

00921
68



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

A UN ADULTO CON PROBLEMA DE ADICCIONES
BASADO EN LAS VALORACIONES DE LAS 14 NECESIDADES
DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TITULO
DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA
ACACIA NATIVIDAD DE LA GARZA PEREZ

N. DE CUENTA
098610765

ASESOR ACADEMICO
MTRA: SANDRA SOTOMAYOR SÁNCHEZ



2 DE SEPTIEMBRE DEL 2003.



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.

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

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

**"A UN ADULTO CON PROBLEMA DE ADICCIONES
BASADO EN LA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES
DE VIRGINIA HENDERSON"**

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

P R E S E N T A

ACACIA NATIVIDAD DE LA GARZA PÉREZ

ASESORÍA ACADÉMICA: LIC. SANDRA SOTOMAYOR SÁNCHEZ

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
SERVICIOS ESCOLARES

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo investigativo.

NOMBRE: Acacia Natividad

De la Garza Pérez

FECHA: 18 Sept 03

FIRMA: Acacia de la Garza Pérez

AGRADECIMIENTOS

A JEHOVA DIOS TODOPODEROSO Y CRISTO JESUS:

Por darme la vida y la oportunidad de realizarme, lograr mis objetivos luchar por mis ideales, cuidarme y guiarme en el camino de la honestidad.

A TI LUIS, MI ESPOSO:

Por tu incondicional apoyo, porque has creído siempre en mí, porque haberte conocido hizo que creyera aún más en Dios, sin ti, cada acto de mi vida perdería su sentido.

Puedo asegurarlo, soy una persona independiente, he buscado y encontrado mi propio lugar en el mundo; he perseguido y alcanzado muchos sueños; disfruto cada una de las cosas que me gustan y logros que me enorgullecen: trabajo, relaciones, búsquedas personales, pero nada de todo esto, tendría para mí el mismo significado sin tu presencia en mi vida que todo, todo, lo completa.

A TI ERÉNDIRA, MI HIJA:

Gracias por tu paciencia y por ser mi inspiración deseando que nunca crezcas del todo, que guardes en tu corazón la ingenuidad de creer que en ocasiones el mundo puede ser mágico, que tengas fe en Dios y buscarlo.

Por ser exactamente como te había soñado, única, diferente, irreplicable y mucho mejor que cualquier sueño: magnífica.

Recuerda que el genio y el talento se desvanecen en prometidas ilusiones sin la constancia y ésta, depende de ti.

A MI MADRE Y MI FAMILIA:

Por enseñame que la humildad y la sencillez es la verdadera grandeza del corazón y ser fuerte para comprender cuando soy débil y lo valiente para enfrentarme a lo que sea aun cuando he sentido miedo.

Por la motivación para alcanzar mis metas.

A ELOISA:

Por su amistad leal, sincera y desinteresada, por estar siempre presente cuando ha sido necesario, con afecto, comprensión y aun con sacrificios, por cuidar a los seres que mas quiero en mi vida.

A MARTHA MARTINEZ:

Mi Jefa de Enfermeras de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, por su gran apoyo, confianza e incondicional amistad.

Solo los honrados pueden tener amigos, porque la amistad no admite cálculos, ni sombras ni dobleces; crece al amparo del desinterés, se nutre dándose y florece con la comprensión.

A UNA PERSONA ESPECIAL: EL DR. MANUEL CERÓN RODRÍGUEZ:

Con todo mi cariño, por su enseñanza, ejemplo, apoyo, a mi amigo leal, mi defensa sólida, por enseñarme a contar las noches por las estrellas y no por sombras y contar las sonrisas y no las lágrimas; a mi maestro de la vida, único y verdadero.

A MIS AMIGOS:

Que con su confianza y admiración me instaron a continuar estudiando: Ceci, Marcela, Lupe, Jorge, Enrique, Aquileo, Fany, Gina, Pancho, Diana, Víctor, Mireya, Eva, Paty, Caridad, Luis Fernando y al Dr. Winston.

A MIS AMIGAS DE LA E.N.E.O.

Por su compañía, por hacer que mis días fueran divertidos, felices y apoyarme: Esther, Maribel, Norma, Chela, Judith, Lety, etc.

**A LA ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO.**

Por abrirme las puertas para mi formación académica.

**A LA MAESTRA SANDRA
SOTOMAYOR SANCHEZ:**

Con respeto y sincera gratitud, por su ayuda profesional para la realización del presente proceso de atención de enfermería.

INDICE

INTRODUCCIÓN	9
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVOS	11
OBJETIVO GENERAL	11
OBJETIVOS ESPECIFICOS	11
METODOLOGIA	12
I. MARCO TEORICO	13
1.1 CONCEPTO DE ENFERMERIA	13
1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LOS CUIDADOS	14
1.3 ENFERMERIA COMO DISCIPLINA	16
2. EL PROCESO DE ENFERMERÍA	19
2.1 ANTECEDENTES DEL PROCESO DE ENFERMERIA	19
2.2 CONCEPTO Y OBJETIVO DEL PROCESO DE ENFERMERIA	21
2.3 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA	22
2.3.1 VALORACION	23
2.3.2 DIAGNOSTICO	24
2.3.3 PLANEACIÓN	24
2.3.4 EJECUCIÓN	26
2.3.5 EVALUACIÓN	27
3.- ELEMENTOS CONCEPTUALES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	28
3.1 ANTECEDENTES DE VIRGINIA HENDERSON	29
3.2 CONCEPTOS BÁSICOS DE VIRGINIA HENDERSON	29
3.3 EL PROCESO DE ENFERMERIA APLICADO A LOS ASPECTOS CONCEPTUALES DE VIRGINIA HENDERSON	32
4. CARACTERISTICAS BIOPSIICOSOCIALES DEL ADULTO MADURO	33
4.1 CAMBIOS FISICOS DEL ADULTO	33
4.2 SITUACIONES DEL ADULTO MADURO	34
5. CONCEPTO DE ADICCIONES	36
5.1 FACTORES QUE ORIGINAN LAS ADICCIONES	36

5.2 FASES DE LA ADICCION	40
5.3 BASES PARA EL TRATAMIENTO MEDICO DEL ADICTO	40
5.4 TABAQUISMO.....	41
5.5 ALCOHOLISMO	43
5.6 INGESTA DE COCAINA.....	46
1. PRESENTACION DEL CASO.....	50
2. VALORACION DE LAS NECESIDADES HUMANAS BASADO EN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	52
3. DIAGNOSTICOS REALES.....	66
3.1 DIAGNOSTICOS POTENCIALES.....	75
III. CONCLUSIONES.....	83
IV. SUGERENCIAS.....	84
V. BIBLIOGRAFÍA	85
A N E X O S.....	86

INTRODUCCIÓN

El proceso es un método para realizar algo, que por lo general abarca cierto número de pasos ordenados y sistemáticos y que intenta lograr un resultado particular. El proceso de Enfermería es la aplicación de la resolución científica del problema a los cuidados de enfermería. Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente, para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería, y para evaluar los resultados obtenidos con este proceso.

El realizar un proceso de atención, implica para la enfermera hacer uso del pensamiento crítico, que tiene que ver con contar con firmes bases teóricas cognoscitivas, técnicas interpersonales que ayuden a resolver los problemas detectados en los pacientes a través de valorar las 14 necesidades propuestas por la teoría de Virginia Henderson.

Es evidente que la atención personal de enfermería requiere de ser más científica, comprometida e individual para la persona que demanda una atención de su parte. Es por ello que se requiere de la utilización de un método (proceso de enfermería) que augure un éxito en la resolución de cuidar a la persona.

En la actualidad es importante ubicar que todo profesional de enfermería, debe atender cualquier problema que atente contra la salud de la persona, tal es el caso de las adicciones. Las adicciones hoy en día representan un grave problema de salud que atenta no solo contra la integridad física de la persona, sino también contra la social y emocional. Esto involucra totalmente a la enfermera ya que al ver a la salud bajo el enfoque holístico, debe participar para ayudar al individuo a su recuperación a través de acciones independientes e interdependientes con el equipo de salud.

El presente trabajo tiene como objetivo elaborar un proceso de atención de enfermería para mejorar los cuidados que enfermería proporciona a un cliente adulto con problemas de adicción, y así ayudarlo a prevenir las complicaciones que las adicciones provocan, ya que en la actualidad el uso del proceso de enfermería es una herramienta habitual en nuestras actividades relacionadas a la enfermería siendo un método que emplea valoración planeación ejecución en su desarrollo, proporcionando un enfoque personal sistemático y organizado logrando el principal propósito de la enfermera, promover el bienestar y contribuir a la mejor calidad de vida y a la máxima utilización de todos los recursos, a través de una relación profesional.

JUSTIFICACIÓN

El proceso de Atención de Enfermería constituye una opción para titulación, para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia, además de ser un elemento de gran importancia, ya que la enfermería profesional ha evolucionado desde la aplicación de principios científicos hasta una disciplina, que aplica teorías, marco de referencia, modelos y principios hasta llegar a la práctica.

El proceso de Atención de Enfermería ayuda a la enfermera a utilizar enfoques racionales y una base científica para aplicar su actividad, los profesionales de todas las disciplinas incluyendo a las enfermeras, utilizan un proceso científico, con cuadros teóricos para obtener información, buscar conocimientos nuevos, dirigir sus acciones, por lo que se comprueba que el proceso de enfermería la ayuda a adoptar el aspecto científico a la práctica, demostrando responsabilidad e interés de la enfermera profesional por el paciente.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a un adulto con problemas de adicciones, apoyado en las 14 necesidades de Virginia Henderson.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Proporcionar cuidados profesionales y de calidad a un adulto con problemas de adicción.
2. Identificar las necesidades del cliente para la integración de los Diagnósticos de Enfermería.
3. Con base a los Diagnósticos plantear y realizar las intervenciones de enfermería y que permitan lograr una ayuda profesional y satisfactoria al cliente con problemas de adicción.
4. Evaluar el impacto de las intervenciones de enfermería en base a este modelo.

METODOLOGIA

- **Elección de un cliente para la aplicación del proceso.**
- **Citas con el paciente para la valoración (cinco citas).**
- **Asistencia a Asesorías así como también comunicación telefónica con la profesora Sandra Sotomayor Sánchez.**
- **Revisión de Proceso de Atención de Enfermería por la Profesora Sandra Sotomayor Sánchez.**
- **Consultas bibliográficas de diferentes autores y editoriales.**
- **Correcciones y sugerencias por mi asesora que anteriormente mencionó.**
- **Solicitud de Aprobación de diseño y aceptación de dirección de trabajo recepcional en la coordinación de seguro social y opciones terminales de titulación.**

I. MARCO TEORICO

1.1 CONCEPTO DE ENFERMERIA

La enfermería se considera "como ciencia" por que se constituye en su fase inicial de desarrollo por tener los elementos integrantes de una actividad investigadora como son: Conocimientos propios que surgen de la confrontación de conocimientos de diversas disciplinas científica con la realidad específica de enfermería, logrando así un conjunto de conocimientos sistemáticos respectivos al cuidar enfermero; empleo del método científico durante y para el ejercicio profesional y conformación de un lenguaje especializado como elemento organizador de los conocimientos.

Así mismo la enfermería reúne las siguientes características sistemáticas de la ciencia: paradigma para dar respuesta a los problemas de la enfermería de acuerdo al momento histórico, con supuestos, normas, métodos y técnicos que evolucionan pero al mismo tiempo se complementan; coherencia en la interrelación de hechos, principios, leyes y teorías; campo definido del conocimiento " las respuestas de los seres humanos a la salud y a la enfermedad"; expresión de proporciones o investigar; proposiciones verdaderas o probablemente verdaderas que ofrecen una base para la fiabilidad y validez de su práctica, estableciendo interconexiones entre los conceptos del meta paradigma " persona, entorno, salud, enfermería, empleo de procesos de la lógica y la explicación de sus investigadores y argumentos.

Es arte por ser una profesión que requiere de múltiples y variadas habilidades para adaptarse a las necesidades de las personas en los diversos contextos de la práctica profesional; lo que la hace ser creativa e innovadora.

La razón de ser de la enfermería es cuidar la salud, a través de cuidados que permitan mantener y conservar la vida, mediante la satisfacción de las necesidades del individuo, familia y comunidad; por consiguiente su campo de acción específico es la predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas. (Kozier Bárbara. 1993).

1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LOS CUIDADOS

El cuidado se concibe como un servicio a la humanidad, basado en la observación y la experiencia, que consiste en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda establecer o preservar su salud.

La historia de los cuidados comienza con la historia de las especies vivas, surge con la aparición del linaje Homo que los etnopaleontólogos remontan a 5 a 6 millones de años.

Esta historia se construye fundamentalmente en torno a la permanente preocupación de asegurar la continuidad de la vida.

Los hombres como todos los seres vivos han tenido siempre la necesidad de cuidados, por que cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo permitir que la vida continúe y se desarrolle y de ese modo luchar contra la muerte del individuo, la muerte del grupo o de la especie.

Durante años los cuidados no fueron propios de un oficio, y aun menos de una profesión, eran los actos de cualquier persona que ayudaba a otra a asegurarse todo lo necesario para continuar la vida. Los cuidados son universales, todos aparecen y se elaboran a través de dos grandes momentos de la vida que son el nacimiento y la muerte.

Cuidar es un arte que precede a todos los demás sin el cual no sería posible existir, iniciando por las comadronas, desde los albores de la humanidad, fue el origen de los conocimientos y la matriz de todas las culturas.

En el curso de la historia de la humanidad, los cuidados están relacionados con la necesidad de favorecer la fecundidad y de asegurar la continuidad de la vida, mientras que los tratamientos responden a la lucha contra la enfermedad y así a la lucha contra la muerte. (Colliere Marie, Francoise 1994.).

El papel tradicional de la enfermera ha sido el de proporcionar asistencia, educación, consuelo y apoyo.

En las culturas antiguas de África, las funciones de la enfermera eran las de comadrona, herborista, nodriza y cuidadora de niños y de ancianos. En la antigua India, los primeros hospitales estaban atendidos por enfermeras fijas que debían cumplir cuatro requisitos: 1) Conocimientos de la forma de preparar los fármacos para administrarlos. 2) Inteligencia. 3) Dedicación al paciente. 4) Pureza del cuerpo y mente.

A fines del siglo XVI, Camilo de Lellis, santificado por su labor de caridad cristiana, fundó una orden de enfermería para cuidar a los pobres, a los enfermos, los moribundos y los que se encontraban en prisión. En 1633 San Vicente de Paúl fundó en Francia la orden de las Hermanas de la Caridad. Esta fue la primera orden al cuidado del enfermo, misma que envió hermanas enfermeras para que

prestaran sus cuidados en el nuevo mundo, para con ello crear hospitales en Canadá, Estados Unidos y Australia.

Más tarde en los siglos XVIII y XIX, se dio una revolución científica; Con el descubrimiento y la exploración de nuevos continentes, surgieron cambios económicos radicales, después de los cuales las naciones se volvieron más independientes gracias al comercio.

La Revolución Industrial desplazo a los trabajadores de las artesanías al trabajo industrial. Estos cambios se convirtieron en motivo de estrés para la salud. Aparecieron nuevas enfermedades transmitidas en las bodegas de los barcos por los roedores, los cuales atravesaban las fronteras nacionales y saltaban de un continente a otro. El hacinamiento en las labores de las fábricas, en el gran número de horas de trabajo y las condiciones laborales poco saludables, dio lugar a una transmisión rápida de las enfermedades contagiosas como el cólera y la peste.

Durante esa época, el papel de la mujer era mantener el hogar limpio y elegante las mujeres comunes trabajaban de sirvientas en casas privadas o dependían del salario de sus maridos.

Los cuidados que necesitaban los enfermos en los hospitales o en las viviendas privadas las prestaban mujeres bastante extrañas, a menudo eran prostitutas o prisioneras que tenían poco o ningún entrenamiento como enfermeras.

Por esta razón la enfermera era poco aceptada y carecía de prestigio. El único papel aceptable de enfermera era el desempeñado dentro de una orden religiosa en la que se facilitaban estos servicios formando parte de la caridad cristiana.

La reforma llegó a la mano de la enfermera británica, Florence Nightingale durante la guerra de Crimea. Los esfuerzos de Florence lograron que la enfermera se convirtiera en una profesión respetada. Además de luchar por la limpieza y comodidad de los hospitales, Nightingale trabajó a favor de la educación del pueblo enseñándole a tomar medidas sanitarias y evitar lo posible las enfermedades.

Ella creía en la prevención y en la necesidad de un ambiente siempre fresco, agua potable, medicación adecuada, paz y movilidad y el conocimiento para que el cliente cuidara de sí mismo.

Muchas de las propuestas de Nightingale son ahora las bases de la atención. La formación de las enfermeras era el principal objetivo de esta reforma.

La tendencia general desde la creación de las primeras organizaciones de enfermería en 1800 hasta el final de la 1ª Guerra Mundial, fue la rápida expansión de hospitales y de escuela de enfermería en los mismos.

En los años 20 el comité for the Study of Nursing Education, propuso la separación de las escuelas de enfermería de los hospitales y la educación de estas a un nivel universitario. Como resultado se crearon dos escuelas universitarias de enfermería. El objetivo de esta experiencia nueva fue comprobar si era posible la

compaginación de estudios teóricos como practicas en los hospitales, de acuerdo a las necesidades de los estudiantes.

Se enfatizó en el bienestar social y en otros aspectos sanitarios concernientes a la enfermería.

Desde el comienzo hasta el presente la enfermería ha cambiado en todas las áreas. Los programas de educación de enfermería han avanzado rápidamente y también en una amplia gama de hospitales y de servicios de enfermería comunitarios. A través de todos esos cambios, la enfermería ha continuado aportando un servicio estable de ayuda a la gente. (Kozier Bárbara 1993).

1.3 ENFERMERIA COMO DISCIPLINA

En el paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio perpetuo y de equilibrio, la interacción de fenómenos complejos es percibida con el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja. Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción.

El cuidado va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define. La enfermera habiendo acumulado diversos conocimientos, se adelanta a la manera de ver de esta persona. La acompaña en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino. Utiliza todo su ser, incluida una sensibilidad que comprende elementos más allá de lo visible y palpable.

Intervenir significa <<Estar con>> la persona. La enfermera y la persona atendida son compañeras en un cuidado individualizado, en una atmósfera de mutuo respeto la enfermera crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona; la enfermera también se beneficia de los lazos auténticos que ha tejido con esta persona para el desarrollo de su propio potencial.

La persona es así un todo indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente de esta. Tiene manera de ser únicas en relación consigo misma y con el universo, maneras de ser que forman una modela dinámico de relación mutua y simultánea con el entorno. La persona reconoce la influencia del entorno sobre ella. La una y el otro generan las situaciones en que se encuentran. La persona evoluciona en la búsqueda de una calidad de vida que se define según su potencial y sus prioridades.

La salud por su parte es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona, también hace referencia al bienestar y a la realización del potencial de creación de la persona. La experiencia de la enfermedad forma parte de la experiencia de la salud, y la salud va más allá de la enfermedad siendo un aspecto significativo del proceso del cambio de la persona. (Kerouac Suzanne.).

Finalmente, el entorno, está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona, en entorno coexiste con ella. Efectivamente, la persona y el entorno están en constante cambio, mutuo y

simultáneo. Igual que la persona, el entorno tiene su propio ritmo y se orienta hacia una dirección impredecible.

Las preocupaciones actuales concernientes a las relaciones entre el ser humano y el planeta indican una toma de conciencia de esta constante interacción. El entorno evoluciona a un ritmo cuya orientación, amplitud y velocidad están estrechamente unidas a las interacciones pasadas, presentes y futuras entre dicho entorno y el ser humano.

Así frente a la complejidad de las situaciones de salud y a la necesidad de una visión más global, las enfermeras hoy en día y cada vez más emprenden estudios superiores.

El avance de sus conocimientos en su disciplina los lleva a diversificar sus motivos de estudio tiene necesidad de una formación científica para utilizar sus conocimientos de manera creativa en beneficio del ser humano.

Actualmente la investigación de enfermería esta basada en los modelos conceptuales propios de la disciplina. Se caracteriza por la diversidad de los métodos de investigación científica, permitiendo la comprensión de fenómenos cada vez más complejos, multivariados y globales. Gorther (1983) señala que la disciplina enfermera es concebida hoy como una ciencia del comportamiento y de la salud de la persona en todas las edades de la vida, es decir, una ciencia que incluye, a la vez, una comprensión de los factores biológicos, comportamentales y sociales, así como la definición de los resultados esperados y de los indicadores de la salud. Por su parte, Allen, Benner y Diekellman (1986) destacan la orientación de numerosas investigaciones en ciencias enfermeras hacia la exploración en la descripción de los significados de diversas experiencias humanas de salud, tal como son percibidas por los individuos.

La apertura sobre el mundo modifica, igualmente, el sistema de prestación de los cuidados enfermeros. A principios de la década de los años 70, los cuidados globales y los integrales dan a la enfermería la responsabilidad total del conjunto de los cuidados enfermeros requeridos por el cliente. La enfermera que evoluciona en estos sistemas posee un conjunto de conocimientos específicos de la disciplina. Lo mismo ocurre con otros sistemas mas recientes como el sistema modular y la gestión de casos.

Para dispensar cuidados enfermeros es cada vez más necesario comprender los procesos, los problemas y las situaciones de las personas de todas las edades, en todas las situaciones de la vida y en un mundo en constante evolución.

Después de la década de los 70, era gran preocupación de las enfermeras por los aspectos humanísticos y filosóficos del cuidado que por ser invisible, no es menos vital se hace sentir (Brooks y Kleine-Kracht, 1983).

Cuidar a una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales de sus creencias y de sus convicciones (Leininger, 1991 a). Desde esta perspectiva, Rogers (1989) insita a las enfermeras a hacer investigaciones hacia los cuidados de la salud creativos que podrán ser aplicados sobre la tierra e incluso más allá de este planeta.

Resumiendo, una visión lineal, uní causal (paradigma de la categorización), ha dominado las ideologías y la formación en el curso de este último siglo, así como en todas las esferas de actividades. Las enfermeras no se han escapado a esta influencia. Sin embargo han detectado que la experiencia de salud y enfermedad sobrepasa a la linealidad y la clasificación.

Muy pronto han considerado a la persona en su globalidad, en interacción con el entorno (paradigmas de interacción y de la transformación).

Las enfermeras van y vienen entre los diferentes paradigmas, y lo hacen, a menudo, sin saberlo. Cuando un paradigma ha guiado la comprensión del mundo durante varios años, es difícil remplazarlo por otra forma de ver. Incluso es difícil aceptar que hay otras formas de ver. Kuhn (1970) y Capra (1982) hablan de periodos de transición en los que los paradigmas se superponen y una forma de ser todavía no ha remplazado la otra.

Enfermeras eruditas (Eull- Willoy y Pepin, 1987, Gorther 1983) señalan la importancia, por el momento, de la coexistencia de diferentes paradigmas para el desarrollo del conocimiento en ciencias enfermeras.

Existen lazos existentes entre los paradigmas (categorización, integración, transformación) y las orientaciones de las disciplinas hacia la salud pública, la enfermedad, la persona y el mundo.

La disciplina enfermera ha evolucionado en el contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que han sucedido durante estos últimos siglos. Se ha desarrollado al ritmo de las grandes corrientes de pensamiento que han marcado la evolución de los conocimientos. Las concepciones de esta disciplina se han especificado igualmente durante los últimos decenios. La multiplicidad de las situaciones de salud, los cambios complejos en el seno de la familia, la orientación de las opciones éticas hacia un proceso que da prioridad a los valores y la diversidad de los medios clínicos guían cuidando siempre la evolución de estos concepciones de los cuidados enfermeros. (Kerouac Suzanne 1995).

2. EL PROCESO DE ENFERMERÍA

"Es un método sistemático de brindar cuidados humanísticos centrados en el logro de objetivos de forma eficiente".

Es un método que consta de una serie de pasos mentales o seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Este sistema es por estar conformado en cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen a logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación ejecución y evaluación.)

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que más que la suma de sus partes y que no sabe fraccionar.

Es intencionado por que se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera(o).

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible por que puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es interactivo por requerir de la interrelación humana con el (los) usuario(s) para acordar y lograr objetivos comunes. (Bertha A. Rodríguez S. Proceso Enfermero1999).

2.1 ANTECEDENTES DEL PROCESO DE ENFERMERIA

En el pasado la enfermería se describía en términos funcionales: actividades realizadas por los enfermeros. A principio de la década de 1960; la enfermería ponía énfasis en los aspectos interpersonales, intelectuales y científicos de la profesión.

Los aspectos interpersonales de la relación del paciente-enfermera fueron subrayados por Ida Jean Orlando; quien destaco la necesidad de acciones más bien deliberadas que intuitivas; por su parte Lois Knowles incorporo el planteamiento científico describiendo a la enfermería como involucrada en descubrir, sondear, hacer y discriminar. Con el enfoque continuo en el planteamiento científico, los dirigentes de enfermería explicaron la forma de aplicarlo al desarrollo de la aplicación. En 1966 Kelly describió la información disponible para la valoración de enfermería como los signos y síntomas del paciente, la historia y el diagnóstico medico, los antecedentes sociales, el bagaje cultural y los factores físicos y psicológicos del medio ambiente. Dorothy Johnson

énfasis en la importancia de la recolección sistemática de datos y su análisis, riguroso. El diagnóstico de enfermería se definió en este tiempo como la determinación de la causa y el alivio de un síntoma.

En 1967 Yora y Walsh escribieron el primer libro que definía, en forma integral, cuatro componentes del proceso de atención de enfermería, los autores daban gran importancia a las destrezas intelectuales, interpersonales, y técnicas de la práctica de enfermería. Para la década 1970, la profesión de enfermería empezó a mirarse como la disciplina científica orientada a una práctica con base teórica y centrada en el paciente; los pasos del proceso fueron ilegítimizados en 1973, cuando la Asociación Norteamericana de Enfermeras publicó las normas de la Práctica de la Enfermería, por lo que muchos estados iniciaron una revisión de las actividades de enfermería como el reflejo del extenso campo que abarca. Recientemente los exámenes fueron revisados para valorar los conocimientos enunciados de los cinco componentes mayores del proceso de atención de enfermería:

Valoración, análisis, planeación, interpretación y evaluación.

Secuencia de los pasos y el proceso evaluativo de retroalimentación; los componentes son:

1.- Valoración

- a) obtención de datos

2.- Análisis / síntesis de datos.

- a) Diagnóstico de enfermería

3.- Planeación

- a) Métodos y objetivos
- b) Planes para la interpretación
- c) razonamiento científico.

4.- Interpretación

5.- Evaluación final

En la práctica de enfermería, los papeles de las enfermeras interdependientes y dependientes; algunas de las actividades independientes son: valoración, análisis, diagnóstico, planeación, implementación y evaluación; las actividades interdependientes incluyen la coordinación y planeación con otros miembros del equipo de salud; y por último, las actividades dependientes comprenden el

cumplimiento de las órdenes del médico para administrar medicamentos o tratamientos. El proceso de atención de enfermería amplía cada una de estas actividades en beneficio del paciente ya que es el medio la enfermera para demostrar su interés y responsabilidad a los pacientes. Conforme el costo de la atención a la salud aumenta tanto los derechohabientes como los administradores de los centros de salud están interesados en la eficacia y la responsabilidad. Los proveedores de servicio, incluyendo a las enfermeras, son vigilados por las personas que pagan por sus servicios, ya sea los pacientes directos o el gobierno, para determinar el valor de los servicios. Se espera que la enfermería de cuenta de sus acciones y evalúe la eficacia de su atención; esta evaluación es la manera de demostrar el interés y responsabilidad en sus acciones hacia el paciente y hacia el centro de salud. El proceso para evaluar la eficacia de la intervención y demostrar el interés de la enfermera.

Así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermera profesional; en el nuestro, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras(os) y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchos compañeros (as) aún en nuestros días.

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que "El proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana".

Las enfermeras(os) al aplicar el proceso podrán experimentar satisfacción al ser valoradas(os) por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además de favorecer en ellas(os) el desarrollo del pensamiento analítico, "deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo", pues emplea "principios y el método científico para emitir juicios basados en evidencias.

Por otra parte el proceso compromete al individuo, familia y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permitan mantener o recuperar la salud. (Bertha A. Rodríguez Proceso Enfermero 1999).

2.2 CONCEPTO Y OBJETIVO DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Un concepto es una abstracción que acarrea nociones, pensamientos o ideas generales. Los conceptos son nombres, marbetes o categorías de objetos, personas o eventos, tiene grados variables de abstracción, algunos términos, como la ansiedad y el dolor, son más abstractos que aquellos como medicación o procedimiento. Todos los conceptos son términos intangibles y descriptivos que los individuos interpretan de acuerdo a sus impresiones y experiencias, por lo que deben definirse de manera específica ya que la gente tiene significados diferentes para ellos.

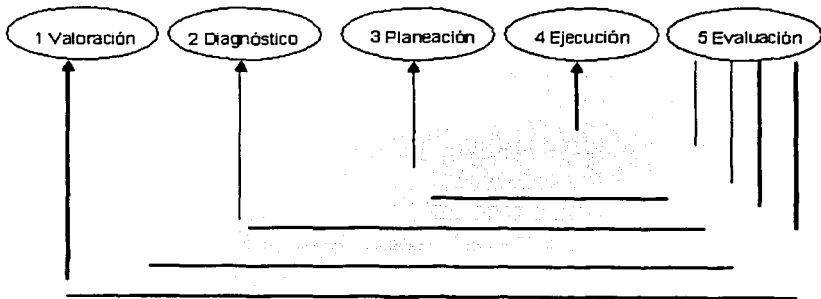
Solos son inútiles, pero, una estructura conceptual el significado, y la relación de los conceptos determina su aplicación en la práctica. Los conceptos usados en enfermería incluyen la salud y la enfermedad, la tensión y la adaptación, la familia y la comunidad, el ambiente y la sociedad y los planes de atención al paciente y evaluación.

Los principios son reglas a leyes que se han respaldado a través del tiempo y se han comprobado mediante la investigación, son más exactos al comprobar teorías, que son proféticas. Los principios definen la interrelación entre dos o más conceptos y constituyen la regla para las generalizaciones, a demás, se utilizan para explicar acciones o proporcionar el motivo principal de las conductas. Ejemplos de los principios que comúnmente se aplican en enfermería son aquellos de la técnica aséptica y del aprendizaje. Típicamente, los principios se citan como razones científicas para explicar o justificar estrategias específicas en enfermería.

Aplicar objetivos el proceso enfermero en nuestro medio es un verdadero reto por el sin número de factores que caracterizan la formación y práctica de la enfermaria mexicana y que la ubican en una situación de desventaja en relación con la de otros países; sin embargo esto no debe constituir un obstáculo para que toda enfermera(o) que busca el logro de identidad Profesional (Bertha A. Rodríguez Proceso Enfermero 2^{da} Ed. Ediciones Cuellar).

2.3 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.



La valoración nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas así como los recursos (capacidades) con los que se cuenta.

El diagnóstico consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia o comunidad.

La planeación es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas desarrollados con la salud.

La ejecución consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de objetivos establecidos.

La evaluación permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera(o) en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias. (Bertha A. Rodríguez Pensamiento Enfermero 1999).

2.3.1 VALORACION

Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen "todas las piezas necesarias del rompecabezas (Alfaro 1999) correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas con la que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.

La valoración que realiza la enfermera del usuario(s) tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico: es decir un modelo enfermero para identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas.

La valoración por un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se puede valorar al usuario(s) siguiendo las 14 necesidades de Henderson, los 4 principios de conservación de Levine, los subsistemas de Johnson, los requisitos de auto cuidado de Orem, etc.... o bien optar por valorar siguiendo la perspectiva de las necesidades humanas, e los patrones funcionales de salud y de los patrones de respuesta humana. Asimismo la valoración por un modelo médico, puede utilizar la metodología de exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales.

Los patrones funcionales de salud permiten recolectar información sobre respuestas humanas y fisiopatológicas ya que son consideradas como modelo enfermero para valorar y organizar información y como método para abordar el examen físico del usuario en "áreas funcionales concretas" además de incluir aspectos valorativos de diversas teorías de enfermería.

Cabe hacer mención que la elección del modelo enfermero o utilizar depende de la preferencia hacia determinado enfoque o marcos teórico (respuestas humanas, necesidades humanas, patrones funcionales de salud o alguna teoría de enfermería en específico) así como de las características particulares de los usuarios (niños, adultos, embarazadas personas sanas o enfermas y de las normas de institución donde se labore.

2.3.2 DIAGNOSTICO

Es la segunda etapa del proceso que inicio al concluir la valoración y constituye una "función intelectual compleja", (Iyer 1997) al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades).

Para realizar esta etapa se requiere de cuatro pasos fundamentales:

- 1.- Razonamiento diagnóstico.
- 2.- Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
- 3.- Validación.
- 4.- Registros de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

Es la "aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas (Alfaro 1999).la enfermera (o) durante razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales, integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

Algunos autores sugieren hacer una clasificación de los datos "para dividir la información en clases concretas", este paso es indispensable siempre y cuando durante la valoración no de haya seguido un modelo enfermero para recolectar y organizar la información.

2.3.3 PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso enfermero que indica después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

Los pasos para realizar la planeación son:

1. Establecer prioridades
2. Elaborar objetivos
3. Determinar acciones de enfermería
4. Documentar el plan de cuidados

Posterior a la valoración y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para vida del usuario.

La priorización, siguiendo la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow y Cáliz, resulta fácil cuando la enfermera (o) sigue el orden señalado por Alfaro: (1999)

Prioridad 1	Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.
Prioridad 2	Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia.
Prioridad 3	Problemas que interfieren con la seguridad y la protección.
Prioridad 4	Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que en la mayoría de las acciones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y grave; sin embargo los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes.

2.3.4 EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y esta enfocada al inicio de aquellas interacciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.

Los pasos de la ejecución son:

1. Preparación
2. Interacción
3. Documentación

La preparación consiste en que antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe:

1. Revisar, que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean "compatibles con las interacciones de otros profesionales de la atención sanitaria". (Iyer 1997) haciéndose necesaria la revaloración.
2. Analizar y estar seguros de que se tiene los conocimientos y habilidades necesarias para realizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría.
3. Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
4. Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
5. Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
6. Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a "los cuatro puntos clave de la delegación" (Alfaro 1999).

Posterior a la fase de preparación puede llevarse a cabo las intervenciones de la enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen: la valoración "la prestación de cuidados para conseguir los objetivos la educación del usuario, familia y comunidad, y "la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria". Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

Como las respuestas humanas y fisiopatológicas son cambiantes, es precisa la revaloración del usuario, familia y comunidad para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son las apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico, por lo consiguiente el término **RUTINA** es inadecuado, cuando se emplea la metodología del proceso enfermero.

En cada intervención de enfermería, "somos responsables de los resultados emocionales como de los resultados físicos" por lo que es necesario actuar siempre "con pleno conocimiento de los principios y razones observando atentamente la respuesta" del usuario y su familia.

2.3.5 EVALUACIÓN

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que esta presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

La aplicación del proceso se evalúa con las siguientes preguntas:

- ¿La valoración estuvo completa y la información fue válida?
- ¿El razonamiento diagnóstico fue correcto?
- ¿La formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue acertada?
- ¿Los planes de cuidado dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados?
- ¿Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos?

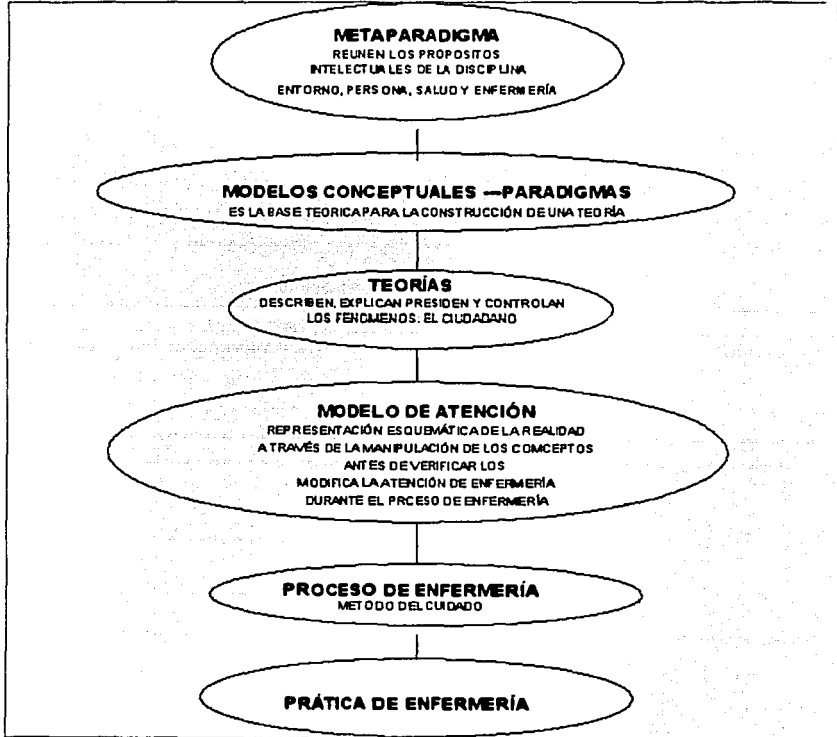
La evaluación del proceso enfermero es útil para: "determinar el logro de los objetivos; identificar las variables que afectan decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado" (Alfaro 1999). Por consiguiente es necesaria la valoración del usuario, familia y comunidad para confortar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

Cuando los resultados no son esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera (o) debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas.

Para el desarrollo de esta actividad "la enfermera y el paciente deben determinar el proceso o la falta de proceso hacia la realización de sus metas" (Leddy 1989) en forma conjunta, identificando obstáculos y estrategias.

La evaluación es compleja sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continua, ya que "brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma "de la enfermería y requiere interrelación con el usuario y su familia. (Bertha A. Rodríguez S. Proceso Enfermero 1999)

3.- ELEMENTOS CONCEPTUALES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON



3.1 ANTECEDENTES DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en Kansas city en el año de 1897. Durante la primera guerra mundial Henderson desarrollo su interés por la enfermería. En 1918 ingresó a la Army School of Nursing de Washington D.C., se graduó en 1921 y acepto el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting. En 1922 empezó a enseñar enfermería en el Norfolk y cinco años más tarde ingresó al Teacher's Collage de la universidad de Columbia, obtuvo especializaciones en docencia de enfermería. En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en diferentes clínicos.

Virginia Herderson disfruto de una larga carrera como autora e investigadora. Su libro *The Nature of Nursing* se publicó en 1966. (El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería.) Ed. Masson Barcelona. Conceptos básicos de Henderson en Antología, seminario de proceso de atención de enfermería. SUA-ENEO UNAM p. 9-19-25-49)

3.2 CONCEPTOS BÁSICOS DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería, lo a ella llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación de constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. El modelo absolutamente medical izado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.

Se dio cuenta de que los libros que pretendía ser básicos para la formación de los enfermeros, no definían de manera clara cuales eran las funciones de la enfermera y que sin este elemento primordial no se podía establecer los principios y la práctica de la profesión.

ENFERMERÍA

El único objetivo de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena) actividades que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, conocimientos o voluntad necesaria todo aquello que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.

PERSONA

Aquel individuo que necesita asistencia para alcanzar un grado de salud e independencia o para morir con tranquilidad, la persona y la familia son consideradas como una unidad, se ve influenciado tanto por el cuerpo como por la mente, tiene unas necesidades básicas reales de supervivencia, necesita la fuerza de voluntad y fuerza de conocimiento para llevar acabo sus actividades para tener una vida sana.

ENTORNO

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

SALUD

Es la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación a las 14 necesidades básicas.

FALTA DE FUERZA

No solo se debe considerar a esta como la capacidad física y habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar al término las acciones pertinentes a la situación lo cual podrá estar determinado por el estado emocional, el estado de las funciones psíquicas y la capacidad intelectual.

FALTA DE VOLUNTAD

Se entiende como la incapacidad o limitación del individuo para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer sus 14 necesidades básicas.

FALTA DE CONOCIMIENTO

Se refiere a las cuestiones de la propia salud, situaciones de enfermedad, se debe tener autoconocimiento sobre los recursos propios y ajenos disponibles. (PHANEUF, Margot 1993 Cuidados de Enfermería).

NECESIDADES BASICAS DEL SER HUMANO

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados, así cada persona se configura como un ser humano único y complejo de componentes biológicos, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento.

14 NECESIDADES BASICAS DEL SER HUMANO

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

Estas necesidades son comunes en todos los individuos, si bien cada persona en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacer de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida, las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como la estrecha relación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes. (Phaneuf, Margot. 1993.)

INDEPENDIENTE

Las que la enfermera está capacitada para atender y están incluidas en el campo de diagnóstico y tratamiento de enfermería.

Acciones que la enfermera realiza que se encuentran dentro del rango de su competencia y que dependen de la pericia y experiencia del conocimiento que tenga de las ciencias básicas y particularidades de la profesión en la identificación de las necesidades y problemas del individuo, familia y comunidad (Diagnostico de la Enfermera.) actividad de Promoción Prevención y Evaluación. García 1997.

DEPENDIENTE

Son las actividades que la enfermera realiza y desarrolla de acuerdo a las órdenes medicas.

INTERDEPENDIENTE

Son las que se desarrollan mediante una labor de equipo.

Problema de salud real o potencial que se encuentra en la respuesta fisiopatológica del cuerpo humano y que las enfermeras pueden identificar y tratar en colaboración del médico.

3.3 EL PROCESO DE ENFERMERIA APLICADO A LOS ASPECTOS CONCEPTUALES DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo de Virginia Henderson como marco conceptual es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención.

En la etapa de valoración y diagnóstico sirve como guía en la recolección de datos y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención de enfermería.

En esta etapa se determina el grado de independencia o dependencia en la satisfacción de las 14 necesidades básicas.

Las causas de la dificultad en tal satisfacción.

La interrelación de unas necesidades con otras.

En la etapa de planeación y ejecución, sirve para la formación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas.

En la etapa de evaluación, el modelo de Virginia Henderson ayuda a determinar los criterios que más indican los niveles de independencia mantenidos y alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados. (Fernández. F. Carmen. 1995.)

4. CARACTERISTICAS BIOPSIICOSOCIALES DEL ADULTO MADURO

La etapa del adulto maduro comprende el periodo de vida entre los 41 y 65 años, cuando el individuo ha encontrado su lugar en la sociedad, lo amplia y afianza.

Erikson ubica al adulto maduro dentro de la etapa VII: capacidad generativa contra absorción de sí mismo (a), el individuo se interesa en establecer y guiar a las próximas generaciones, tiene capacidad para aprender actividades nuevas, disminuye su capacidad educativa y aumenta el interés por ayudar a otros.

Sus relaciones sociales pueden ser exitosas, según hayan sido las experiencias de las etapas de crecimiento y desarrollo anteriores. La persona que no las ha superado positivamente, puede desarrollar un estado de egoísmo y de absorción de sí mismo (a), en el cual sus necesidades y su comodidad personal constituyen la principal preocupación de su vida, y como resultado de esto se vuelven una persona amargada y solitaria.

Las personas en esta etapa se interesan ya no específicamente por su familia inmediata, sino por las generaciones futuras.

4.1 CAMBIOS FISICOS DEL ADULTO

El peso aumenta considerablemente por varios factores, se incrementa la vida sedentaria, aumenta la ingesta de determinados alimentos.

La capacidad generativa de los tejidos disminuye específicamente, la vida de los cartilagos, agravada por el sobre peso hace que los problemas artríticos sean mas comunes en esta edad y por lo tanto, provoquen lesiones repetidas den las superficies articulares.

La actividad reproductiva desciende y desaparece hacia los 45 o 55 años, aunque ocasionalmente puede presentar embarazos en estas edades, los cuales deben ser evaluados de cerca, ya que son embarazos de riesgo.

La actividad sexual puede declinar, aunque no desaparece, esto depende de las actividades y satisfacción que tenga la pareja, de la frecuencia de sus relaciones sexuales, y de la preparación para afrontar los problemas que se presentan en esta etapa de la vida.

Los signos vitales dependerán de la estabilidad que mantengan si practica buenos hábitos de salud, como el ejercicio, nutrición balanceada, control medico periódico, la T/A se puede elevar un poco se su rango normal.

4.2 SITUACIONES DEL ADULTO MADURO

VIUDEZ

Es la pérdida de uno de los cónyuges. Para la persona que queda es triste perder a alguien con la que ha estado en contacto estrecho y se han compartido muchas cosas de la vida.

La viudez en todo individuo trae problemas emocionales. La aflicción, es decir, el periodo de pena que sigue a la pérdida por muerte o por separación definitiva, se debe considerar como un proceso de angustia con restitución y restablecimiento de la personalidad ante la pérdida.

La aceptación de una pérdida dura normalmente entre 1 a 6 semanas, dependiendo de la relación afectiva que haya existido, puede presentar las siguientes manifestaciones desvelo, tristeza, depresión y absorción de la imagen de la persona muerta, puede tener dificultad de expresar sus sentimientos abiertamente puede presentar conductas inadecuadas.

Durante el proceso de aflicción, la intensidad de la pena produce alteraciones físico psíquicas, que se manifiesta en el aislamiento personal.

La adaptación del individuo viudo depende de su equilibrio físico, psíquico, social y emocional.

SOLEDAD

Esta situación se presenta como falta de integración social, como falta o pérdida de trabajo, defecto físico, no realización de sus ideales, inseguridad es rechazado por el grupo familiar o laboral.

Por eso, es importante preparar al individuo a través de todas las etapas del desarrollo, estimulando su integración a grupos sociales; fomentando sentimientos de seguridad se evitará que el adulto adquiera trastornos emocionales como la depresión o psicosis situacional que lo puedan llevar al suicidio.

SEPARACION DE HIJOS

Esta experiencia es más dolorosa para la madre que para el padre, es algo que ahonda más sus problemas emocionales, para afrontar esta situación la pareja debe estar unida y comprender que el vínculo padres-hijos no se rompe con la separación de ellos.

JUBILACION

Esta provoca alteraciones emocionales y en muchos casos, pérdida del papel social individual, que esta ligado a su trabajo u ocupación. Muchas veces la jubilación proporciona seguridad económica pero no estabilidad emocional.

MENOPAUSIA

Es el periodo de la vida de la mujer caracterizado por un conjunto complejo de fenómenos cuya característica central es la sensación fisiológica del flujo menstrual, al cual acompañan otros trastornos.

La 1era manifestación son los acortamientos de los ciclos menstruales se puede presentar a partir de los 40 y después de los 55 años, esto debido a la disminución de progesterona, esto afecta al calcio óseo aumentando la osteoporosis. Estos cambios suelen ser muy molestos para algunas mujeres provocando una serie de signos y síntomas.

Accesos de calor y sudor, modificaciones en el aspecto físico pérdida de elasticidad en la piel, el brillo de los ojos y del cabello, en esta época la mujer necesita apoyo, cariño y comprensión.

CLIMATERIO O ANDROPAUSIA

En el hombre entre los 48 y 55 años, ocurren cambios denominado climaterio, aunque no existe una prueba fisiológica definida acerca de que la actividad de las gónadas sufran un declive. En este se presenta insomnio, pérdida de interés por hábitos adquiridos, pérdida de concentración, este periodo se traduce como una época de duda sobre el trabajo, de la familia, y los objetivos trazados, de fatiga crónica, de disminución del libido, aumento de consumo de tabaco y alcohol, elevación de tensión y migrañas.

Algunos hombres buscan apoyo en mujeres mas jóvenes se cree que es una reacción psíquica frente al envejecimiento o la cercanía de la muerte, el individuo necesita ser ayudado para superarlo y se debe animar a:

- Realizar ejercicios.
- Conservar el mismo ritmo de trabajo.
- Conservar la integridad familiar.
- Realizar cambios graduales, sin destruir las bases que ha sentado en su vida.
- Solicitar ayuda profesional si no se superan los problemas.

El hombre igual que la mujer en este periodo tienden a aumentar de peso. Igualmente aparecen enfermedades crónicas graves, que se pueden prevenir, con la colaboración del individuo y del personal de salud. (Crecimiento y desarrollo. Antología. Tomo 2. SUA ENEO).

5. CONCEPTO DE ADICCIONES

Se le denomina adicciones a los hábitos de quien se deja dominar por el uso de alguna droga, fármaco, o a la dependencia compulsiva e incontrolable de una sustancia, de una costumbre o una practica de tal magnitud, que producen graves reacciones emocionales.

Las adicciones logran que fisiológicamente o psicológicamente la persona dependa de un producto químico como el alcohol u otras sustancias, de tal forma que el abuso trastorne sus funciones normales y se pierda el sentido de la responsabilidad en la vida emocional social y laboral.

Actualmente son los jóvenes principalmente los que en mayor proporción se introducen en el mundo de las adicciones en busca de nuevas sensaciones y aventuras placenteras.

Quizá esto sea un problema de educación o quizás una consecuencia de la vida independiente y vertiginosa de la juventud moderna. No debe olvidarse el gran número de adictos para vencer las inquietudes de los tiempos actuales y aquellas personas que se hicieron dependientes de los estimulantes en sus deseos de sobre llevar el ritmo de vida.

Se puede decir que este fenómeno de las adicciones es una revolución contracultural, el número de adictos es lo que actualmente convierte el hecho de un problema de elevadas magnitudes sociocultural.

5.1 FACTORES QUE ORIGINAN LAS ADICCIONES

Los factores que originan el consumo de drogas varia enormemente en función a la persona, el tipo de droga y el contexto social, diferentes personas pueden utilizar distintas drogas por el mismo motivo, o la misma droga por diferentes motivos, una misma persona puede alterar diversos motivos para consumir una droga determinada.

Los factores que favorecen el inicio del consumo pueden ser distintos a los que promueven la persistencia del hábito.

El consumo de drogas es un fenómeno complejo determinado por muchas variables, por lo que es infructuoso esforzarse por identificar un grupo de causas con validez universal.

Por tal motivo no es posible dar una visión simplista acerca de la etiología de las adicciones. (RINCON DEL VAGO @ ADICCIONES.COM)

FACTORES DE TIPO SOCIAL

- **OFERTA Y DISPONIBILIDAD DE LAS DROGAS.**

Actualmente la rapidez de los transportes y el gran número de viajeros facilita el que las drogas sean transportadas de un país a otro sin estricto control. La oferta de drogas de consumo ilegal en México es muy importante.

- **PUBLICIDAD.**

Los anuncios de las drogas institucionalizadas como el tabaco, tienden a aumentar el consumo total de las mismas y no solo a favorecer la competencia entre las marcas o a informar de la existencia de nuevas marcas. Las inversiones que se realizan en publicidad de las drogas legales tendientes a incrementar su consumo son muy superiores las que se emplean en educación sobre las drogas. Si se analiza la publicidad de las drogas a un nivel mundial, resalta aun más su importancia como factor etiológico.

La publicidad no solo provoca un aumento general del consumo de las drogas, sino que también favorece formas especialmente peligrosas del consumo de las mismas. La publicidad anuncia mas aquellas que son peligrosas y nocivas para la salud, y aun más grave es que estas dirigidas a los jóvenes.

- **AUSENCIA DE INFORMACIÓN VERAZ**

En la medida en que la información que disponga una persona sobre las diversas drogas sea parcial o totalmente falsa, más fácil será que pueda formar decisiones al respecto de una manera racional. Será mucho mas probable que comience a utilizar ciertas drogas, que se exceda en el consumo de otras, que rechace a los drogodependientes, o que no sepa como afrontar adecuadamente los problemas de drogas que se presentan en familiares o conocidos.

- **PRESIÓN DE LOS MODELOS SOCIALES.**

Las costumbres imperantes en una sociedad respecto al consumo de las drogas pueden suponer una forma de coacción social sobre los individuos que les lleve a la drogodependencia. Estas costumbres a su vez, están influidas por la publicidad y la forma en que los medios de comunicación abordan el tema de la drogas, las costumbres sociales son transmitidas fundamentalmente a través de los padres, los maestros y el grupo de amigos.

- El ejemplo de los personajes públicos, del mundo del espectáculo o de la política, también supone una presión importante hacia el consumo de drogas. En los medios de comunicación son frecuentes las intervenciones de cantantes o artistas defendiendo los presuntos efectos maravillosos de las drogas ilegales.

- No debe olvidarse la influencia de las películas de cine y TV, en los que insistentemente se muestran escenas en las que se bebe alcohol, se fuma tabaco o se ingieren otras drogas.

VALORES TRANSMITIDOS POR LOS SISTEMAS EDUCATIVOS

Los sistemas educativos (familias, escuela, medios de comunicación, publicidad, etc.) pueden transmitir valores que fomenten la drogadicción tales como:

- a) El hedonismo, el cual pretende un máximo placer con un mínimo esfuerzo, el disfrutar el momento presente, sin tener en cuenta las consecuencias a largo plazo.
- b) La postura de evasión ante los problemas.
- c) La satisfacción inmediata de las necesidades.
- d) El intento de solución mágico o química de los problemas médicos, psicológicos y hasta sociales en el consumismo.

• **INADAPTACION SOCIAL**

Las soluciones de inadaptación social de la persona, y las necesidades del medio, o del medio a las necesidades de la persona, pueden predisponer para la drogodependencia.

El consumo de drogas ilegales es mas frecuente en los ambientes urbanos que en los rurales y lo cual es probable que se deba al ritmo de vida que genera mas tensiones a la incomunicación que sufren muchos de sus habitantes, el control social sobre los jóvenes es muy escaso a la sobrecarga de estímulos sensoriales y a la reducción de espacio vital.

El consumo de drogas no se asocia ni con la riqueza, ni con la pobreza, ya que se presenta en ambos niveles.

Ricos y pobres pueden diferenciarse en el precio de las drogas que consumen, o en las consecuencias somáticas y sociales del consumo, pero no en el hecho de drogarse.

• **FACTORES FAMILIARES**

El consumo de drogas entre los hijos de padres que también las utilizan es mayor que entre los hijos de padres que no hacen uso de ellas. Es difícil saber si esta mayor incidencia de la drogadicción en estos hijos viene de una imitación directa de los padres o es efecto de una reacción de defensa ante los problemas de consecuencia provocados por la drogadicción de los padres.

• **PROBLEMAS DE CONVIVENCIA FAMILIAR.**

El consumo de drogas en nuestro país es tan frecuente, que no se puede decir que en todas las familias donde se toman drogas son especialmente

problemáticas. Pero si existe cierta relación entre el grado de conflictividad familiar y la tendencia de sus miembros a ser drogadictos.

Es probable que en las familias donde la comunicación es escasa, los hijos tengan mayor dificultad para asimilar una escala de valores coherentes y adquirir una destreza que les permita tomar decisiones racionales sobre el uso de drogas. También parece probable que los padres evasivos que no aborden en profundidad los problemas a nivel conyugal favorezcan el que sus hijos posteriormente también se evadan ante los problemas que se les presenta, mediante el consumo de drogas o por otros medios. También es probable que los padres autoritarios tiendan a educar hijos dependientes e inseguros, con dificultad a hacer frente a la presión social para el consumo de drogas.

- **FACTORES INDIVIDUALES**

LOS TRASTORNOS PREVIOS DE LA PERSONALIDAD.

La personalidad del drogadicto, debía hallarse en dificultades ante su primer contacto con la droga, y el consumo de esta se debe fundamentalmente a un intento de resolver sus problemas psicológicos.

Los rasgos típicos de la personalidad comúnmente son personas con problemas de socialización con poca resistencia a la frustración, que buscan la satisfacción inmediata carentes de control interno, mal dotados para hacer frente a las presiones de la vida y las demandas de la sociedad, con falta de confianza en sí mismos.

MOTIVACIONES

Las motivaciones son importantes, pero no determinantes. Lo mismo puede llevar a consumir drogas que a otra conducta.

Las motivaciones mas frecuentes son:

- **Curiosidad por sentir los efectos de una droga.**
- **Ser aceptado por un grupo o querer formar parte de el.**
- **Querer destacar ante el grupo de amigos.**
- **Buscar un placer o querer evitar el dolor.**
- **Relajarse, tratar de reducir la ansiedad.**
- **Estimularse, poder trabajar, retrasar la aparición del sueño, o de fatiga.**
- **Evadirse de una situación que se vive como problemática.**
- **Llevar la contraria, mostrar cierta rebeldía frente a las normas sociales.**
- **Deseo de conseguir un auto-conocimiento y una comprensión de sentido de la vida.**

Como puede verse, las motivaciones para conseguir drogas son tan variadas como las personas y las situaciones vitales.

Lo verdaderamente preocupante es que socialmente apenas se promueven alternativas para satisfacer estas motivaciones por otros medios más sanos.

5.2 FASES DE LA ADICCION

1era INICIACION.

- Medicamentoso.
- Político económico.
- Social. Imitación, imposición, rebeldía, publicidad, aventura, experimentación, curiosidad, etc.

2da ACOSTUMBRAMIENTO

- Adaptación metabólica.
- Incremento de la dosis.
- Escalada a drogas mas fuertes y mezclas
- Polidrogoomania

3era DEPENDENCIA

- Necesidad de consumo.
- Dependencia psíquica y orgánica.
- Síndrome de abstinencia = urgencia medica

5.3 BASES PARA EL TRATAMIENTO MEDICO DEL ADICTO

a) DESINTOXICACION.

Atención medica con carácter de urgencia, que necesita el sujeto ante la intoxicación aguda, el tratamiento dependerá de toxico y de la sintomatología que presenta el sujeto.

b) DESHABITUACION-

Supresión del toxico y por tanto neutralizar la dependencia establecida por el mismo. La deshabitución a la mayoría de los tóxicos puede lograrse con la voluntad del sujeto y una ayuda medica:

- 1) Interrupción brusca o progresiva del consumo.
- 2) Sustitución del toxico por otro de menor peligro
- 3) Descontinuar absolutamente la absorción del toxico.

c) **RECUPERACION PSIQUICA-**

Se proporciona terapia individual o grupal que motive o estimule al sujeto a seguir el plan terapéutico.

d) **RECUPERACION ORGANICA-**

Se necesitan restaurar todos y cada uno de los aspectos que el toxico ha dañado tanto psíquica como físicamente.

e) **REINSERCIÓN EN LA SOCIEDAD.**

Es el paso decisivo de la terapia, ya que de la buena reintegración del individuo en la sociedad, dependerá en gran medida que se aleje definitivamente de las drogas.

Por otra parte la reintegración dependerá de la acogida que la sociedad le manifieste. (REPETTO, Manuel. 1985.)

5.4 TABAQUISMO

DEFINICION

Es una dependencia de carácter tanto psíquica como física, que no solo se debe a la nicotina y a los demás componentes del humo, sino también al ritual y actividades sociales del fumador.

El tabaco es un producto transformado y elaborado, obtenido a partir de las hojas curadas y fermentadas de la especie vegetal nicotina tabacum, de origen americano e importado a Europa por los españoles, se extendió simultáneamente por Filipinas, China y Japón.

Es planta herbácea que soporta los inviernos, hojas anchas, grandes y puntiagudas, flores grandes y de color amarillo verdoso.

Su principio activo mas importante es la nicotina distribuida en toda la planta, salvo la semilla, las hojas fermentadas destinadas a la elaboración de tabaco para fumar, tiene menos nicotina que las desecadas.

Un cigarro puro contiene entre 50 y 120 MG. de nicotina; muchas de las sustancias presentes en el humo, no se encuentran en la hoja, o lo están en proporciones mínimas, y un ejemplo de ello es la presencia de benzopireno, que es el principal agente cancerígeno del tabaco.

La nicotina es un estimulante ganglionar a pequeñas dosis. A dosis elevadas es excitante y luego bloquea la transmisión nerviosa a nivel de los ganglios del sistema nervioso vegetativo (ganglioplégico).

El hábito de fumar es la única toxico filia que convierte en consumidores forzosos a otras personas, y durante años ha existido despreocupación por estos.

Actualmente se respeta a los no fumadores estableciendo en numerosos lugares públicos la prohibición de fumar.

ABSORCION

Todas las sustancias componentes del tabaco con importancia toxicológica se absorben por vía inhalatoria al fumarla. Solo el 30% del contenido de un cigarrillo pasa por el humo a la boca el 70% se pierden en el aire.

La máxima absorción de nicotina se da cuando mas fuerte es la inhalación, mayor sea el ritmo y la velocidad de fumar, también influye la clase de tabaco siendo mayor la absorción en los alcalinos que liberan nicotina en forma de base, absorbible por la mucosa bucal.

METABOLISMO

Aproximadamente el 80-90% de nicotina se metaboliza en el hígado, riñón y pulmón. Además el humo inhalado contiene benzopireno que se transforma en el pulmón, hígado y otros dando dos tipos de metabolitos, uno de ellos cancerígeno (epóxido) y otros menos tóxicos.

EXCRECION

Los componentes del tabaco se eliminan por vía urinaria, el aliento y el sudor, la nicotina también se elimina en la leche de las mujeres que dan de lactar.

TOXICODINAMICA

Mimetiza la acetilcolina en los receptores post sinápticos tanto simpáticos como para simpáticos; origina despolarización que primero los estimula y posteriormente los bloquea por saturación.

Estimula los quimiorreceptores aórticos y carotídeos en las terminaciones vegetativas y en la medula suprarrenal. Además por atravesar la barrera hematoencefálica ejerce las mismas acciones sobre los receptores del S.N.C.

INTOXICACION AGUDA

Por vía oral, en la forma menos grave produce cefaleas, vértigos, vómitos, diarrea, taquicardia, taquipnea. En la forma mas grave provoca ansiedad, convulsiones, sudoración, midriasis, tendencia al colapso y paro respiratorio.

La dosis letal para el adulto es de 50 MG, por vía inhalatoria se da sobre todo en fumadores principalmente, una estimulación del sistema parasimpático, y trae consigo sudores fríos, salivación, nausea, vomito, diarrea, dificultad respiratoria e hipertensión.

INTOXICACION CRONICA

Provoca incompetencia, acidez en el estomago, depresión, bronquitis crónica, distensión de los alvéolos pulmonares originando enfisema pulmonar debido mas que a la nicotina, a la piridina a los componentes irritantes del humo, el

benzopireno, el arsénico y el cromo, tanto el tabaco como el papel del cigarro son causantes del cáncer, de pulmón y garganta, angina de pecho, infarto al miocardio por la vasoconstricción que origina dificultad urinaria.

La nicotina atraviesa la barrea placentera pudiendo producir una acción teratógena a estas en fumadores pasivos, forzosos lo que puede producirles afecciones respiratorias.

TOLERANCIA

Se desarrolla tolerancia a la nicotina que hace incrementar el consumo al doble o triple, aunque desciende rápidamente con la interrupción, por ellos hace mayor efecto el primer cigarro de la mañana. (DE LA GARZA, Fidel y Armando Vega. 1993.)

5.5 ALCOHOLISMO

DEFINICION

El alcoholismo consiste en un consumo excesivo de alcohol de forma prolongada con dependencia del mismo.

Es una enfermedad crónica producida por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas, lo cual interfiere en la salud física, mental, social y/o familiar así como en las responsabilidades laborales.

El ser humano desde sus orígenes a estado en relación con el ETANOL, sustancia química componente de todas las bebidas alcohólicas por el hombre conocidas. Existen otros alcoholes con diferente uso, sin embargo la terminología común ha hecho costumbre asociar los vocablos, etanol y alcohol para identificar la sustancia cuyos efectos se buscan al ingerir las distintas bebidas embriagantes.

CAUSAS

El alcoholismo es un tipo de drogodependencia, hay dos tipos de dependencia, en esta adicción: la física y la psicológica. La dependencia física se revela por si misma, cuando se interrumpe la ingesta de alcohol, con síntomas muy claros como la tolerancia cada vez mayor, al alcohol y enfermedades asociadas a su consumo.

El efecto directo del alcohol en el sistema nervioso es la depresión, como resultado de la disminución de la actividad de la actividad, la ansiedad, tensión e inhibiciones. Incluso un pequeño nivel de alcohol dentro del cuerpo enlentece las reacciones. La concentración y el juicio empiezan a empeorar. En cantidades excesivas, el alcohol produce intoxicación y envenenamiento.

El alcohol también afecta a otros sistemas corporales, puede aparecer irritación del tracto gastrointestinal con erosiones en las paredes del estomago debidas a las nauseas y vómitos. Las vitaminas no se absorben bien y esto ocasiona

deficiencias nutricionales en los alcohólicos de larga evolución, también ocasiona problemas en el hígado.

El sistema cardiovascular se ve afectado por cardiopatías, también puede aparecer alteración sexual en el hombre disminución en la erección del pene y en la mujer temprana desaparición de la menstruación.

El consumo de alcohol en el embarazo puede causar problemas en el feto produciendo el llamado síndrome fetal del alcohol.

El desarrollo de la dependencia del alcohol puede ocurrir entre los 5 y 25 años siguiendo una progresión. Primero se desarrolla la tolerancia al alcohol, esto ocurre en personas que son capaces de consumir una gran cantidad de alcohol antes de que se noten los efectos adversos.

Después de la tolerancia aparecen los lapsos de memoria, más tarde la falta de control al beber y la persona no puede permanecer sin beber, lo necesita para desarrollar su vida diaria.

El problema más serio de los bebedores son las complicaciones físicas y mentales, algunas personas son capaces de conseguir un control, en las fases tempranas, antes de la total pérdida de control.

No hay una causa definida del alcoholismo pero hay factores que pueden jugar un papel en su desarrollo. Es más probable el desencadenamiento de un alcoholismo en las personas con algún familiar alcohólico en otras que no lo tienen. No se conoce la razón, que puede encontrarse en anomalías genéticas o bioquímicas.

Entre los factores psicológicos se incluyen; la necesidad de consuelo para la ansiedad, conflictos en las relaciones personales, baja autoestima personal, etc.

Los factores sociales incluyen: la facilidad de consumo de alcohol, la aceptación social de consumo de alcohol, estilos de vida de estrés etc.

La incidencia en la dependencia del alcohol está aumentando. Las estadísticas varían pero aproximadamente un 7% de adultos en Europa están afectados.

PREVENCIÓN

Hasta que las causas primarias del alcoholismo sean descubiertas, el problema no puede ser prevenido. De todas formas, los programas educativos sobre el alcohol dirigido a los niños y adolescentes y a sus familiares pueden ser de gran utilidad. Los hábitos sociales correctos son fundamentales para la prevención de su abuso.

SÍNTOMAS

- Tolerancia de los efectos del alcohol.
- Necesidad diaria o frecuente de alcohol para su función diaria.
- Pérdida de control con incapacidad de interpretar o reducir el consumo de alcohol.

- **Bebedor solitario**
- **Dar excusas para beber.**
- **Episodios de pérdida de memoria asociados al consumo de alcohol (ausencias negras).**
- **Episodios de violencia asociados al consumo de alcohol.**
- **Deterioro en las relaciones sociales o familiares y en la responsabilidad laboral**
- **Ausentismo laboral.**
- **Inexplicable mal genio.**
- **Conducta que tiende a esconder el alcoholismo.**
- **Hostilidad al hablar de la bebida.**
- **Negarse a la ingesta de alimento.**
- **Negar la apariencia física.**
- **Nauseas.**
- **Vomito.**
- **Vacilación por las mañanas.**
- **Dolor abdominal.**
- **Calambres.**
- **Entorpecimiento y temblores.**
- **Enrojecimiento y capilares de la cara dilatados (especialmente la nariz).**
- **Confusión.**
- **Temblores e incontroladas sacudidas del cuerpo.**
- **Cansancio y agitación.**
- **Insomnio.**
- **Perdida de apetito e intolerancia a la comida.**
- **Alucinaciones.**
- **Taquicardia.**
- **Sudores.**
- **Convulsiones**
- **Problemas en la lengua**
- **Lagrimo**
- **Desvanecimiento.**

EXAMEN Y ANÁLISIS

Se hace una historia del consumo crónico o excesivo de alcohol. La historia debe ser obtenida de la familia si la persona afectada es incapaz de contestar a las preguntas. Un examen médico hace posible la identificación de problemas físicos relacionados con el consumo de alcohol.

PRONOSTICO

El alcoholismo es el mayor problema de la salud, tanto social, como económico. Esta implicado en mas de la mitad de accidentes de tránsito y muertes accidentales. Un alto porcentaje de suicidios se cometen combinando el alcohol con otras sustancias, y hay muchas muertes relacionadas con el alcoholismo por las complicaciones relacionadas con la enfermedad. Los programas de tratamiento tienen diferente resultado, pero mucha gente con una dependencia del alcohol tiene una completa recuperación.

COMPLICACIONES

- Pancreatitis aguda y crónica.
- Cardiomiopatía alcohólica.
- Neuropatía alcohólica.
- Varices esofágicas sangrantes.
- Degeneración cerebral.
- Cirrosis hepática.
- Complicaciones de la abstinencia alcohólica.
- Depresión.
- Disfunción en las erecciones.
- Síndrome fetal alcohólico (en los hijos de mujeres alcohólicas).
- Aumento de la presión arterial.
- Incremento en la incidencia del cáncer.
- Insomnio.
- Deficiencias nutricionales.
- Suicidio.
- Síndrome de Wernicke-Korsakoff.

(© copyright PULSOMED. <http://www.tuotromedico.com/temas/alcoholismo.htm>)

5.6 INGESTA DE COCAINA

DEFINICION DE COCAINA

La cocaína es un polvo blanco fino originado por procesos de elaboración de la hoja de coca, arbusto que contiene cocaína con hojas simples que pueden llegar a medir hasta 3 metros y medio de altura, sus hojas de bordes enteros estipuladas de color verde intenso y su forma es ligeramente ovalada, oscilando su tamaño entre 4 y 8 cm. de largo por 2 o 4 cm. de ancho. Su sabor es amargo produciendo

en la lengua una ligera sensación de embotamiento. El fruto es una drupa de color rojo oscuro, las hojas contienen dos tipos de alcaloides.

Los derivados de la tropinona como la cocaína, truxilina, tropa cocaína y cinamilcocaína.

Los derivados del pirrol como la Higrina y cuskigrima.

Esta planta es difundida en Sudamérica especialmente en las montañas de Perú, Bolivia, Colombia y Chile, este plantío de cocales, trae consigo una serie de consecuencias ecológicas, tales como la deforestación (arrasando la selva por el método de corta y quemar con la consecuencia de inundaciones y sedimentación), y la desaparición de plantas y animales.

ANTECEDENTES HISTORICOS

En el Imperio Inca, esta planta era muy valorada, constituía un elemento de diferenciación en las clases sociales, por que el consumo dependía exclusivamente del inca, se utilizaba como ofrenda a los dioses y como intenciones shamanistas como la adivinación.

En la conquista española esta planta fue prohibida por considerarse peligrosa pero los conquistadores descubrieron los efectos que tenía la droga si se les daba a los incas durante el trabajo en las minas, y desde entonces ya no fue considerada con fines sagrados o mágicos, sino con el fin de la explotación indígena ya que les reducía el cansancio, el hambre y el frío. Las primeras dependencias a la cocaína datan del año 1855.

Actualmente en los Estados Unidos existen aproximadamente 18 millones de norteamericanos que consumen cocaína. Información del Instituto Nacional de Abusos de Drogas, cerca del 25 % de los adultos jóvenes entre 18 y 35 años de edad, consumen cocaína. (VALBUENA BRIONES AGUSTIN, 1993).

METABOLISMO: Se metaboliza rápidamente en el hígado.

EXCRECION: Por vías urinarias.

MECANISMO DE ACCION

Bloquea la reabsorción de noradrenalina y de serótina en la sinapsis, por lo que posee una acción de adrenérgico actuando sobre los centros hipotalámicos que existen en el sistema nervioso simpático. Esta acción simpático-mimética se manifiesta en la vasoconstricción, hipertensión, estimulación cardíaca (peligrosa), excitación simpática, seguida de depresión y crisis epileptoides.

INTOXICACION AGUDA

- A bajas dosis: Inquietud, excitación nerviosa, euforia, estimulación sexual, cefalea, midriasis

Pequeñas dosis de cocaína actúan sobre la corteza cerebral produciendo estimulación psíquica con aumento de la capacidad de trabajo, probablemente por la disminución de la sensación de fatiga.

- **A dosis media:** delirio, alucinaciones, hipertermia, taquicardia, hipertensión, alucinaciones táctiles (signo de Magnan), convulsiones.
- **A dosis alta:** la evolución de los efectos es muy rápida, produciendo coma (estado de sopor profundo con abolición del conocimiento, sensibilidad y movilidad), depresión respiratoria, colapso y muerte. Tiene un efecto vasoconstrictor que da a los cocainómanos gran palidez e hipertensión.

INTOXICACION CRONICA

Se producen trastornos digestivos como: náusea, vomito, falta de apetito y adelgazamiento. Trastornos nerviosos y psíquicos, alucinaciones alterando la excitación y la depresión psíquica. La personalidad del cocainómano se destruye rápidamente. Los inhaladores de cocaína experimentan úlceras y perforación del tabique nasal.

SIGNOS Y SÍNTOMAS EN LOS CONSUMIDORES

Cada droga produce una serie de manifestaciones particulares en la persona que la consume. Sin embargo existen varios datos generosos que permiten sospechar que un individuo es drogo dependiente.

Cambios observables: vestido

- Desaliñado y dejadez
- Abandono de la higiene personal
- Uso permanente de mangas largas
- Utilización de gafas oscuras en forma exagerada
- Quemadura frecuente en vestido y ropa de cama

Costumbres

- Inestabilidad laboral
- Tendencia a aislarse del grupo familiar
- Disminución de afectividad
- Tendencia a ocultar sus actividades
- Insolencia y falta de tolerancia hacia los demás
- Exigencia exagerada para gastos personales

De carácter físico y mental

- Pérdida de la sensación del hambre, o apetito excesivo

- Consumo elevado de leche y azúcar
- Cambios bruscos de humor, irritabilidad, apatía, somnolencia, euforia, ansiedad
- Ojos sensibles a la luz, enrojecidos, dilataciones o contracciones de las pupilas
- Pérdida del ritmo del sueño, insomnios o sueños excesivos (sopor)
- Temblores de manos
- Trastornos digestivos como diarrea, estreñimiento, náusea, vómito.
- Estados aparentes de embriaguez.
- Dificultad del habla, caídas, pérdida de coordinación de extremidades.
- Frecuentes trastornos hepáticos, caracterizados por la piel amarilla.
- Reacciones de terror repentino.

II. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA A UN ADULTO CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN BASADO EN LA VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. PRESENTACION DEL CASO

Ficha de identificación

Nombre	M.C.R.
Edad	50 años
Peso	68 Kg.
Talla	1.64
Fecha de nacimiento	3-abril-1952
Sexo	Masculino
Escolaridad	Medico Cirujano
Procedencia	México. D.F.
Fuente de información	Paciente como fuente primaria

Se trata de cliente de 50 años, sexo masculino, medico cirujano, manifiesta tabaquismo (1 puro o 2 aproximadamente cada dos días o cuando esta ingiriendo alcohol, para relajarse o dormir desde hace 30 años).

Consumo de alcohol diario, cerveza, wiskey o vodka y consumo de cocaína 6mg cuando esta deprimido desde hace 15 años.

El paciente refiere que hace aproximadamente 10 años a consecuencia de la ingestión o consumo excesivo de café, le diagnosticaron hernia hiatal y por lo que presenta reflujo esofágico y molestias alimenticias que se exacerban al acostarse y al ingerir alimentos condimentados o grasos. Debido a su trabajo en el cual se mantiene parado presenta insuficiencia circulatoria periférica y cicatriz de una ulcera varicosa en parte anterior de la pierna derecha.

Actualmente tiene periodos depresivos por presentar problemas familiares, hiperactivo, pero pasa de la euforia a periodos depresivos con facilidad, refiere también dificultad para conciliar el sueño y en ocasiones tiene que tomar medicamentos.

Hábitos higiénicos eficientes, alimenticios, aparentemente adecuados en calidad y cantidad, a excepción de que se consume diariamente alcohol sin llegar a la embriaguez.

Condiciones de vivienda adecuada, buena iluminación y ventilación, gastos familiares y personales por cuenta propia, posición económica adecuada.

Con respecto al tabaquismo y alcoholismo este es por el tipo de vida social en el que se desenvuelve, la adquisición de cocaína esta proporcionada al cliente por un amigo que conoce desde hace 15 años y con el que mantiene una amistad no muy estrecha pero si cercana.

La salud y las alteraciones emocionales del cliente están siendo afectadas con más regularidad.

El cliente refiere que después de consumir cocaína y beber con exceso cae en crisis depresiva, sentimiento de culpa, arrepentimiento, en el que se ve afectado moralmente.

2. VALORACION DE LAS NECESIDADES HUMANAS BASADO EN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Valoración de las necesidades humanas

1. OXIGENACIÓN

Subjetivo (al interrogatorio):

Disnea debido a:

Tos productiva:

Dolor asociado con la respiración.:

Fumador:

Alguna dificultad para respirar:

No

No.

No.

Si

Refiere que no, pero que en ocasiones se fatiga y agita con facilidad

Objetivo (a la exploración)

Signos vitales y característicos.

T/A 130 / 70

FC 82 x minuto

FR 24 x minuto

Temp. 36.5 °C

Estado de conciencia:

Normal con respuesta a estímulos.

Morena clara.

Color rosado.

Coloración de la piel:

Lechos ungueales:

Peri bucal:

Semihidratados

Circulación del retorno venoso:

3 seg.

Entorno físico (calidad del medio ambiente) humedad, sistema de ventilación, corrientes de aire; su hogar cuenta con varias ventanas, lo cual permite que haya una buena ventilación e iluminación en su casa.

Necesidad satisfecha:

No. Falta de fuerza.

¿Por qué?

Porque existe una reducción del suministro de oxígeno en el aire inspirado, debido a la inhalación de nicotina, además de que refiere en ocasiones se agita con facilidad al realizar algún esfuerzo o caminar.

2. NUTRICION E HIDRATACION

Subjetivo (al interrogatorio)

Dieta habitual (tipo): 1 sándwich de jamón, 1 taza de café, fruta (papaya, sandía).
Comida: Ensalada de verduras, legumbres, en ocasiones carne 1 copa de vino Tinto, cerveza o whiskey.
Cena: Galleta salada, cervezas, vodka o whiskey.

Numero de comidas durante el día: 2 o 3.

En ocasiones en la semana ingesta de bebidas alcohólicas y los fines de semana, llega hasta la embriaguez.

Trastornos digestivos: Después de ingerir alimentos presenta acidez, acentuándose por las noches, comenta que tiene reflujo esofágico ocasionado por la hernia hiatal.

Alguna intolerancia / alergia: A la leche; le provoca diarrea y distensión.

Problemas para la masticación / deglución: No

Patrón de ejercicios: Ninguno.

Acostumbra a comer verduras, legumbres, chatarra y licor, no toma agua.

Descripción del apetito: Leve.

Con quien come habitualmente: Regularmente sin compañía.

¿Donde acostumbra comer? Donde tiene oportunidad.

Objetivo (a la exploración)

Peso: 68kg

Talla: 1.64

Encías: Condiciones adecuadas.

Dentadura: Con presencia de leve desgaste.

Presencia de peristalsis. Normal

Turgencia de la piel: Normal.

Membranas mucosas: Semihidratadas.

Necesidad satisfecha: No.

¿Por qué? La desnutrición es muy frecuente en los pacientes alcohólicos. La desnutrición se produce por varias causas: Dietas pobres en proteínas, alteración del metabolismo proteico de los aminoácidos.

3. ELIMINACION

Subjetivo (al interrogatorio)

Habito intestinal: 1era vez al día (por la mañana) con características normales, adelgazadas por estenosis anal cicatrizal secundaria a hemorroidectomía.

Características de orina: Orina como 4 veces al día concentrada.

Enfermedades hepáticas: Si. Hepatitis B hace 20 años.

Enfermedades renales: No

Uso de laxante: No.

Dolor al orinar o defecar: No. Pero con frecuencia queda con ganas de continuar evacuando.

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: De ninguna manera.

Objetivo (a la exploración)
Abdomen / características: Normal, con peristaltismo, no edema.

Ruidos intestinales: Si. (Peristalsis)

Presencia de cólicos: No

Sensación de intestino ocupado: Si. Por hemorroidectomía. (Estenosis anal)

Estreñimiento: No

Necesidad satisfecha: No. Falta de voluntad.

La constipación es un problema recuente que resulta de la restricción de líquidos, de la disminución de la actividad. Para conservar su funcionamiento normal, el organismo debe desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos así como gases y otros elementos no utilizables, durante el proceso de digestión.

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo (al interrogatorio)

Capacidad física cotidiana:	Adecuada.
Actividad en tiempo libre:	Escuchar música, ingerir alcohol.
Hábitos de descanso:	A veces 30 minutos por las tardes.
Hábitos de trabajo:	Aumentado.
Usa aparatos ortopédicos:	No
Problemas para caminar:	No
Fracturas:	No
Objetivo (a la exploración) Ayuda para la de ambulación:	No.
Presencia de temblores:	Ocasionalmente, cuando la ingesta de alcohol es abundante.
Capacidad muscular tono resistencia flexibilidad:	Tono muscular adecuado.
Postura erecta:	No presenta dolor al movimiento.
Estado de conciencia:	Orientado; en tiempo lugar y espacio.
Estado emocional:	Variable, en ocasiones esta eufórico y en otro deprimido.
Otros:	Marcha estable, buen equilibrio, sin signos de debilidad muscular o de dolor.

Sus labores modifican de alguna forma sus posturas al estar mucho tiempo inclinado y parado.

Necesidad satisfecha.

5. DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo (al interrogatorio)

Horario de descanso:	en ocasiones 20 minutos a las 15:00 horas.
Horario de sueño:	24:00 a 6:00 horas.
Horario de descanso:	6 horas diarias.
Siestas:	Variado.
Insomnio:	Si. Tiene problemas para conciliar el sueño, por estrés, ansiedad, depresión y la ingesta diaria de alcohol.
Sueño poco profundo:	Si.
Posición:	Semifowler. (Indicación de diagnóstico de Hernia hiatal). Se siente descansado al levantarse, en ocasiones no.
Objetivo (a la exploración)	
Estado mental:	Ansiedad, estrés, irritabilidad, depresión.
Ojeras:	Si.
Bostezo:	Si.
Concentración:	Si.
Apatía:	No.
Respuesta a estímulos:	Si.
Necesidad Satisfecha:	No
Por falta de:	Voluntad

El alcohol modifica los patrones de descanso y sueño esto se debe a que el alcoholismo altera el sistema nervioso central, así como las regurgitaciones nocturnas las cuales son ocasionadas por acidez teniendo que incorporarse para eructar (ocasionado por hernia hiatal y exaservandose por los malos hábitos alimenticios).

6. UTILIZAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo (al interrogatorio)

Influye se estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: Si.

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: No.

Sus creencias personales le impiden vestirse como a usted le gustaría: No

Necesita ayuda para la selección de su ropa: No

Objetivo (a la exploración)

Viste de acuerdo a su edad: Si.

Capacidad motora para vestirse y desvestirse: Normal.

Viste de acuerdo al clima: Si.

Tipo de ropa: Algodón / Lana.

No ajustada:

Necesidad satisfecha.

7. TERMOREGULACION

Subjetivo (al interrogatorio)

Adaptabilidad a los cambios de temperatura:

Casi no. En ocasiones le da mucho frío y tiene que ponerse una frazada y prender calentador ambiental.

Ejercicio tipo y frecuencia:

No realiza ninguno.

Que tipo de temperatura le resulta agradable:

La temperatura fría.

¿Por que?:

Porque por su trabajo tiene que ponerse traje y corbata y cuando hace mucho calor le estorba.

Objetivo (a la exploración)

Características de la piel:

Normal.

Transpiración:

Normal.

Condiciones del entorno físico:

Su hogar cuenta con buena ventilación e iluminación.

Necesidad satisfecha.

8. HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Subjetivo (al interrogatorio)

Frecuencia del aseo:	Baño diario.
Momento preferido para el baño:	Por la mañana.
Cuantas veces al día se lava los dientes:	3 veces al día.
Aseo de manos antes y después de comer:	Si.
Y después de ir al baño:	Si.
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos:	No.

Objetivo (a la exploración)

Aspecto general: presentación.	Normal, con buena higiene y
Olor corporal:	Normal.
Halitosis:	No.
Estado de cuero cabelludo:	Normal.
Lesiones dérmicas, que tipo:	No. Pero tiene una cicatriz de ulcera varicosa en miembro inferior derecho, esto debido a horas prolongadas de pie y falta de ejercicio.
Sus adicciones han modificado en algún aspecto los hábitos de higiene y protección de la piel:	No.

Necesidad satisfecha.

9. EVITAR PELIGROS

Subjetivo (al interrogatorio)

Que miembros componen su familia de pertenecía: Un hijo de su pareja actual, pero no vive con ellos.

Como reacciona usted ante una situación de urgencia: Responde de manera muy acelerada.

Conoce las medidas de prevención de accidentes: Si.

En el hogar: Tiene cuidado para no resbalar o caer.

En el trabajo: Algunas como, el saber que hacer ante un caso de incendio o temblor. Evitar lesionarse con instrumentos punzocortantes

Realiza controles de salud recomendados: Sí. Debido a los antecedentes de hepatitis B, se realiza laboratorios de control.

Como analiza las situaciones de tensión en su vida: Ingiere alcohol, ingiere cocaína, y fuma 2 o 3 puros, escucha música, se deprime, llora y al día siguiente siente complejo de inferioridad, culpabilidad.

Objetivo (a la exploración)

Deformidades congénitas: No.

Condiciones del ambiente en su hogar y trabajo: Son seguras y comfortable.

Necesidad satisfecha.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo (al interrogatorio)

Estado civil.	Divorciado.
Años de relación.	22 años.
Vive con.	Vive solo.
Preocupaciones / estrés.	La economía, su vejez, su familia.
Rol en la estructura familiar.	Padre.
Comunica sus problemas debido a su estado.	Si.
Cuanto tiempo pasa solo.	Alrededor de 5 horas.
Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo.	A veces van a visitarlo sus compañeros de trabajo.
Objetivo (a la exploración)	
Habla claro.	Si.
Confuso.	No.
Dificultad en la visión.	Si.
Comunicación verbal / no verbal con la familia y con otras personas significativas.	Solo en ocasiones, a veces no, por falta de tiempo.
Necesidad satisfecha.	

11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo (al interrogatorio)

Creencias religiosas.	Si. Cree en Dios.
Sus creencias religiosas generan conflictos personales.	No.
Principales valores en su familia.	Trabajo, educación
Es congruente su forma de pensar, con su forma de vivir.	Si.

Objetivo (a la exploración)

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso). Ninguno.

Permite el contacto físico. Si.

Tiene algún objeto indicativo de determinados valores y creencias. No.

Las adicciones de alguna forma modifican la necesidad de vivir según sus creencias y valores. No. Por el momento no se han modificado debido a sus conocimientos profesionales.

Necesidad satisfecha.

12. TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo (al interrogatorio)

Trabaja actualmente.

Si.

Tipo de trabajo.

Cirujano general.

Riesgos.

Si. De contagio por sangre infectada.

Cuanto tiempo le dedica al trabajo.

18 horas.

Esta satisfecho con su trabajo.

Si.

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y las de su familia.

Si.

Esta satisfecho con el rol familiar que juega.

No.

Objetivo (a la exploración)

Estado emocional.

Intranquilo, inquieto, irritable, acelerado, hiperactivo.

Las adicciones de que forma influyen en la necesidad de trabajar y de realizarse.

Influye mucho, porque a veces me siento muy deprimido; y el trabajo me distrae y me llena de satisfacción.

Necesidad satisfecha.

13. JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo (al interrogatorio)

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre:

Escuchar música, ver televisión.

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad.

En ocasiones.

Existen recursos en su comunidad para la recreación.

Si hay muchos.

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa.

No, por su trabajo.

Objetivo (a la exploración)

Integridad del sistema neuromuscular.

Normal.

Rechaza las actividades recreativas.

Si. Por cansancio y agotamiento.

Su estado de ánimo es.

Participativo.

Necesidad satisfecha.

14. APRENDIZAJE

Subjetivo (al interrogatorio)

Nivel de educación.	Cirujano general.
Problemas de aprendizaje.	No.
Limitaciones cognitivas.	No.
Tipo.	Ninguna.
Preferencias leer / escribir.	Leer.
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad.	Si.
Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo.	Si.
Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud.	Si.

Objetivo (a la exploración)

Estado de sistema nervioso.	Sin alteraciones.
Órganos de los sentidos.	Normales.
Estado emocional.	De soledad.
Memoria reciente.	Si.
Memoria remota.	Si.
Otras manifestaciones.	Ninguna.

Necesidad satisfecha.

3. DIAGNOSTICOS REALES

1. OXIGENACION

Diagnostico real

Reducción del suministro de oxígeno en el aire inspirado secundario, inhalación de nicotina manifestado por agitaciones y fatigas.

Objetivos

Estabilizar el desequilibrio de la percusión de ventilación pulmonar.

Fase de planeación

- a) proporcionarle información al paciente para reafirmar los efectos dañinos que trae consigo el tabaquismo.
- Técnicas de respiración y relajación
- Importancia de la ingesta de líquidos
- Creación de un ambiente tranquilo.
- Importancia de realizar ejercicios que le ayude a mejorar su ansiedad y condición física.

Las técnicas de respiración ayudan a calmar la ansiedad ya que al inhalar oxígeno ocasiona relajación por la mejor intercambio gaseoso y oxigenación de las células.

La creación de un ambiente tranquilo ayuda a disminuir el estrés y a calmar la ansiedad y esto evita la necesidad de la nicotina.

El ejercicio físico ayuda a mantener en condición el cuerpo, a la distracción y principalmente a evitar la degeneración del sistema circulatorio que con el consumo del tabaco ocasiona enfermedades vasculares, el ejercicio fomenta la aptitud cardiovascular, la resistencia, la fuerza muscular, la flexibilidad, el control de peso, el sentido de bienestar, el sueño y la capacidad de hacer frente al estrés.

Además el ejercicio tiene un efecto positivo sobre los sistemas orgánicos, disminuye los factores de riesgo de la enfermedad coronaria, facilita un mejor control de la hipertensión y ayuda a reducir los conductos de adicción.

Fase de ejecución

- a) Se proporcionó orientación al paciente con unos folletos e información verbal de las consecuencias del tabaco.
- b) Se dio información al paciente de cómo cuando y donde; y las ventajas de realizar las técnicas de respiración.
- c) El paciente frecuentemente tiene comunicación familiar (hijos), y no fuma cuando esta con ellos conviviendo.
- d) No realiza ejercicio, debido a la carga de trabajo, falta de tiempo y agotamiento.

Evaluación

La fatiga y agitaciones disminuyeron a través de la disminución de tabaco y a la distracción y comunicación que tiene actualmente con su familia.

2. NUTRICION E HIDRATACION

Diagnóstico real

- Alteraciones de la nutrición por defecto relacionado con inadecuada ingesta de alimentos nutritivos, manifestado por falta de interés por los alimentos y desagrado a alguno de ellos.
 - Dificultad para la deglución secundaria a Hernia Hialal manifestado por regurgitaciones y acidez estomacal continua.
 - Alteraciones de la nutrición relacionada con situación actual de soledad manifestada por la baja ingesta de alimentos y aumento del consumo de alcohol.

Objetivos

- Fomentar un aporte nutricional adecuado.
- Supervisar que el paciente consuma una dieta adecuada de acuerdo a su padecimiento.
- Proporcionar información básica de la importancia de la ingesta de líquidos al organismo.

Fase de planeación

- a) explicar al paciente la importancia de los alimentos, cualidades nutritivas y energéticas de los distintos grupos de alimentos.
- En la dieta se necesitan suficientes cantidades de carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas, minerales que proveen lo necesario.
 - 1) la construcción, conservación y reparación de los tejidos corporales.
 - 2) La síntesis de sustancias necesarias para que la regulación de los procesos del organismo (por ejemplo, enzimas, hormonas).
 - 3) La síntesis de sustancias necesarias para el correcto funcionamiento del organismo por ejemplo hemoglobina y anticuerpos.
 - 4) La producción de energía.

- b) establecer una dieta que cubra las necesidades de su padecimiento, evitando alimentos que le provoquen y aumenten acidez estomacal que le provoquen y aumenten acidez estomacal.
 - Establecer un horario adecuado para disminuir las molestias como la regurgitación.
- c) consultar con una dietista para planificar, con el paciente el menú que incorpore sus preferencias personales.
 - El dietista ayuda a la selección de las comidas con un valor nutricional óptimo, es esencial la consideración de las preferencias individuales para fomentar un aporte adecuado.
- d) Explicar al paciente de la importancia de la compañía, de un ambiente tranquilo y adecuado y agradable a la hora de comer.
 - El formar una atmósfera placentera hacen comer los alimentos con gusto y digerirlos bien.
 - Explicar al paciente de los daños irreversibles que provocan el consumo excesivo y diario de alcohol.

Fase de ejecución

- a) Se proporcionó al paciente información sobre la importancia de consumir una dieta equilibrada y la importancia de la disminución del alcohol.
- b) Se proporcionó información acerca de la hora de comida y la importancia de fomentar un ambiente agradable, y evitar al alcohol.
- c) Se proporcionó al paciente información de consumir alimentos que mas le agraden y que le estén permitidos.
- d) Se proporcionó información para consultar con una dietista.
- e) Se proporciono información sobre la importancia de establecer una alimentación de acuerdo a su padecimiento.

Evaluación

El paciente ingiere alimentos que mas le agraden, siempre y cuando le sean permitidos.

No consultó una dietista pero si investigó sobre los alimentos que puede incluir en su dieta.

El paciente buscó compañía, y además le prepara sus alimentos.

ELIMINACION

Diagnostico real

- alteración de las funciones renales relacionada a baja ingesta de líquidos manifestado por oliguria.
- Dificultad para la evacuación normal por defecto cicatrizal secundaria a hemorroidectomía manifestado por evacuaciones incompletas, adelgazadas y sensación de intestino ocupado.

Objetivo

- Contribuir a mantener una buena función renal que favorezca la eliminación adecuada.
- Disminuir las molestias intestinales y rectales para que el paciente tenga un patrón de eliminación normal.

Fase de planeación

- a) Llevar un control en el número de micciones del día.
 - La eliminación normal de orina es de 1, 400 a 1, 500 al en 24 horas.
 - La diuresis menor es igual a obstrucción de la función renal.
 - La deshidratación es un signo de restricción de líquidos.
 - La deshidratación concentra la orina incrementando el riesgo de formación de cálculos y la infección.
- b) La baja ingesta de líquidos favorece el estreñimiento y la dificultad para evacuar.
 - El organismo al tener pérdida de líquidos las toma de diferentes fuentes y una de estas es el intestino, por tal motivo este se reseca haciendo las heces duras y compactadas.
- c) Explicar al paciente que sobre la importancia de una dieta balanceada y con suficiente cantidad de agua y fibra.
 - Son necesarios suficientes residuos en la dieta (fibra celulosa) para proporcionar volumen fecal.
 - La digestión de ciertos alimentos resulta difícil o imposible para algunas personas.
- d) El estreñimiento intestinal precoz puede establecer el hábito de defecar con un patrón regular.
 - Los reflejos gastrocólicos y duodeno cólicos producen ondas peristálticas de masas en el intestino grueso, después de desayunar.
 - El caminar aumenta el peristaltismo, favoreciendo la evacuación intestinal.

Fase de ejecución

- a) Se proporciona la información para detectar oportunamente los primeros signos de deshidratación.
- b) Se dio información adecuada de la importancia de la ingesta de líquidos y a observar los ingresos y egresos de éstos.
- c) Se proporcionó información para que el paciente incluya fibra en su alimentación.
- d) Se dio información acerca de la importancia de caminar diariamente.

EVALUACION

El paciente modifica su dieta, incluye dentro de su alimentación fibra y elimina las heces de consistencia casi normal.

No modifica la ingesta de líquidos por que sus labores no se lo permiten.

DESCANSO Y SUEÑO

Diagnostico real

- alteración del sueño, secundarios a la ingesta de alcohol, manifestado por somnolencia, irritabilidad, cansancio agotamiento.
- dificultad para descansar relacionada con la crisis de su situación actual ingesta de cocaína, alcohol y tabaquismo manifestado por ansiedad y angustia.
- Insomnio relacionado a crisis de angustia manifestado por dificultad para conciliar el sueño y sueño profundo.
- Dificultad para dormir cómodamente relacionado a problema de hernia hiatal manifestado por incorporación abruptamente por acidez estomacal y reflujo esofágico.

Objetivo.

- recuperar su patrón de sueño habitual
- desarrollar un patrón de descanso que le proporcione suficiente energía para las actividades diarias.
- Disminuir la necesidad de ingesta de alcohol el cual esta alternando el S.N.C. y el sueño le proporcione tranquilidad y satisfacción.

Fase de planeación

- a) Proporcionar medidas de confort y relajación para ayudar a dormir al cliente, como masaje en la espalda, música suave, material de lectura.

Las medidas de confort son esenciales para ayudar al cliente a conciliar el sueño y a mantener dormido, sobre todo si los efectos de la patología interfieren con el sueño.

La respiración lenta y profunda durante algunos minutos seguida de una contracción lenta y rítmica y la relajación de los músculos puede aliviar la tensión.

Aconseje al cliente tomar infusión de te caliente.

Reducir el consumo de alcohol y tabaco así como evitar la ingesta de cocaína, esto reduce las alteraciones del sistema nervioso central, así como también la mejor oxigenación que esta siendo disminuida por el tabaco.

Evitar el consumo de cafeína, chocolates cada cuatro horas antes de acostarse.

Las bebidas con cafeína actúan como estimulante del sistema nervioso central interfiriendo en el sueño.

Eliminar distracciones ambientales e interrupciones del sueño.

El asegurar un ambiente seguro, cómodo, proporcionando una temperatura adecuada resulta satisfactorio para el cliente.

Programar periodos diarios de descanso y sueño.

El reposo restaurar la energía de la persona permitiendo al individuo su funcionamiento óptimo, y evita los estados de depresión, irritabilidad y cansancio. El reposo implica calma, relajación y libre ansiedad.

Evitar el consumo de alimentos irritables y prohibidos para su patología así como comer poca cantidad y equilibrarlas

Los alimentos muy condimentados, y picantes aumentan la acidez estomacal, se tiene que evitar alimentos fritos o grasas. Como también el alcohol, café, chocolates, etc.

Elevar la cabecera de la cama 15 o 20 cm. más alta que el pie para ayudar a reducir el flujo nocturno.

Enfermedad de reflujo gastro-esofágico es un termino para algunas afecciones digestivas y son causada por regurgitación o reflujo de acidez y de alimentos parcialmente digeridos, desde el estómago al esófago, tubo que conecta la boca con el estomago.

El estomago esta protegido contra el ácido, pero cuando el alimento y el ácido digestivo retroceden del estomago, pueden quemar el interior de esófago.

Los contenidos del estomago pueden retroceder o refluir, por distintas razones, esto sucede si la persona ha comido demasiado, y ocurre mas frecuentemente cuando se acuesta.

El músculo de la parte superior del estomago generalmente se cierra e impide el reflujo pero si el músculo es débil, o si se abre con demasiada frecuencia cuando no debería es cuando ocurre el reflujo.

EJECUCIÓN

- a) Se proporciono información de las medidas para favorecer el sueño.
- b) Se proporciono información acerca de evitar alimentos que acentúen el reflujo, así como de drogas.
- c) Se proporciono información acerca de eliminar todo tipo de distracciones ambientales.
- d) Se proporciono información de la posición que ayuda a disminuir el reflujo nocturno.

EVALUACION

El paciente participa en las medidas para inducir el sueño, algunas de ellas las esta llevando a cabo, ha mejorado su patrón del sueño.

3.1 DIAGNOSTICOS POTENCIALES

1. OXIGENACION

Diagnostico potencial

Riesgo de padecimientos respiratorios relacionado con tabaquismo positivo y poca ingesta de agua.

Riesgo de afrontamiento individual ineficaz relacionado al uso y abuso de drogas.

Objetivo.

1. Evitar complicaciones que ocasionan las enfermedades del sistema respiratorio y disminuir las molestias ocasionadas por la insuficiencia respiratoria.

2. Reducir los trastornos y complicaciones al sistema nervioso central, aparato respiratorio, así como emocionales que provoca la ingesta de cocaína.

Fase de planeación

a) Orientar al paciente y estimularlo para que modifique sus hábitos de tabaquismo y mantenga una ingestión adecuada de líquidos para fluidificar las secreciones e impedir la deshidratación.

* Las complicaciones respiratorias alteran el intercambio de gases debido a trastornos de la ventilación ocasionando hipoventilación.

b) Orientar al paciente apoyándolo y estimulándolo a que aprenda a enfrentar sus problemas emocionales y evitar seguir cayendo en la adicción a las drogas.

* La cocaína es una droga que destruye poco a poco la autoestima del individuo, pasando de la euforia a momentos de depresión, afectando también el sistema respiratorio.

Fase de ejecución

a) Se proporciona información acerca de las complicaciones y daños al consumir nicotina.

b) Se dio información para que evite la ingesta de cocaína así como apoyo emocional; también se le explicó y se analizaron los objetivos del proceso de enfermería en este caso.

Evaluación

* El paciente mantiene su vía aérea permeable y normal, frecuencia y profundidad respiratoria normal y mejoría en las actividades normales y cotidianas, disminuye la frecuencia de agitaciones.

* El paciente tuvo gran impacto al saber de su problema y aumentó su autoestima, valorando su vida y agradeciendo el interés en él.

2. NUTRICION E HIDRATACION

Diagnóstico potencial

Riesgo de padecimientos hepáticos relacionados con el exceso en el consumo diario de alcohol.

Objetivo

1. Valorar cambios en la nutrición y síntomas que indiquen alteraciones hepáticas.
2. Prevenir complicaciones secundarias al consumo diario de alcohol (Cirrosis Hepática).

Fase de planeación

- a) Valorar el estado nutricional, determinando el peso del paciente, desarrollo corporal, albúmina, proteínas y vigilar cambios en las funciones hepáticas.
- b) Dar orientación al paciente para consumir una dieta hiperproteica y para que tenga un adecuado aporte de proteínas para evitar la degeneración del hígado, ya que en este órgano es donde se metaboliza principalmente el alcohol.
- c) Valorar las alteraciones que provoca el alcohol como las del sistema nervioso central.

* La tendencia al sangrado y a la anemia son complicaciones comunes de la enfermedad hepática. Estas tendencias son el resultado de las deficiencias en la formación de factores de la coagulación, de la trombocitopenia y de una deficiencia de eritrocitos, deficiencia de vitaminas A, complejo B y D, pueden ser el resultado de una absorción disminuida de vitaminas liposolubles y de la incapacidad para el almacenamiento de dichas vitaminas.

Los factores distintos que contribuyen a la anemia, incluyendo la pérdida de sangre por hemorragia gastrointestinal y la disminución de la producción de hematies secundaria a la deficiencia de ácido fólico y a la pobre ingesta. Además el alcohol tiene un efecto tóxico sobre la médula ósea.

* El peso ayuda a establecer el estado nutricional del paciente. Los modelos de ingesta y tolerancia a la consistencia de alimentos que se proporcionan en un centro para planificación dietética

Fase de ejecución

- a) Se proporcionó información acerca de las ventajas de incluir alimentos con alto contenido de proteínas para mejorar el funcionamiento celular hepático y sistémico y evitar la desnutrición provocada por el alcoholismo.

b) Se proporcionó información para realizarse estudios que determinen daño hepático, como las pruebas de función hepática, biometría hemática completa y pruebas de coagulación.

c) Se informó y se dio orientación de cómo identificar y valorar los signos y síntomas que se pueden presentar en este padecimiento, ya que la presentación clínica es variada, puede ser asintomática o reflejar un daño hepático. Los signos y síntomas comunes son la anorexia, náuseas, vómitos, pérdida de peso y dolor abdominal.

d) Se proporcionó información de los daños irreversibles que causa el alcoholismo principalmente al sistema nervioso central con daño neuronal manifestado por falta de memoria, falta de atención, temblores que no permiten un adecuado desempeño de sus labores cotidianas.

Evaluación

El paciente ingiere una dieta equilibrada, respeta los alimentos permitidos y trata de evitar aperitivos o digestivos que contengan alcohol.

3. ELIMINACION

Riesgo potencial

Riesgo recidivante de hemorroides relacionado a mala alimentación y consumo de alcohol.

Objetivo.

Promover la normalización de las funciones intestinales.

Fase de planeación.

- a) Enseñar al paciente que incluya dentro de su alimentación el consumo de fibra, líquidos que estén permitidos así como evitar las bebidas alcohólicas.

*El consumir frutas y verduras productos integrales y fibra como la ingesta abundante de agua, aumenta el volumen de las heces, lo cual estimula el peristaltismo y la evacuación intestinal.

*Una ingestión insuficiente de líquidos reduce la fluidez del quimo que penetra en el intestino grueso y da lugar a heces duras y secas.

- b) Tratar de evitar situaciones que produzcan estrés psicológico aunque en ocasiones esto no puede ser posible.
 - Las emociones fuertes producen estreñimiento por inhibición del peristaltismo intestinal, mediante la acción de la epinefrina y del sistema nervioso simpático. Así como el estrés también puede originar un intestino espástico o colon irritable.

Fase de ejecución

- a) Se proporciono información acerca de consumir fibra, agua y evitar alcohol en su alimentación.
- b) Se dio información para que evitara situaciones que produzcan estrés.

Evaluación

El paciente logra identificar aquellas situaciones que produzcan estrés, así como intenta modificar su alimentación consumiendo fibra pero no evita las bebidas alcohólicas.

5. DESCANSO Y SUEÑO

Diagnostico potencial

Riesgo de alteraciones del estado de alerta y vigilia relacionado al insomnio frecuente.

Objetivo

- Reducir los trastornos del sueño.
- Ayudar al paciente a establecer un óptimo descanso del patrón del sueño.

Fase de planeación

- a) Proporcionar periodos de descanso y sueño.
 - Los periodos de sueño mas cortos y frecuentes son en muchos casos mas apropiados que en un largo periodo de sueño.
- b) Valorar y registrar los factores que pueden provocar alteraciones del sueño.
 - Tratar las causas que producen insomnio por ejemplo; el consumo prolongado de alcohol, los síntomas de privación del sueño total surgen en forma lenta, pero en un orden predecible, acumulándose conforme pasa el tiempo.

Al iniciarse el cansancio se desvanece el desempeño normal con lagunas en la capacidad d atención y de concentración.

Los síntomas comunes de la fatiga incluyen sensaciones desagradables como visión borrosa, ojos irritados y vidriosos, nauseas y cefalea. A la larga se vuelven vividas las alucinaciones y las ilusiones tienen lugar a la confusión mental y a incapacidad para distinguir la realidad.

El hecho de no dormir o descansar provoca cambios en el funcionamiento físico y mental sustenta las observaciones de que el sueño es indispensable para el bienestar.

Fase de ejecución

- a) Se proporciono información acerca de planeación y realizar periodos de descanso cortos.
- b) Se proporciono información acerca de los factores que pueden interferir en el sueño.
- c) Se proporciono información sobre las alteraciones y daños que esta provocando el consumo de alcohol y como afectan en el patrón del sueño específicamente.

Evaluación

El paciente refiere sentirse descansado al despertar, refiere que esta intentando dormir un mayor número de horas.

8. HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Riesgo de alteraciones en la circulación de retorno venoso de miembros inferiores relacionado a prolongadas horas en posición de pie.

Objetivo

Mantener la piel libre de lesiones como úlceras varicosas que puedan provocar infecciones y daños irreversibles.

Fase de planeación

a) Indicarle que debe de evitar la estasis venosa y aumentar la perfusión del tejido. Las venas varicosas se producen por la disminución del flujo venoso a los tejidos a consecuencia del estancamiento y estasis sanguíneo, pueden aparecer síntomas como edema, dolor y cambios de coloración, ulceraciones debido a la estasis venosa.

Una úlcera de pierna es una lesión necrótica abierta que resulta de un intercambio inadecuado de oxígeno y otros nutrientes en el sistema vascular.

La mayoría de las úlceras surgen de una insuficiencia venosa causada por una trombosis de vena profunda o vena varicosa.

b) Instruirlo sobre el tratamiento de úlceras varicosas.

Favorecer la cicatrización de la herida y evitar la infección es la meta principal en el tratamiento.

Esto se consigue a través de:

- Debridación por medios mecánicos, químicos o quirúrgicos.
- Aplicación de gránulos químicos y ungüentos enzimáticos.
- Retirar tejido necrótico.
- Prescripción de antibióticos tópicos.
- Cultivos periódicos de drenaje de heridas.
- Vendajes elásticos.
- Administración de analgésicos para disminuir el dolor.

c) Asesoramiento y educación.

Aumentar la perfusión del tejido evitando el estasis venoso.

- Evitar estar sentado o de pie largo tiempo.
- Evitar cruzar las piernas.
- Llevar medias elásticas.
- Evitar la constricción de las venas de las piernas con ligaduras apretadas (calcetines)
- Realizar ejercicios y actividad física diario para favorecer el flujo sanguíneo.
- Caminar diariamente.
- Mantener peso adecuado

Fase de ejecución

- a) Se proporcionó información para que el paciente ponga mayor énfasis en el cuidado de sus extremidades inferiores y prevenga recidiva de úlceras.
- b) Se proporcionó información para que el paciente realice hábitos que le ayuden a mejorar su perfusión de tejido y contribuya a aumentar su confort.

Evaluación

Las medidas indicadas favorecieron el retorno venoso y previnieron la recidiva del transtorno.

III. CONCLUSIONES

El propósito del proceso de atención de enfermería a un paciente con problemas de adicción, es analizar de manera somera el impacto que sobre la salud tiene el abuso y uso prolongado de bebidas alcohólicas, el tabaquismo e ingesta de cocaína y la participación que tiene el grupo de enfermería en estos problemas.

El consumo inadecuado de bebidas alcohólicas constituyen uno de los problemas mas graves en el ámbito de la salud con gran repercusión en lo económico y en lo social, afectando no solo a la persona consumidora si no también a los familiares, amigos y al conjunto de la sociedad.

Desgraciadamente el personal de enfermería no siempre puede llegar al cumplimiento de sus objetivos planteados durante el desarrollo de su labor, y de no ser así hay que hacer participe a todo un equipo multidisciplinario para la obtención de mejores resultados.

Es importante recalcar que la falta de motivación es lo que impide la satisfacción de las necesidades.

Con los datos anteriormente mencionados, se puede decir que el logro de los objetivos planteados al inicio de este proceso de atención de enfermería fue factible en un 80%.

IV. SUGERENCIAS

Que todo el profesional de enfermería en sus labores diarias trabaje con un modelo de atención, ya que el proceso de atención de enfermería es un instrumento metodológico en la práctica de enfermería, pues apegado a la teoría de Virginia Henderson se complementa de manera integradora encaminado a brindar cuidados integrales.

Mejorar y ayudar a la motivación del paciente que debido a sus adicciones son una problemática que requiere de apoyo moral y que es de difícil manejo.

Considero que se debe proporcionar estímulo al paciente para alentarlo en sobrellevar la observancia del tratamiento y contribuir de esta forma a mejorar su estado de salud y calidad de vida.

V. BIBLIOGRAFÍA

- ALFARO (1998). Aplicación del proceso de enfermería. Doyma, Barcelona
- Bertha A. Rodríguez S. Proceso Enfermero 2da edición. ED. Cuellar
- COLLIERE MARIE. Françoise. 1994. Promover la vida de la práctica de las mujeres cuidados de enfermería. ED. Interamericana MC. Graw Hill, Madrid
- CRECIMIENTO Y DESARROLLO. Antología tomo 2. SUA-ENEO
- DE LA GARZA, Fidel y Armando Vega. 1993. La juventud y las drogas. ED Trillas. México.
- Diccionario Mosby Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Editorial Harcourt. Quinta edición.
- Enfermería Medicoquirúrgica. B.C. Long W. T. Segunda edición. Editorial interamericana- Mc Graw Hill
- EL MODELO DE HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA. ED. Masson. Barcelona. Conceptos básicos de Henderson en Antología Seminario de Proceso de Atención de Enfermería SUA-ENEO. UNAM.
- FERNANDEZ F. Carmen. 1995. El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería. ED. Masson. Salvat. Barcelona.
- Internet: <http://www.tuotromedico.com> . Temas de alcoholismo.
- Internet. Rincón del vago.com. Adicciones.
- Kerovac Suzane. El pensamiento enfermero 2da edición. ED. Masson.
- KOZIER, Bárbara. 1993. Fundamentos de enfermería, conceptos proceso y practica. Vol. 1. Interamericana MC. Graw Hill. 5ta ED. Madrid.
- MARRINER (1994) Modelos y teorías de Enfermería. Mosby Doyma Madrid.
- REPETTO. Manuel. 1985. toxicología de la drogadicción. ED. Díaz de Santos. Madrid.
- PHANEUF, Margot. 1993. Cuidados de enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. ED. MC. Graw Hill. Madrid.
- VALBUENA BRIONES, Agustín. 1993. Manual de toxicómanos y alcoholismo. ED. Masson. 2da edición. México.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE TRABAJO

FICHA DE IDENTIFICACION

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

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

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

Oxigenación.

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca _____ Dolor asociado con la
Respiración: _____ Fumador: _____
Desde cuando fuma/cuantos cigarros al día/varía la cantidad según su estado
emocional: _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____

Tos productiva/seca _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____ Número de comidas diarias: _____

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentaria/alergias: _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencias de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas/secas: _____

Características de uñas/cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético _____

Aspecto de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

Eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ características de las heces, orina y menstruación: _____

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar/menstruar/orinar: _____

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen/características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

Termorregulación:

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____
Ejercicio/tipo y frecuencia: _____
Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____
Transpiración: _____
Condiciones del entorno físico: _____
Otros: _____

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

Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____
Actividades en el tiempo libre: _____
Hábitos de descanso: _____
Hábitos de trabajo: _____

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: _____
Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: _____
Posturas: _____
Ayuda para la deambulación: _____
Dolor con el movimiento: _____
Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____
Estado emocional: _____
Otros: _____

Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Siesta: _____

¿Padece insomnio?: _____

¿A qué considera que se deba?: _____

¿Se siente descansado al levantarse?: _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: _____

Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____ Concentración: _____

Apatía: _____ Cefaleas: _____

Respuesta a estímulos: _____

Otros: _____

Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

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

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

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

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

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

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

Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

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

¿Tiene creencias religiosas que limiten sus hábitos higiénicos? _____

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, de que tipo: _____

(Anotar su ubicación en el diagrama)

Otros: _____

Necesidad de evitar peligros:

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: _____

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

Otros: _____

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

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

Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____ Vive con: _____

Preocupaciones/estrés: _____ Familiares: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad estado: _____

Cuanto tiempo pasa solo: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo:

Habla claro: _____ Confuso: _____

Dificultad en la visión: _____ Audición: _____

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

Otros: _____

Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

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

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____

¿Permite el contacto físico? _____

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

Otros: _____

Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuánto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿Está satisfecho con su trabajo? _____ ¿Su remuneración le permite

cubrir sus necesidades básicas y las de su familiar? _____

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

Objetivo:

Estado emocional/calmando/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/
eufórico _____

Otros: _____

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

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

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación: _____

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿Rechaza las actividades recreativas? _____

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

Otros: _____

Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____

Preferencias: leer/escribir: _____

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

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo? _____

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

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional/ansiedad/dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____