con la pierna izquierda. Se efectúa 4 tiempos.



ANEXO 9

RELAJACIÓN PROGRESIVA.

Busca una Postura cómoda ...que no te moleste nada... concéntrate en tu respiración lenta y rítmica...Concéntrate en la posición de tu cuerpo.

Cierra tus ojos, respira lentamente, inhalando tensas exhalar relajas.

Tensa tu pie Derecho...relájalo

Tensa tu pie Izquierdo... relájalo

Tensa tus dos pies...relájalos

Tensa tu Pierna Derecha...relájala

Tensa tu Pierna Izquierda...relájala

Aprieta los muslos juntándolos...relájalos

Aprieta los glúteos...relájalos

Tensa tu Abdomen...relájalos

Tensa tu Brazo Derecho...relájalos

Tensa tu Brazo Izquierdo...relájalos

Tensa ambos Brazos...relájalos

Haz un Puño con Tu mano Derecha...relájala

Haz un Puño con Tu mano Izquierda ...relájala

Tensa tu boca...relájala

Tensa Tus Ojos Apretándolos...relájalos

Tensa todos los músculos de tu cuerpo

Toma aire y al exhalar relaja todos los músculos de tu cuerpo...

Ahora percibe la sensación de relajación en tu cuerpo

Toma aire una vez más y al soltarlo libera toda la tensión que aún queda en tu cuerpo...