



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

A través del Modelo Conceptual de Virginia Henderson dirigido a una mujer
adulta
con alteración de sus necesidades

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

Felicitas Ávila Torres

No cuenta: 076662056

ASESORA

Angelina Rivera M

L.E.O. Angelina Rivera Montiel



Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
SERVICIOS ESCOLARES

Marzo del 2005

m343708



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Abrídmeme las puertas del triunfo,
Y entraré para dar gracias al Señor,
Los vencedores entran por ella,
Porque me escuchaste y fuiste en mi auxilio
Y por permitirme soñar y realizar
Cada uno de mis proyectos.

GRACIAS SEÑOR

A mis padres, a mi hija Diana, mis hijos:
Abraham, Moisés J, Oswaldo y mi esposo
Que siempre fueron y serán mi fortaleza,
Por los bellos momentos que compartimos
Y por ser mi familia.

GRACIAS

A la familia Sánchez Romero,
A mis amistades, y sobre todo a la
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTERICIA DE
LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO.

GRACIAS

INDICE

| | |
|--|-----|
| INTRODUCCION | |
| JUSTIFICACION | |
| 1. OBJETIVOS..... | 1 |
| 11. MARCO TEORICO | |
| 2.1. Enfermería: concepto..... | 2 |
| 2.1.2. Antecedentes históricos de la enfermería..... | 7 |
| 2.1.3. Metaparadigma..... | 14 |
| 2.2. Proceso Atención de Enfermería: antecedentes..... | 17 |
| 2.2.3. Etapas del Proceso Atención de Enfermería..... | 20 |
| a) Valoración..... | 20 |
| b) Diagnóstico de Enfermería..... | 23 |
| c) Planeación..... | 26 |
| d) Ejecución..... | 30 |
| e) Evaluación..... | 32 |
| 2.3. Modelo Conceptual de Virginia Henderson..... | 34 |
| 2.3.1. Antecedentes..... | 34 |
| 2.3.2. Conceptos básicos..... | 38 |
| 2.3.3. Necesidades básicas..... | 43 |
| 2.4. Características físicas y emocionales del adulto: valoración..... | 44 |
| 111. METODOLOGÍA | |
| 3.1. Descripción de la Metodología..... | 50 |
| 3.2. Valoración: presentación de instrumentos de valoración..... | 54 |
| 3.3. Análisis del caso..... | 79 |
| Anecdotario..... | 80 |
| Planes de cuidados..... | 81 |
| 1IV. CONCLUSIONES..... | 99 |
| V. BIBLIOGRAFIA..... | 101 |
| ANEXOS..... | 103 |

INTRODUCCION

La enfermería es una disciplina dirigida al cuidado profesional del cliente como ser social sano o enfermo, cuyo propósito es ayudarlo a que reconozca y desarrolle sus capacidades humanas .

Estos cuidados se llevarán a cabo por medio del Proceso de Atención de Enfermería, como sistema de planificación en la ejecución de los cuidados con base en un pensamiento crítico, como guía para la identificación y valoración de necesidades de la persona, para ordenarlas jerárquicamente planear estrategias en favor de su salud, aplicar los cuidados necesarios y evaluarlos posteriormente con el fin de replantear nuevas acciones que favorezcan a mantener y conservar lo mejor posible la salud del cliente.

En consecuencia el estudio tendrá un eje metodológico y uno conceptual, el primero será el Proceso de Atención de Enfermería y el segundo será el modelo conceptual de Virginia Henderson, el cual se encuentra enfocado a satisfacer las 14 necesidades inherentes al ser humano y su paradigma; persona, salud, entorno y cuidado, que lo pueden mantener en forma dependiente o independiente, del cuidado profesional de enfermería y este será dirigido a un adulto .

El trabajo estará integrado por 3 capítulos, en el primero se describirán los Objetivos que se pretenden alcanzar, el segundo capítulo estará dirigido al Marco Teórico que sustentará el Estudio de Caso, en el tercer capítulo se abordará la Metodología del Proceso de Atención de Enfermería el cual se guiará por los aspectos conceptuales de Virginia Henderson .

JUSTIFICACION

El presente estudio de caso fue propuesto como una opción para la titulación pero, por otro lado también pretende ayudar al cliente a mantener o recuperar su independencia (su salud).

Para tal efecto se utilizó la metodología del Proceso de Atención de Enfermería, lo cual garantiza la individualización ya que se encuentra sustentado en un proceso reflexivo, en conocimientos científicos y humanísticos .

La guía conceptual que es considerada para orientar la práctica propuesta por Virginia Henderson, lo cual permite vincular teoría – práctica.

1.- OBJETIVOS

1.1.- *Objetivo General* ;

1.1.1 .-Ayudar al cliente a recuperar su independencia .

1.2.- *Objetivos Específicos* :

1.2.1 .-A través de la valoración identificar las causas o problemas de la pérdida de la independencia.

1.2.2.- Con base en los Diagnósticos de Enfermería realizados, planear las intervenciones que ayuden al cliente a satisfacer sus necesidades y en lo posible a recuperar su independencia .

1.2.3 .-Posterior a las intervenciones realizadas, evaluar los resultados para decidir nuevas intervenciones de enfermería, que ayuden a alcanzar su independencia .

II.- MARCO TEORICO

A continuación se presentará una propuesta de los contenidos que ayudarán a sustentar el estudio de caso, debido a que el contenido del mismo derivará de las necesidades y ayuda que se le preste al cliente.

2.1.- Enfermería, concepto:

Probablemente la enfermería ha venido practicándose desde los albores mismos de la especie humana, desde entonces ha cambiado mucho y continuará cambiando a medida que el conocimiento científico y los avances tecnológicos se incrementen, por la misma razón las definiciones de la enfermería han experimentado y seguirán experimentando cambios.¹

2.2.1.-Concepto de Enfermería:

Florence Nightingale (1820-1910) pensaba que la disciplina respondía a una vocación, "La actuación sobre el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación", según ella un ambiente limpio, ventilado y tranquilo era fundamental para recuperar la salud, considerada como la primera enfermera teórica, Nightingale elevó la enfermería al estatus de profesión, anteriormente se les consideraba expertas amas de llaves y no como personas dedicadas al cuidado de los pacientes.²

La definición que vino a enriquecer las ideas de Florence Nightingale en lo relativo a la promoción de la salud fue propuesta por Virginia Henderson en 1955 y modificada en 1966 y es la siguiente : *"La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo a la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que ésta realizarla sin ayuda, si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento*

¹ WOLF.L. Fundamentos de Enfermería, Italia México, 4ta. Edición 1992.

² KOZIER.B. Conceptos ,Procesos y Práctica, Interamericana Mg.Graw Hill, 4ta. Edición 1993

necesario, y hacer esto de tal forma que la ayude a ser independiente lo antes posible".³

La definición más reciente de la enfermería propuesta en 1980 por la ANA (American Nurses Association). "La enfermera es el diagnóstico y tratamiento de las manifestaciones humanas ante los problemas reales o potenciales de salud".⁴

Colliere dice: que las personas que obtienen un título a su vez logran un status a través de la formación académica para ejercer una actividad, puesto que una profesión se funda inicialmente alrededor de una creencia e ideología enfocada a regular el orden social. La principal actividad de enfermería es el "cuidar", que es un acto de vida; el objetivo de permitir que la vida continúe y se desarrolle es luchar contra la muerte. ("Asegurar la continuidad de la vida y la especie").

Pero por otro lado y de manera tradicional, Enfermería se define como; arte y ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifica metas comunes para realizar y mantener la salud, es arte porque requiere que la enfermera perciba la necesidad de la persona, en el momento oportuno y pueda rápidamente entender y actuar, y ciencia porque incorpora el conocimiento ganado a través de los métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir componentes del cuidado enfermero.

La definición más reciente de la enfermería, propuesta en 1980 por la ANA (American Nurses Association): "La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de la manifestaciones humanas ante los problemas reales o potenciales de la salud".⁵

³ MARINER.F. Modelos y Teorías de la Enfermería. Ed. Harcourt Brace. ed. 4ta. Madrid España 1999.

⁴ Wolf, Fundamentos de Enfermería.

⁵ Kozier. Enfermería Fundamental. 4ta, Edición. Ed. Interamericana Mg.Graw Hill 1993

A finales del siglo XX unos cuantos teóricos de la enfermería desarrollaron sus propios puntos de vista sobre ella, una **Enfermera Teórica** es una persona que busca definir sistemáticamente, principios básicos de enfermería práctica. Algunos temas son comunes a muchas de estas definiciones; que la enfermería es inquieta, adaptativa, individualizada, holística, conexiona la familia y la comunidad; que incluye la enseñanza y servicios directos/indirectos; y que es una ciencia así como un arte que tiene relación con la promoción de la salud, su mantenimiento, su restauración, y el cuidado del moribundo.

A continuación las definiciones de enfermería realizadas por importantes enfermeras teóricas.⁶

| <i>Autoras y sus teorías</i> | <i>Definición/Descripción</i> |
|--|--|
| Faye Abdellah (1960): 21 problemas de enfermería. | Servicio a los individuos y familias; además, a la sociedad. Un arte y una ciencia que moldean las actitudes, las competencias intelectuales, y las experiencias técnicas de la enfermera dentro del deseo de ayudar a las personas, sanas o enfermas, cubriendo sus necesidades de salud. Puede llevarse a cabo bajo la dirección médica general o específica. |
| Virginia Henderson (1960): 14 necesidades básicas | La única función de la enfermera: ayudar a los clientes sanos o enfermos, en el desarrollo de aquellas actividades que contribuyen a su salud, su recuperación, o la muerte tranquila, actividades que realizarían sin ayuda si tuviera la fuerza, el deseo o el conocimiento necesarios. Todo esto de manera que ayude a los clientes a recuperar su independencia lo más pronto posible. |
| Dorothy E. Jonson (1980): Teoría conductual | Una fuerza reguladora externa que preserve la organización e integración del comportamiento del cliente en un nivel óptimo, bajo aquellas condiciones en las que la conducta constituye una amenaza a la salud física o social, o en la que se encuentra la enfermedad |
| Imogene King (1971,1981): Teoría del logro de metas | Una profesión de apoyo que ayuda a los individuos y grupos sociales a obtener, mantener y restaurar la salud. Si esto no es posible las enfermeras ayudarán a los individuos a morir con dignidad, la enfermera percibe, piensa, relaciona, juzga y actúa frente a frente ante la conducta de aquellos individuos que implican una actuación sanitaria. Una situación en enfermería constituye el ambiente y la realidad espacial y temporal, en |

⁶ Kozier, Pag. 3

| | |
|--|---|
| Madeleine Leninger (1984): Teoría de atención transcultural | <p>la que la enfermera y el cliente establecen una relación para luchar por los estados de salud y ajustar cambios en las actividades de la vida diaria, si la situación la requiere.</p> <p>Un arte humanístico aprendido y una ciencia que se enfoca en los comportamientos personalizados (individuales o conjuntos), en las funciones y en los procesos dirigidos hacia la promoción y mantenimiento de la conducta para la salud o hacia la recuperación en la enfermedad. Los comportamientos tienen un significado físico, psicocultural y social para aquellos seres, asistidos generalmente por una enfermera profesional o una de similares competencias.</p> |
| Myra Levine (1973): 4 principios de conservación | <p>Una interacción humana; una disciplina arraigada en la dependencia orgánica del individuo en relación con otros seres humanos. Una subcultura que refleja las ideas y valores únicos para las enfermeras, incluso aunque los valores reflejen el modelo social que las ha creado.</p> |
| Bette Neuman (1982): Teoría sistemática | <p>Una profesión única que se preocupa por las variables que afectan a la responsabilidad de los individuos, que son intra, inter y extrapersonales por naturaleza. El interés de la enfermería es prevenir la tensión, o tras la tensión, proteger la estructura básica del cliente y obtener o mantener el nivel de bienestar máximo, la enfermera ayuda al cliente, a través de formas de prevención primarias, secundarias y terciarias, a adaptarse a la tensión ambiental y a mantener su estabilidad.</p> |
| Dorotea Orem (1985) Teoría de auto asistencia | <p>Un servicio de ayuda o asistencia a las personas que son total o parcialmente dependientes- niños, adolescentes y adultos- cuando ellos, sus padres, tutores u otros adultos responsables de su cuidado no son capaces de darles o supervisar esta atención.</p> <p>Un esfuerzo creativo de un ser humano para ayudar a otros seres humanos. La enfermería es una acción deliberada, una función de la inteligencia práctica de las enfermeras y una acción sobre la condición humana de las personas y el medio ambiente. Se distingue de otros servicios humanos y de otras formas de atención por centrarse en los seres humanos.</p> |
| Hildegard Peplau (1952) Enfermera psicodinámica | <p>Un proceso significativo, terapéutico, interpersonal, funciona conjuntamente con otros procesos humanos que posibilitan la salud de los individuos en la comunidad, un instrumento educativo, una fuerza que ayuda a empujar a las personas hacia la creatividad, construcción productiva, personalidad y la vida comunitaria.</p> |

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

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

Sor Callista Roy (1976,1984)
Teoría de la adaptación

Como disciplina práctica, que es el conjunto de conocimientos científicos de la enfermera, se emplea para ofrecer un servicio esencial a las personas y promover aquello que afecta positivamente a la salud.

La Canadian Nurses Association (CNA) publicó una definición en 1984 que se utiliza como modelo profesional por las enfermeras en Canadá.

"La enfermería o la práctica de la enfermería ", significa, la identificación y el tratamiento de las respuestas del ser humano a los problemas de salud actuales o potenciales e incluye la práctica y supervisión de funciones y servicios que, directa o indirectamente, en colaboración con un cliente o equipo de salud, aparte de las enfermeras, tiene como objetivos la promoción de la salud, prevención de las enfermedades, alivio del sufrimiento, restauración de la salud y el desarrollo óptimo del potencial de salud e incluye todos los aspectos del proceso de enfermería⁷.

⁷ Canadian Nurses" Association.(CNA) 1984, pag.8

2.1.2.- Antecedentes históricos de la enfermería.

Desde los primeros tiempos se reconoce la figura de la enfermera como la persona que proporciona ayuda al enfermo, a los niños y los recién nacidos. Antes de la era cristiana (año 1500 d.C.), eran las mujeres las encargadas de prestar atención al enfermo en el hogar. Mas tarde las órdenes monásticas se ocuparon de estas actividades integrándolas en sus actividades normales.

La primera orden de enfermería, las Hermanas Agustinas, se fundó en la edad media, esta fue probablemente la primera organización puramente sanitaria que se creó para el servicio público⁸.

La idea de explicar un punto de vista histórico a los orígenes de la "actividad del cuidar", porque supone que existe una serie de secuencias, cuyas raíces se pueden mostrar analizando las relaciones del hombre con su medio, para intentar cubrir sus necesidades básicas para perpetuar la especie⁹.

En el concepto de ayuda Paleolítico, existen algunas referencias que supone que su organización social, su comunicación, la protección contra el frío y sus alimentos, se llevaron a cabo grandes descubrimientos como el fuego, ya que influyó grandemente en la práctica del cuidado.

A las mujeres prehistóricas se les establece el rol social como cuidadoras en la economía, existía ya la diferencia de sexo, por la fecundidad, debían mantener el fuego, cuidar a la gestante en el parto, a los hijos y recolectaban vegetales, para satisfacer sus necesidades, según hallazgos relacionados con las figurillas femeninas (chamanas) que han sido descubiertas como representantes de la conservación de la especie .Hemos de mencionar que

⁸ Kozier. Pag. 5

⁹ Hernández.C.J.Historia de la Enfermería. Ed. Interamericana de España. Mg. Graw 1995

no existe solución de continuidad entre el periodo prehistórico y el histórico, puesto que la práctica del "cuidado", se inició en las primeras civilizaciones y se encuentran manifestadas por los "papiros" (primeras fuentes de información).

Estos textos se encuentran centrados en que los cuidados estaban relacionados por lo general por un mundo mágico – religioso, en ámbito privado y muy lejos del medio racional. Refieren los papiros de "los cuidados domésticos", eran actividades realizadas por los sirvientes (as) y esclavos(as) de la casa, que estaba organizada por el ama, se encargaban de la alimentación, higiene y administrar remedios básicos .

Según Colliere ; los cuidados egipcios provienen del "descubrimiento del cuerpo herido" . El papel de la mujer en la Grecia antigua se reduce al hogar, porque ésta no debía, ni podía iniciarse en el mundo de las artes, puesto que los cuidados de enfermería continuaban desempeñados por sirvientes y esclavos .

La enfermería estaba muy lejos de tomar cuerpo científico , faltaba un catalizador para su desarrollo . Y ya en la época cristiana se puede decir que son los incipientes inicios de la institucionalización de los cuidados de enfermería, puesto que eran efectuados por las religiosas, ya que se relacionaban estas actividades con los escritos bíblicos, ligados al cuidado de los pobres y basándose en el concepto de ayuda denominada vocacional –cristiano-caritativo .¹⁰

Es en esta época del cristianismo, donde la sociedad reconoce que la mujer como "enfermera consagrada" desempeña oficialmente las tareas de

¹⁰ Hernández P. 20

auxilio a los pobres, enfermos y desvalidos, desde la mayor igualdad y reconocimiento social que proporciona la filosofía cristiana¹¹.

En el imperio oriental ; es en ésta época cuando da inicio primitivamente la organización en enfermería, con las mujeres "Diaconesas" (grupo de viudas dedicadas al cuidado de enfermos) . Y la fundación del primer hospital gratuito por Fabiola, El Hospital de San Nicolás de Oviedo, fundado por Alfonso I, El Casto, El Hospital de San Justo, éstos hospitales funcionaban basándose en la caridad del prójimo .

La construcción de estos hospitales y clínicas, han mostrado indicios incluso del salario que percibían las enfermeras en el siglo IV en Constantinopla. Comparado con el salario del médico, ya que éste percibía 16 monedas de oro anual, el farmacéutico percibía 12 monedas, la enfermera recibía 14 monedas y hasta 10 monedas de oro anuales .

Así es como se adquirió la jerarquía para el cuidado de los enfermos y se les llamaba magíster, prior, minister, mestre o rector, estos debían tener características especiales como ; ser sanos/as y solteros/as, las novicias no tan jóvenes y no tan atractivas, edad inferior a 20 años, no mayores de 50 años y siempre actuar bajo estrictas órdenes médicas .

Ya que el médico disfrutaba de gran reputación y superioridad , puesto que el realizar trabajos manuales era considerado humillante, destacaban los barberos, boticarios y comadronas, que eran las encargadas de tratar a la mujer y su intimidad, puesto que era de alguna manera denigrante para el hombre el ocuparse de genitales femeninos.

A partir de la Reforma y a principios de 1517, el interés por la iglesia y la religión disminuyó en gran medida. Esta crisis provocó el llamado "**periodo**

¹¹ Hernández. P. 24

oscuro” de la enfermería. Los hospitales eran lugares oscuros y denigrantes. Mujeres descritas como amigas de la bebida, crueles e inmorales se ocupaban de la atención al enfermo.¹²

Sus labores eran realizar las tareas domésticas del hospital, lavar la ropa y hacer la limpieza y todo ello por escaso salario, no necesitaban ninguna formación especial para ejercer como “enfermera” y su jornada laboral era entre 12 y 40 horas consecutivas. Este periodo oscuro finalizó a mediados del siglo XIX, con la intervención de Florence Nightingale.¹³

Los cuidados de enfermería, durante aproximadamente 300 años, se mantuvo en una fase latente sin grandes cambios, esto generó un vacío institucional y falta de reconocimiento, es entonces cuando surge la necesidad de crear escuelas para preparar enfermeras como ejemplo se menciona. El Instituto de Hermanas Enfermeras para entrenamiento práctico en labores domésticas y el cuidado del enfermo. En el siglo XIX, y en los albores del siglo XX es el inicio de la consideración como disciplina y la profesionalización .

La “profesionalización” surge fuera del concepto caritativo y por lo tanto como una necesidad social, entonces podríamos denominar a la enfermería como “ profesionalización-caritativa-vocacional, es la triple concepción del cuidado enfermero .¹⁴

La Concepción Nightingale .

Florencia Nightingale fue formada en la escuela oficial para enfermeras en Alemania a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner, es digna de mencionar por haber sido la reformadora de la enfermería británica. Su experiencia le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos

¹² IBIDEM. P. 5

¹³ IBIDEM p. 5

¹⁴ IBIDEM p.119

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

Entre sus muchos logros destaca la fundación de la escuela de enfermería, el St. Thomas Hospital Londres, centro que desarrolló un programa de formación para enfermeras.

(WWW.terra.ws/personal/eac00002.htm)

Nogthingale es identificada como la primera teórica en enfermería, ya que siguió los principios relacionados con la limpieza, el aire fresco, los buenos alimentos, descanso, sueño y ejercicio, dirigidos al cuidado de los enfermos.

(Donahue, 1998)

Sentó las bases del ejercicio de enfermería por el año de 1840 y de ésta manera darle una identidad y una diferenciación importante con las actividades de los médicos, pero poco se pudo hacer ya que a través de la historia ha sido una lucha constante, puesto que el dominio médico, ha imperado desde entonces, subestimando la labor profesional de la enfermera desde el aspecto psicológico, ambiental, religioso, planificación y naturaleza de los cuidados del individuo.¹⁵

Por otro lado, por status de género, subordinado por el médico y la orientación centrada en la educación de las enfermeras por las propias enfermeras, en la Administración de Instituciones de Salud, prevención y fomento a la salud, orientación hospitalaria y extrahospitalaria, asimismo la remuneración económica por el servicio profesional .

¹⁵ Hernández . Pag. 139

Anterior a la Revolución Americana (1773-1783). En Norte América se creó la Nurse of Philadelphia, que ofrecía a las mujeres la instrucción mínima de obstetricia para capacitarlas y ayudar a las parturientas¹⁶.

La tendencia general desde la creación de las primeras organizaciones de enfermería en 1800 hasta el final de la 1era. Guerra Mundial fue la rápida expansión de hospitales y escuelas de enfermería, la formación para enfermeras exigía que fuese de tres años.

Al final de ese año se produjo una rápida reforma de los servicios de enfermería en Estados Unidos y Canadá, se pusieron en marcha escuelas de enfermería con planes y programas de formación adecuados. De ellas salieron las primeras líderes de la profesión.

A finales del siglo XIX, durante y después de la II Guerra Mundial y debido a los avances médicos y científicos que se realizaban en esa época, fue necesario capacitar a las enfermeras, en la práctica de: Enfermera Partera (para mejorar el cuidado materno-infantil) y la Enfermera Anestésista como parte de la creciente sofisticación de la cirugía, iniciando así la especialización en enfermería.

En 1920 se observó la necesidad de la enfermera educadora en Salud Pública y no solo en hospitales, dicho proyecto fue reforzada por la epidemia de gripe que azotó al país y la necesidad de la enseñanza de los principios sanitarios a los individuos, comunidades y familias. ¹⁷

¹⁶ Kozier. Pag. 6

¹⁷ Ibidem. P. 6

"Nuestro puesto se encuentra en las instituciones para enfermos, pero nunca prestaremos nuestro servicio completo a la sociedad hasta que nuestro puesto se encuentre también en la Universidad".¹⁸

La enfermería en el siglo XX, presenta un panorama de continuos cambios, siendo el más importante, la formación profesional en las Universidades, oportunidad para guiar verdaderamente el ejercicio profesional en busca del reconocimiento disciplinar, al servicio de la sociedad y una identidad clara y precisa para rescatar los valores únicos

Que la caracterizan para promover y /o preservar la vida.

Por otro lado la enseñanza hacia las enfermeras se ha basado en objeto de formación relacionados con la educación superior.

Durante 1939-1952, se desarrollaron programas de diplomados de diferentes tipos. En 1953-1964, fue reconocida la Licenciatura como nivel avanzado de la formación en enfermería.

De esta manera, el objetivo que persigue la fundación de las Asociaciones de Enfermeras es el de marcar nuevos modelos como base para el desarrollo profesional como las siguientes:

- El CIE (Consejo Internacional de Enfermeras).
- La ANA (American Nurses Association) que es una organización profesional en Estados Unidos
- La NANDA (North American Nursisng Diagnosis Association) cuyo objetivo es el desarrollo y perfeccionamiento del Diagnóstico de Enfermería y la formación de una taxonomía diagnóstica propia.
- La CNA (Canadian Nurses Association)

¹⁸Hernández. P. 148

Existen. otra asociaciones cuyo propósito principal es trabajar por una identidad profesional y el estudio de la naturaleza de enfermería y la posibilidad de acceso a las escuelas superiores de Licenciatura , Maestría y Doctorado , uno de los mayores retos en la historia de la enfermería.¹⁹

2.1.3.- Metaparadigma.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de Enfermería;

* Salud: Independencia, Dependencia .

Henderson no da una definición propia de salud, pero en sus escritos comparó la salud con la independencia. En la sexta edición de *The Principal and practice of Nursing*, citó diversas definiciones de salud de varias Fuentes, entre ellas la del estatuto de la OMSS, interpretaba la salud como la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Tal como lo declaró, "se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas cotas".²⁰

* Entorno : Factores Ambientales, Factores Socioculturales.

Tampoco en este caso dio Henderson una definición propia de entorno y según, el *Webster's New Collegiate Dictionary* en 196, lo define como; "el entorno es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo".

¹⁹ Hernandez. P. 141

²⁰ Mariner A. Modelos y Teorías de Enfermería. Editorial Harcourt Brace, Madrid España 1999.

* Persona ; Necesidades Básicas.

Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así, contempla al paciente y a su familia como una unidad .

* Rol Profesional:

Cuidados Básicos de Enfermería.

Relación con el equipo de salud.

Supuestos principales:

V. Henderson no citó directamente cuáles eran los supuestos más señalados que incluía en su teoría, de sus publicaciones se han extraído los siguientes supuestos,²¹

Enfermería:

Una enfermera tiene como única función:

- Ayudar a individuos sanos y enfermos.
- Actúa como miembro de un equipo médico.
- Trabaja al margen del médico, pero apoya su plan, si existe un médico encargado (Henderson subrayó que la enfermera, por ejemplo, una comadrona puede trabajar de forma independiente y debe hacerlo así, si es la persona sanitaria mejor preparada en la situación), la enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiere .
- Debe tener nociones de Biología y Sociología.
- Puede valorar las necesidades humanas básicas.

²¹Mariner. pp. 103

Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería .

Persona:

Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.

El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar .

El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.

El paciente y su familia constituyen una unidad.

Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería .

Salud:

La salud es la calidad de vida.

Es fundamental para el funcionamiento humano.

Requiere independencia e interdependencia.

Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios .

Entorno

Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir dicha capacidad.

Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad, deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas, deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento .

Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.

Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos .²²

²² Mariner, P. 103

2.2.- *Proceso de Atención de Enfermería*

2.2.1.- Concepto;

El Proceso de Atención de Enfermería, es una serie de pasos sistematizados y sucesivos con base en el conocimiento científico, que relacionados entre sí, servirán de guía en la consecución de los objetivos en beneficio del individuo holístico.

La ciencia de la Enfermería se basa en un amplio sistema de teorías y en la aplicación del método científico, el cual permite a las enfermeras proporcionar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El proceso de Atención Enfermería (P.A.E) es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas, exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar.

2.2.2.- *Antecedentes históricos.*

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955) el cual lo describió por primera vez como un proceso distinto, Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases que contenía elementos rudimentarios del proceso de 5 fases actual (valoración, planeación y ejecución), Yura y Walsh (1967), fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de 4 fases (valoración, planificación, ejecución y evaluación).

A mediados de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Murdinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976), establecieron los 5 actuales al añadir la etapa diagnóstica .²³

²³ ENEO, UNAM, El Proceso de Atención de Enfermería, Seminario Taller 2004

Y consta de 5 pasos que por razones metodológicos se describen por separado y son: Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planificación Ejecución y Evaluación .

Yura Walsh (1988) afirma que "el proceso de atención enfermería" es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente y si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el proceso de atención de enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente.

El objetivo principal del proceso de enfermería es construir una estructura que pueda cubrir, las necesidades reales y potenciales y así establecer planes de cuidados individuales del paciente, la familia y la comunidad para actuar, cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Para que se lleve a cabo el desarrollo del PAE; se requiere de una interacción entre el personal enfermero y el cliente, además con capacidad técnica, intelectual, y de relación.

Las ventajas del PAE, eleva el desarrollo profesional de enfermería, y el cliente garantiza cuidados de calidad profesionales, ya que participa en su propio cuidado, recibe continuidad y mejora en la calidad de atención. Para la enfermera, ella se convierte en experta, le satisface su trabajo y obtiene crecimiento profesional.

Las características del PAE ; tiene una finalidad y se dirige a un objetivo, es sistemático : implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo. En dinámico porque responde a cambios continuos, interactivo, relación con la familia, comunidad y otros profesionales, es flexible , es

2.2.3.- Etapas del Proceso de Atención de Enfermería:

a) Valoración

Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en reunir toda la información necesaria para determinar el estado de salud del paciente, mediante una historia de enfermería que conciernen a la persona, familia y entorno, son la base para las decisiones posteriores.

Las enfermeras(os) deben tomar en cuenta que para una valoración adecuada deben contar con una serie de requisitos como son; las convicciones, conocimientos y habilidades del profesional, para comunicarse, observar y diferenciar el tipo de cuidados que necesita el cliente.

Es primordial seguir un orden y utilizar criterios de valoración, los cuales pueden ser los siguientes:

* "céfalo – caudal" (cabeza a pies): siguiendo un orden de cabeza hasta extremidades y posteriormente dejando al final la espalda,

* "aparatos y sistemas": se valora aspecto general y las constantes vitales, comenzando por las partes más afectadas.

Otro criterio de valoración es por "patrones funcionales de salud", situaciones de riesgo del cliente.

Se buscarán datos sobre los problemas de salud detectados, se analizarán para determinar los cuidados de salud necesarios al cliente.

10

Para la recolección de datos se necesitan conocimientos de Anatomía, Fisiología, habilidades técnicas, toma de decisiones, capacidad técnica, sentido común, flexibilidad etc²⁵.

²⁵ PAE. Seminario Taller, P. 35

Los datos que se recolectarán serán de tipo objetivo los cuales serán medibles, y subjetivo lo percibido por el cliente y estos no son medibles, como son datos históricos, antecedentes pasados que refiere el cliente acerca del estado de salud anteriormente y los datos sobre el problema de salud actual.

Existe una serie de métodos para obtener la información del cliente, como son los siguientes:

1.- *Entrevista clínica*: es un modelo de comunicación que se inicia con un propósito y contenido específico, esta se dará de manera informal por medio de la conversación en el transcurso de los cuidados, la entrevista clínica tiene como finalidad, Obtener información, analizar dicha información y facilitar la relación enfermera-paciente.

En el momento de la entrevista, el entrevistador debe contar con ciertas características para obtener datos precisos como son; empatía (interiorizar la situación emocional del cliente), calidez (proximidad afectiva entre la persona y el entrevistador), respeto (reconocimiento como persona, darle el valor que merece) y concreción para delimitar objetivos mutuos.²⁶

2.- *La observación*; es el primer encuentro con la persona , se utiliza sentido crítico de dicha persona y su entorno , consiste en obtener información a través de los cinco órganos de los sentidos, es una técnica consciente e intencionada , la cual se desarrolla a través del encuentro de un enfoque organizado.²⁷

3.- *Técnicas de valoración física*:

* *Inspección* ; es el uso de la visión, audición y olfato para detectar las características normales o signos físicos importantes en las regiones corporales o en su función.

²⁶ Potter A. GUÍA CLINICA DE ENFERMERÍA, 3era. Edición, 1995.Mosby/Doyna Libros

²⁷ Potter, Pp. 60

* *Palpación*: es la utilización del tacto para valorar la estructura corporal y hacer determinaciones sensitivas de signos físicos específicos.

* *Percusión*: consiste en golpear la superficie corporal con uno o varios dedos para producir vibraciones que se desplazan a través de los tejidos corporales.

* *Auscultación*: consiste en escuchar los sonidos creados en los órganos del cuerpo, con el oído cerca de la región o con ayuda de estetoscopio, para detectar las variaciones de la normalidad.

Posteriormente se realizará la validación de los datos consiste en analizar si la información es verdadera, para poder llegar a la organización de los datos, estos datos se agruparán para ordenarlos en base a necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987) y con base en categorías .

Los componentes básicos de la valoración son:

*Datos de identificación

*Datos culturales y económicos

*Historia de salud: diagnósticos médicos, problemas de salud, resultados de pruebas diagnósticas y tratamientos prescritos.

*Valoración física: patrones funcionales de salud.

El registro de la valoración deberá contar con características muy específicas ya que constituye un sistema de comunicación entre profesionales de salud, permite la calidad del cuidado, es un indicador para evaluar la gestión de enfermería, como prueba de carácter legal, promueve la investigación y la formación de pregrado y postgrado .

Está regida por normas (Iyer 1989) establece lo siguiente: que esté escrita con claridad, sin opiniones personales ni prejuicios, los datos interpretativos se apoyan en datos concretos, no utilizar las palabras, "normal" o "regular", las anotaciones deben ser claras y precisas, letra legible y sin errores de ortografía.

B) Diagnóstico de Enfermería

El Diagnóstico de Enfermería es el proceso de agrupar, clasificar, ordenar, relacionar y analizar la información para la elaboración de juicios y la toma de decisiones.

Ya sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente, se refiere al momento actual, se debe tomar en cuenta que un diagnóstico de enfermería, no es sinónimo de uno médico.²⁸

Las funciones de enfermería tiene tres dimensiones; dependiente, interdependiente e independiente.

a) La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera; se refiere a la responsabilidad del médico y el tratamiento es aplicado por la enfermera.

b) La dimensión interdependiente de la enfermera: se refiere a aquellos problemas en cuyo tratamiento, intervienen otras enfermeras y otros profesionales de la salud en conjunto de tipo colaborativo o interdependiente.

c) La dimensión independiente de la enfermera, son las acciones que realiza y que se reconocen legalmente, no requiere de supervisión directa de otros profesionales, son los **Diagnósticos de Enfermería**²⁹.

El Diagnóstico de Enfermería consta de los siguientes pasos:

1.- Identificación del problema: se analizan y sintetizan los datos significativos para eliminar o confirmar las alternativas como hipótesis.

2.- La formulación del problema: se elabora el diagnóstico de enfermería y se detectan los problemas independientes.

Con lo referente a los componentes de las Categorías Diagnósticas aceptadas por la NANDA. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993,

²⁸ ENEO.UNAM El Proceso de Enfermería. Seminario Taller

²⁹ Ibidem 51

elaboró un documento en el que especificaba la importancia de una taxonomía diagnóstica de enfermería.

De estos componentes para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas, cada una de estas tiene cuatro componentes:

- 1.- Etiqueta descriptiva o título: descripción del problema (real o potencial).
- 2.- Definición: significado claro, preciso y diferente de todas las demás.
- 3.- Características definitorias: cada diagnóstico se define específicamente.
- 4.- Las características de los diagnósticos reales, son los signos y síntomas que se presentan en un 80-100% de los casos, otros signos y síntomas secundarios se presentan en un 50-79% de los casos.

Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: factores fisiopatológicos (biológicos y psicológicos): shock, anorexia nerviosa. Factores de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc).³⁰

Factores de medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc. Personales, como encontrarnos en un proceso de muerte, divorcio, etc. y de Maduración, paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

Tipos de diagnósticos:

Los diagnósticos de enfermería pueden ser de cuatro tipos; Reales, de Alto Riesgo (potenciales), de Bienestar o Posibles.

* El término "Real" consta de 3 partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos y síntomas(S), estos últimos son los que validan el diagnóstico.

³⁰ ENEO, UNAM Seminario Taller P. 55

* "Alto Riesgo": es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación similar, consta de 2 componentes, formato PE: problema (P)+ etiología/factores contribuyentes (E).

* Posible: descripción de un problema sospechado, el cual se confirma o excluye, consta de dos componentes, formato PE: problema (P)+ etiología/factores contribuyentes (E).

* De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel de bienestar hacia un nivel más elevado de salud.

Criterios a seguir para elaborar un diagnóstico de enfermería.

* Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando el enlace, "relacionado con", posterior al problema y después de la etiología, utilizar el término, "manifestado por" y por último identificar los signos y síntomas que se están presentando.³¹

* La primera parte del diagnóstico se refiere a la persona y no actividades de enfermería.

* Redactar adecuadamente y desde el punto de vista legal.

* No emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos, que se hayan recogido y validado con el usuario.

* Enunciar los diagnósticos sin cambiar el orden establecido y no llevar a un enunciado confuso.

* No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.

* Tampoco formular como si fuera diagnóstico médico o con características de problemas médicos.

* No rebautizar un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.

* Evitar exponer dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.³²

³¹ ENEO, UNAM Seminario Taller pp. 52

³² Ibidem p. 56

C) *Etapas de Planeación*

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería que conduzcan al cliente a prevenir, reducir, o eliminar los problemas detectados. Involucra la toma de decisiones de las acciones de ayuda al sujeto, evaluación de riesgo-beneficio, establecimiento de objetivos y de criterios de evaluación y prever las consecuencias potenciales de las mismas, e incluye 4 etapas:

Etapas del Plan de cuidados

**Establecer prioridades en los cuidados.* Seleccionar y ordenar jerárquicamente todos los problemas y/o necesidades detectadas.

**Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados ;* esto es determinar los criterios de resultados, en función del cliente, la familia y los profesionales de enfermería, fijándose metas y permite evaluar la evolución del usuario. Tener en cuenta los recursos disponibles, el sistema de apoyo es la familia, motivaciones, conocimientos, capacidades etc. Deben fijarse a corto y largo plazo.

**Elaboración de las actuaciones de enfermería :* se determinan los objetivos de enfermería (criterios de proceso), acciones que deben llevarse a la práctica en función de los objetivos, se deben registrar por escrito y especificar qué hay que hacer, cuando, como, donde y a quién hay que hacerlo, tener en cuenta el tipo de diagnóstico (real, potencial, de alto riesgo o posible).³³

**Documentación y registro;* establece las necesidades prioritarias del cliente, bajo la concepción holística-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972).

Se debe hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud, enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aun no se han asumido.

³³ ENEO,UNAM, Proceso de Enfermería. P.60

Las partes que componen los planes de cuidados son; Diagnóstico de Enfermería, Objetivos del cliente a corto y largo plazo (criterios de resultados), Actividades de Enfermería y Evaluación.

Planteamiento de los objetivos: una vez que se jerarquizan los problemas, se definirán los objetivos con respecto a cada problema, teniendo en cuenta que los

objetivos nos servirán para:

- Dirigir los cuidados
- Identificar los resultados esperados
- Medir la eficacia de las actuaciones

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultados

Las normas para la descripción de los objetivos son:

* Tener verbos observables y que puedan medirse; por ejemplo, manifiesta, realiza, identifica, disminución de.

* Cada objetivo se deriva de un solo diagnóstico de enfermería

* Ser específicos en contenido y tiempo

* Describir los objetivos en forma de resultados o logros para alcanzar, y no como acciones de enfermería.

* Elaborar objetivos cortos y que sean posibles.³⁴

Objetivos de Enfermería:

"La identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad" (Brunner y Suddart).

Dichos objetivos se describen en al tiempo; a corto, mediano y largo plazo.

³⁴ CARPENITO. L. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA, INTERAMERICANA McGRAW-HILL 1983, 554 p.

Los objetivos del cliente/paciente: describir los objetivos anticipándose a los resultados y los cambios esperados posteriores a los cuidados de enfermería, como tratamiento de los problemas detectados, es decir lo que se espera que haga el cliente, como conductas esperadas.

Dichos objetivos deben ser alcanzables, medibles y específicos en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificaciones (quién, cómo, cuándo, dónde, etc. Ej. El cliente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Actuaciones de Enfermería: son las intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados, de las cuales existen los siguientes tipos de actividades de enfermería, Iyer(1989).

1. *Dependientes:* actividades relacionadas con poner en práctica indicaciones médicas.
2. *Interdependientes:* actividades que la enfermera lleva a cabo junto con otros miembros del equipo de salud, por ejemplo asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos etc.
3. *Independientes:* actividades de enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica, son actividades que no requieren la indicación previa del médico.

Las actuaciones de enfermería tienen las siguientes características, según Iyer(1989):

- Deben ser coherentes con el plan de cuidados.
- Basados en principios científicos.
- Individualizar cada situación en concreto con cada paciente.
- Proporcionarán un medio seguro y terapéutico.
- Serán acompañados de un componente de enseñanza-aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.³⁵

³⁵ El Proceso de Enfermería. P.62

Desde el punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano, es decir en la Promoción de la salud, Prevenir las enfermedades, Restablecer la salud, Rehabilitación y Acompañamiento de los estados agónicos.

Por lo descrito en la etapa de planeación digamos que, las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

El plan de cuidados de enfermería: "Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello". (Griffith-Kenney y Christensen 1986).

Los cuidados de calidad se realizarán mediante, cuidados individualizados, la continuidad de los mismos, comunicación y evaluación (Bower 1982).

Los planes de cuidados deben ser actualizados, eliminado los que ya hayan sido resueltos e incorporando los que se vayan presentado, estos deben contar con los siguientes componentes:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo(criterios de resultado)
- Actividades de enfermería.
- Fundamentación científica
- Evaluación

D) Etapa de Ejecución::

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es aquí cuando realmente se pone en práctica los planes de cuidados que se ha elaborado, comprende las **HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS** necesarios para la ejecución de los cuidados, las enfermeras no solo deben poseer dichas habilidades, sino que deben valorarlas, enseñarlas y evaluarlas en el personal de enfermería a su cargo

La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras.

- * Continuar con la recolección de datos
- * Realizar las actividades de enfermería
- * Anotar los cuidados de enfermería, existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas al problema.
- *Mantener el plan de cuidados actualizado

Habilidades primarias y conocimientos necesarios para el proceso de enfermería.

| Conocimientos teóricos | Técnicas de Comunicación | Habilidad Técnica | Uso Terapéutico de sí mismo |
|---------------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------------|
| Científicos | Entrevista | Organización | Objetivos |
| Investigación en Enfermería | Expresión Mutua | Uso de equipo | Experiencias pasadas |
| Fisiopatológicos | | | |
| Sistema Psicosocial | Escritura | Conocimientos de | |
| Sistema cultural- Espiritual | No verbal Escuchar | *técnica *seguridad | Escala de valores y limitaciones |
| Sistema familiar | | *medicamentos | |
| Farmacología | | *asepsia | |
| Nutrición | | | |

Habilidades secundarias y conocimientos necesarios para cada componente

| Valoración | Identificación del Problema | Planificación | Ejecución | Evaluación |
|--|--|---|--|---|
| Capacidad para ; *Diferenciar Signos e Interferencias *Observar de Manera sistemática *Realizar una Valoración física De enfermería *Identificar Patrones *Confirmar impresiones ³⁶ | Capacidad para: *Diferenciar los diagnósticos de enfermería de los problemas clínicos *Identificar y examinar alternativas *Reconocer patrones *Denominar en forma correcta los patrones. | Capacidad para *Identificar objetivos *Identificar actuaciones *Escribir órdenes de enfermería Técnicas de administración | Técnicas de enseñanza Técnicas de administración Teoría de cambio | Conocimiento de: Criterios de proceso Criterios de resultados |

³⁶ CARPENITO. P 46

E) Etapa de Evaluación:

La evaluación, componente final del proceso de enfermería y consta de 3 actividades a realizar:

- Establecer criterios para observar y medir
- Valorar la respuesta actual en busca de evidencia
- Comparar la respuesta actual con los criterios establecidos

La evaluación en los servicios de cuidado de salud abarca programas de control de calidad de acuerdo a estándares, cuidaos y auditorias de enfermería, cada enfermera evalúa frecuentemente, las acciones de enfermería/cliente, retroalimentado cada etapa del proceso de enfermería.

El sistema de evaluación de cuidados debe continuarse de acuerdo con la situación del cliente; ej. para realizar cuidados generales los planes de cuidados se deben revisar cada 3 días, y en un servicio de rehabilitación cada 2 o 4 semanas, con base en el tiempo de estancia del cliente y el plan de cuidados, se determina lo siguiente;

Con base al problema detectado se evalúa:

- *¿Existe aún riesgo potencial de que se desarrolle?
- *¿Necesita añadir un nuevo problema?

Con lo que respecta a los objetivos:

- *¿Han sido resueltos?
- *¿Reflejan el enfoque actual de los cuidados (enfermera, cliente)

Las acciones de enfermería que se llevaros a cabo:

- *¿Son específicas para el problema?
- *¿Son aceptables para el cliente?

Al revisar el problema y las actuaciones, la enfermera anotará una de las siguientes decisiones en la columna de evaluación según la resolución del mismo.

**Continuar:* el problema aun existe y el plan continúa como está. **Revisado:* el problema aun existe, pero las órdenes de enfermería requieren de revisión (escribir dichas revisiones)

**Eliminado:* un problema que se clasificó como posible, fue eliminado.

**Resuelto:* se resolvió el problema, se suspende el plan de cuidados³⁷

La evaluación de los cuidados de enfermería es un proceso para medir el progreso del cliente hacia el objetivo, la lista de problemas se examina para programar acciones prescritas, se valoran y se adecuan de acuerdo al cliente así mismo se valora la aceptación del cuidado.

Elementos que deben ser evaluados en cada componente del proceso de enfermería.

Valoración:

- Exactitud
- Totalidad
- Confirmación
- Calidad
- Etiología exacta
- Confirmación
- Alternativas

Identificación del problema

- *En el cambio de actuación de la enfermería.
- *Claramente establecido
- *Denominación exacta

Planificación

- Criterios de resultados
 - Posibles
 - Medibles
 - Específicos
- Ordenes de enfermería
 - Claras
 - Específicas para cada individuo
- Alternativas
- Confirmación

Ejecución

- * Respuesta del cliente
- * Respuesta del personal
- * Logros obtenidos
- * Alternativas
- * Exactitud/seguridad
- * Confirmación
- * Idoneidad de los cuidados administrados

³⁷ Cardenito P. 47,48

2.3.- Modelo conceptual de Virginia Henderson.

Para la enseñanza en enfermería era necesario, encontrar un modelo que fuera práctico, útil en el medio y por supuesto flexible ante modificaciones de la práctica clínica, la respuesta a esa búsqueda fue dada por el Modelo de Virginia Henderson, la cual sustenta su teoría en las necesidades básicas del ser humano.

2.3.1.- Antecedentes.

Virginia Avenel Henderson (1897-1996); enfermera norteamericana, nació en Kansas City Missouri, pasó su infancia y adolescencia en Virginia, ya que su padre era abogado en Washington.

Durante la primera guerra mundial, Henderson desarrolló su interés por la enfermería y en 1918 ingresó a Army School of Nursing de Washington D.C., se graduó en 1921, aceptando el puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inició su actividad como profesora de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. 5 años más tarde ingresó en el Teacher's College de la Universidad de Columbia, en 1929 Henderson trabaja como supervisora de enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York y en 1930 regresa al Teacher's College como miembro de la facultad, impartiendo cursos sobre el proceso analítico en enfermería y sobre el ejercicio profesional hasta 1948.³⁸

Henderson tiene en su haber una larga trayectoria como autora e investigadora, reescribió la cuarta edición de la obra de Bertha Harmer, *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, siendo publicada esta edición en 1939. La quinta edición

³⁸ MARRINER. A. MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA. Ed. Har court brace. Madrid España, cuarta edición 1999.

de este libro de texto se publicó en 1955 y contenía la definición de Henderson sobre la enfermería.

Desde 1959 a 1971 dirigió el Nursing Studies Index Project, patrocinado por Yale. El Nursing Studies Index fue elaborado en 4 volúmenes comentados que ordenaban la literatura, biográfica, analítica e histórica sobre la enfermería desde 1900 a 1959, su folleto(Basic Principles of Nursing Care), fue publicado en 1960, siendo traducido a más de 20 idiomas, su libro(The Nature of Nursing) se publicó en 1966 y en el se describía el concepto de la función única y primaria de la enfermería.

La sexta edición del The Principles and Practice of Nursing, publicada en 1978, fue elaborada en conjunto con Gladys Nite, siendo editada por Henderson, este libro fue tomado como referencia para los planes de estudio de muchas escuelas de enfermería, y se tradujo a más de 25 idiomas.Su influencia y los logros conseguidos en la profesión de enfermería le han aportado múltiples reconocimientos³⁹.

Consiguió títulos de Maestría en Enfermería, vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora , se dio a conocer en nuestra patria en los años 60 al revisar el libro de Bertha Harper, se publicó en español con el nombre de Tratado de Enfermería Teórica y Práctica y sirvió como libro de consulta de las escuelas de enfermería.

Este es sólo un ejemplo de una serie de trabajos que realizó a lo largo de su vida profesional, puesto que en los 80, fue asociada emérita de investigación en Yale, se le otorgaron más de 9 títulos doctorados honoríficos⁴⁰.

También obtuvo el primer premio Christiane Reimann, recibió el premio Mary Adelaine Nutting de la National League for Nursing de los E.U y fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, recibió una mención

³⁹ IBIDEM, P.100

⁴⁰ IBIDEM. P.101

especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad en la enfermería a lo largo de toda su vida.

Fuentes teóricas: Henderson publicó por primera vez su definición de enfermería en la revisión de 1955 de *The Principles and Practice of Nursing*, de Harper y Henderson y hubo 3 factores decisivos que la llevaron a compilar su propia definición y son los siguientes:

*La revisión de el *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, como fuente de inspiración para aclarar la función enfermera.

*La participación como miembro del comité de la conferencia regional del *National Nursing Council* en 1946.

*El interés por los resultados de 5 años de investigación de la asociación ANA sobre la función de la enfermera⁴¹.

Henderson calificaba a su trabajo más de definición que de teoría, ya que las teorías no estaban en boga en aquellos tiempos, describió su interpretación de la enfermería como una "síntesis de muchas influencias", algunas positivas y otras negativas.

*Annie W. Goodrich decana de la *Army School of Nursing*, donde Henderson recibió su formación básica de enfermería y sirvió de inspiración, quien recuerda que cada vez que visitaba nuestra unidad, nos animaba a mirar más allá de las técnicas y tareas rutinarias, también se refiere a Goodrich cuando dice, "Mi descontento inicial con la atención al paciente, excesivamente reglamentada en la que yo participaba y el concepto de enfermería como mera labor auxiliar de la medicina".

*Carolina Stackpole: era profesora de Fisiología, cuando Henderson era una estudiante graduada. Le transmitió la importancia de mantener un equilibrio fisiológico.

⁴¹ IBIDEM.P. 101

*Jean Broadhurst: era profesora de microbiología, destacó la importancia de la higiene y de la asepsia que impactaron a Henderson.

*El Dr. Edward Thorndike, psicólogo que dirigía trabajos de investigación sobre las necesidades fundamentales de los seres vivos. Henderson reconoce que la enfermedad es mas que un estado patológico y que en los hospitales no se atienden las necesidades más importantes.

*Del Dr. George Deaver; Henderson observó que la meta de la rehabilitación en el instituto for the Crippled and Disabled era la reconstrucción de la independencia del paciente.

*Bertha Harmer; una enfermera canadiense, fue la autora original del Texbook of the Principles and Practice of Nursing, que Henderson revisó, ella nunca conoció a Harper pero las similitudes entre sus respectivas definiciones de la enfermería son evidentes.⁴²

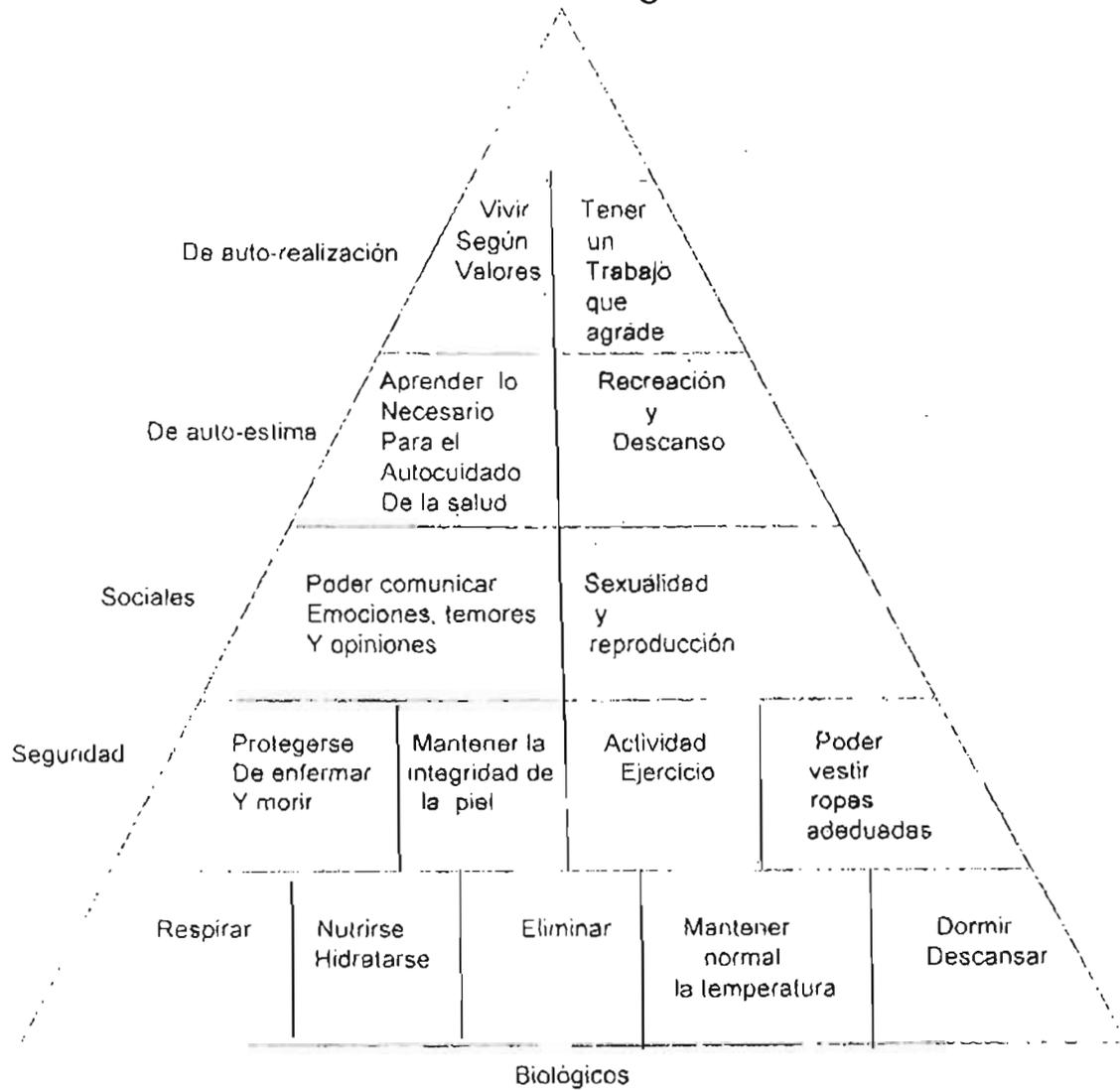
La definición de Harper de 1922 comienza así: La enfermería se basa en las necesidades de la humanidad.

*Ida Orlando: Henderson considera que Orlando influye en su concepto de la realización enfermera-paciente y dice: "Ida Orlando (Pelletier) me ha hecho comprender con que facilidad la enfermera puede actuar basándose en una idea equívoca de la necesidades del paciente si no comprueba su interpretación de las mismas con el.

Se observa una correlación con la jerarquía de necesidades confeccionada por Abraham Maslow, sin citar a Maslow como influencia directa, Henderson describió su teoría de la motivación humana en la sexta edición de Principles and Practice of Nursing Care de 1978.

⁴² IBIDEM. P.101

Modelo Jerárquico con los niveles de Maslow y las necesidades de Virginia Henderson



En nuestro país, cada vez más enfermeras utilizan su modelo conceptual, basada en las 14 necesidades básicas como marco de referencia en el proceso de atención de enfermería.

Henderson murió a los 98 años, su definición de enfermería es reconocida internacionalmente y su trabajo continúa ejerciendo influencia en la práctica, educación e investigación. Henderson significó en el siglo XX, lo que Nightingale en el siglo XIX⁴³.

2.3.2.- *Conceptos básicos.*

Para Henderson era motivo de preocupación que en aquella época, no existía una definición de las actividades propias de la enfermera, ya que desde que era estudiante se preguntaba, ¿que hacían las enfermeras que otro profesional de la salud, no podía realizar?, puesto que en esa época existían modelos de enseñanza estrictamente medicalizados, y esto realmente le creaba insatisfacción, por la falta de una identidad, tampoco la literatura definía de una manera clara éste concepto, todas estos motivos la llevaron a desarrollar su trabajo que posteriormente fue considerado como el modelo de cuidados de Virginia Henderson.

Ella ve realizadas sus ideas en 1956 y las publica en el libro "*The Nature of Nursing*", en el cual define la función propia de la enfermera de la siguiente manera :

a) *Enfermería:*

“La única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la

⁴³ Fernández. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, Estudio de Casos, Marco Conceptual V. Henderson, Taxonomía NANDA, Ed. Masson-Salvat. Enfermería 1993.

salud, a su recuperación o una muerte serena, actividades que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible".⁴⁴

A partir de esta definición se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo Henderson.

b) Independencia:

Es la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus Necesidades Básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

c) Dependencia:

Puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes, para lograr la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben considerarse, igual que los de independencia, de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales).

d) Factores de dificultad:

Cuando el ser humano trata de satisfacer sus necesidades, éste encuentra algunos obstáculos los cuales le impiden responder a ellas en forma

⁴⁴ IBIDEM.P. 3

autónoma y son las llamadas fuentes de dificultad o causas de la dependencia, constituyen los factores etiológicos responsables del problema de salud y se conceptualiza de la siguiente manera:

*"Cualquier impedimento mayor en la satisfacción de una o de varias necesidades fundamentales"*⁴⁵

Estas fuentes de dificultad pueden ser causadas por:

*De orden físico; por insuficiencia, desequilibrio o sobrecarga.

*De orden psicológico; relacionadas con la inteligencia, el pensamiento y el estado de conciencia, con los sentimientos, el estrés, la ansiedad, las etapas de crecimiento o adaptación a la enfermedad, las situaciones de crisis. *De orden sociológico; ligada a las dimensiones de relación, cultural, económico y medioambiental.

*Con repercusiones espirituales; relacionadas con las interrogantes trascendentales, con conflictos de valores, con determinadas limitaciones en la práctica religiosa etc.

*Ligadas a la insuficiencia de conocimientos; por falta de conocimientos de sí mismo y de los otros, de la salud y de la enfermedad, del medio físico y social.⁴⁶

La intervención de enfermería se debe centrar directamente en la fuente de dificultad, así como en la manifestación de dependencia provocada por ella, con sentido crítico.

Actuar directamente sobre la causa o fuente de dificultad, sin embargo no siempre es posible, existen limitaciones para la enfermera por lo irreversible de ciertas dificultades del cliente, que implican por ejemplo un déficit visual o intelectual, y por otro lado debemos pensar en la imposibilidad de solucionar

⁴⁵ IBIDEM. P.10

⁴⁶ UNAM ENEO. Antología, EL PROCESO DE ENFERMERÍA .SEMINARIO TALLER

determinados problemas, por ejemplo, un problema socioeconómico, en estas circunstancias, la "cuidadora", evidentemente no puede actuar más que en el problema de dependencia.

e) *Causas de dificultad;*

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades y Henderson las agrupa en tres posibilidades.

- *Falta de fuerza;* interpretamos por fuerza , no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinada por el estado emocional, estado de funciones psíquicas, capacidad intelectual etc.
- *Falta de conocimientos;* en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (auto conocimiento) , sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- *Falta de voluntad;* entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

La presencia de estas 3 causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos que deben valorarse para planear las intervenciones, y el tipo de actuación (suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia⁴⁷.

⁴⁷ Fernandez, P. 6

APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

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

1.- En las ETAPAS DE VALORACIÓN Y DIAGNOSTICO, sirve de guía en la recolección de datos y el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina lo siguiente:

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

2.- En las ETAPAS DE PLANIFICACION Y EJECUCION, sirve para la formulación de los objetivos de independencia en base a las causas de la dificultades detectadas, en la elección del modelo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería dirigidas al individuo, y si es posible, en su propio cuidado. Esto significa de qué manera interviene la enfermera con criterios que guíen la etapa de ejecución.

3.- Finalmente, en la etapa de EVALUACION, el Modelo Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la implementación del plan de cuidados, ya que según la autora, *nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades*⁴⁸.

⁴⁸ Fernandez P. 10

2.3.3.- Necesidades básicas:

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera y a partir de ella, Henderson elaboró un concepto preciso del individuo o persona a quién van dirigidos los cuidados, como un ser holístico y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad, para su desarrollo y crecimiento y son las siguientes:

- 1°.- Respirar con normalidad.
- 2°.- Comer y beber adecuadamente.
- 3°.- Eliminar desechos del organismo.
- 4°.- Movimientos y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5°.- Descansar y dormir.
- 6°.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7°.- Mantener la temperatura corporal.
- 8°.- Mantener la higiene corporal.
- 9°.- Evitar los peligros del entorno
- 10°.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11°.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12°.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13°.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14°.- Estudiar , descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud .

2.4.- Características físicas y emocionales del adulto (Valoración)

Con fines de desarrollo del presente Proceso de Atención de Enfermería, es por ello que fue elegida una mujer adulta de 41 años de edad, cuyas características serán descritas a continuación, en cuanto a los aspectos de carácter femenino como el proceso lo requiere.

El periodo de la madurez incluye importantes transiciones en el ámbito del trabajo, del matrimonio, cría y educación de los hijos, particularmente adultos como la primera fuerza de trabajo. Se encuentran en un periodo de incremento de los recursos económicos, incremento en la responsabilidad y decisiones en el poder político.

2.4.1.- Conceptos básicos;

* Adultez: periodo de la vida entre la juventud y la vejez, es la fase más larga del ciclo vital.

*" Es uno de los secretos mejor guardados en nuestra sociedad".

*El hombre y la mujer pasan la mayor parte de su vida como adultos.

* Transición de madurez: periodo de evaluación de nuestra existencia frente a los primeros signos de envejecimiento. Según Levinson (proceso por el cual los adultos evalúan el pasado y formulan nuevas metas para el futuro).

* La madurez es la consecución de un estatus de edad.

* El ser madre valida el estatus y la identidad del adulto, ya que acoge a una de las normas de edad mas firmes.⁴⁹

⁴⁹ MAISTO.A Psicología. Ed. Pearson Educación México 2001, 10ª. Edición, 744 Pag.

Según Levinson, las etapas de la vida adulta son las siguientes:

Ingreso al mundo del adulto (22 -28)

Edad 30....transición (28 - 33)

Establecimiento e Independencia personal (33- 40)

Transición de la edad madura (40-45)

Edad madura (45-50)

Edad 50....transición y culminación de la madurez (50-60)

Transición de la vejez (60+)

2.4.2.- Características físicas y fisiológicas de la mujer adulta;

La piel empieza a cambiar en textura y color, se vuelve laxa sobre todo en párpados, rostro y cuello, aparecen las arrugas, el cabello cano, la acumulación de grasa abdominal es evidente de acuerdo con el número de embarazos, existen cambios metabólicos y hormonales, la sensación de que la juventud física se está alejando, incluso existen modificaciones en la marcha.

En los años de madurez en cuanto al funcionamiento orgánico, en el sistema reproductor femenino se llevan a cabo cambios significativos como son: la disminución en la secreción de estrógenos, hacia los años 45, aunque la edad exacta varía de una mujer a otra. Las glándulas mamarias, los tejidos genitales y el útero, comienzan a reducir su tamaño, los periodos menstruales se vuelven irregulares hasta que cesan por completo (menopausia), existen cambios o declinación sexual.⁵⁰

En cuanto al matrimonio, sueño de todas las mujeres, si éste llega a realizarse, con el tiempo la salud física y mental se va deteriorando por el hecho de tener una ocupación doméstica en hogar, con la llegada de los hijos y el incremento de las responsabilidades, situación cultural en desventaja ya que en el hogar los roles de género son diferentes a los hombres.

⁵⁰ IBIDEM Pp. 425

2.4.3.- Características cognitivas:

En cuanto al estado cognitivo, es en esta etapa que valora las energías positivas con las que cuenta, se encuentra vulnerable a los sentimientos (por acercarse a la menopausia), reevalúan la vida en función de los objetivos. Realizan un reencuentro con su vida laboral y profesional, así mismo la reestructuración con su pareja y la familia, tiene confianza en si misma y empuje en la vida.

El matrimonio y la maternidad siguen constituyendo el foco primordial de nuestras expectativas culturales, si bien en la actualidad ese estereotipo empieza a cambiar de forma significativa, conforme aumenta el número de mujeres que se incorporan al mundo del trabajo, a medida que se incrementa el índice de divorcios y conforme se acrecienta el número de parejas que renuncian a tener hijos, la idea de que la feminidad y éxito académico o profesional son nociones contrapuestas empieza a desmoronarse.⁵¹

Por todo esto es una etapa de gran productividad, en lo intelectual y artístico, son realistas, solucionan adecuadamente los problemas debido a la experiencia de años anteriores, adaptación a la ancianidad de los padres, adquiere firme sentido de identidad personal, pero por otro lado existe mayor peligro de presentarse los divorcios, es en esta etapa de la vida donde los adultos presentan un proceso de vida llamado;

"Crisis de Madurez" y se define como el tiempo en que la adulta descubre que no se siente satisfecha en su trabajo, ni en su vida personal e intenta hacer un cambio decisivo en su carrera o en el estilo de vida.

⁵¹ MASTERS.JOHNSON. La Sexualidad Humana.Ed. Grijalbo. Barcelona 1989

2.4.4.- Características emocionales;

Los adultos presentan sentimientos de generosidad, confiabilidad, son compasivos y productivos, en la mujer existen preocupaciones en cuanto a la capacidad sexual, presentan una liberación del yo interno (identidad) y capacidad para ser ellas mismas. En cuanto a los hijos conforme comienzan a tener independencia, abandonan el hogar y por lo consiguiente presentan el llamado "nido vacío" y esto les genera sensación de soledad. Gove (1979.pp. 39-40) menciona varios aspectos de roles de género y del matrimonio que propician la aparición de de trastornos orgánicos y psíquicos en las mujeres casadas y son los siguientes;

* Por lo general la mujer no tiene más compensación que el desempeño de su función de esposa y madre, en tanto que los hombres suelen asumir dos papeles gratificantes: de trabajador que gana el sustento y el de jefe de familia.

* Muchas mujeres se sienten frustradas al tener que educar a los hijos y atender a los quehaceres domésticos, y son también numerosas las que se sienten decepcionadas ante la poca o nula consideración que merece su papel de esposa y madre. El papel relativamente invisible y poco estructurado del ama de casa es un caldo de cultivo del tedio y la inquietud.

* Aun en el caso de que la mujer casada trabaje fuera del hogar, se espera por lo general que realice los quehaceres domésticos (lo que la pone en una situación de estrés superior a la del marido) y por norma goza de una menor consideración social.

*Refieren sentimientos de baja autoestima e incertidumbre, debido a la falta de control para dirigir a su familia, y cargar con dicha responsabilidad.

Valoran sus energías, y presenta un enfrentamiento con el dilema de la muerte.⁵²

2.4.5.- Valoración de la mujer en el puerperio tardío.

Conceptos básicos:

Puerperio tardío (4 a 42 días) concepto; el puerperio tardío es el tiempo que sigue al parto, es una época de ajuste desde un enfoque físico y psicológico que inicia al terminar el alumbramiento, y continua hasta 6 semanas o hasta que el cuerpo ha recuperado el estado previo a la gestación.

El periodo de parto se ve influido por los proceso de gestación, donde el organismo se ajusta a los cambios corporales gradualmente, pero en el parto y cesárea ocurren cambios físicos más acelerados que alteran y dan lugar, a cambios de imagen corporal aunados al nuevo pápel de adaptación, a la crianza del hijo y de las reacciones de todos los miembros.

En esta etapa del puerperio fisiológico o quirúrgico, por lo general la mujer se encuentra en un proceso de adaptación física y emocional (presenta la depresión pos parto o post-cesárea) por el cambio de vida, que la llegada de un nuevo miembro de la familia ha generado, en cuanto a la organización en el hogar, apoyada por la pareja (en caso de que exista) y de su familia.

La valoración debe realizarse de manera integral, ya sea por aparatos y sistemas o céfalo-caudal, en lo referente a los cambios locales que se presentan en el puerperio tardío en el aparato reproductor (útero, anexos y mamas), se describen a continuación:

El útero se encuentra en su peso normal de 60 a 80 gramos, por el proceso de involución, los loquios son de características sero sanguinolentos y

⁵² IBIDEM. P.325

blancos, y su tamaño es de 8x5x4, con un grosor de 1.5cm, se ubica en la región pélvica, se presentará la menstruación si no hay lactancia materna.⁵³ En los ovarios, después de los 40 días, reinicia el proceso de la ovulación, siempre y cuando no haya lactancia.

En cuanto a la vagina, debido a las características de tejido que posee (el epitelio vaginal es delgado y liso hasta que la función ovárica reinicie y aparezca la producción de estrógenos), esto es el caso de parto eutócico o cesárea.

Las mamas son productoras de leche materna; por la estimulación hormonal, las cuales se sostienen si la mujer amamanta a su hijo en forma continua, por estímulo de succión. En esta etapa de puerperio tardío, la leche materna se considera madura y la producción promedio es de 700 a 800ml en 24hrs⁵⁴.

Existirá lactancia exitosa, si se brindó a la mujer orientación y consejería en cuanto a la lactancia exclusiva, Por otro lado existen factores de riesgo que condicionan el abandono de la lactancia materna como son; mujeres que no han recibido las intervenciones profesionales de salud para valorar, planear, ejecutar y evaluar las alteraciones detectadas o alguna patología materna o del recién nacido que impida el amamantamiento.

Se valorará a la mujer de una manera íntegra, evaluando en todas sus dimensiones físicas, psicológicas y social-espiritual, para elaborar planes de cuidados y ayudarla a recuperar su independencia.⁵⁵

⁵³ UNAM, ENEO, Antología de Obstetricia I, julio 2003

⁵⁴ IBIDEM, P. 163

⁵⁵ ANTOLOGIA, Obstetricia opcl.p200,2001

III.-METODOLOGIA

Para la elaboración del presente estudio de caso se utilizó, la Metodología del Proceso de Atención de Enfermería, guiado por los aspectos conceptuales de Virginia Henderson.

Más adelante se presentará y describirá a una mujer adulta con alteración de sus necesidades.

3.1.- Descripción de la Metodología:

Para la realización del presente estudio de caso se identificó a una cliente adulta quien otorgó su consentimiento verbal para desarrollar dicho estudio, la cliente tiene su domicilio en una comunidad de clima húmedo, frío y lluvioso, localizada en Prolongación Monte de las Cruces No: 27 Colonia la Pila, Delegación Cuajimalpa, cerca de La Marqueza y el Desierto de los Leones.

El estudio de caso fue llevado a cabo en dicho domicilio, al cual se accede por medio de calles pavimentadas que permiten llegar con automóvil o transporte colectivo, es una casa habitación propia de concreto de 2 plantas, bien iluminada y tiene 10 habitaciones y 2 baños, cuenta con todos los servicios públicos y teléfono.

Ella vive con su familia, que consta de su pareja y su hijo, el cual es un Recién Nacido de 42 días de nacido, por lo general se encuentra sola, por tal motivo es auxiliada por sus hermanas y una sobrina para realizar labores del hogar y el cuidado del niño, y son ellas quienes forman su sistema de apoyo.

Es importante aclarar que el estudio de caso no ha sido centrado en la enfermedad de la cliente, sino en la persona y sus necesidades, particularmente en aquellas que se encuentran afectadas como bien lo señala Henderson, por las fuentes de dificultad; falta de fuerza, falta de conocimientos, y/o falta de voluntad.

Dichas necesidades pueden ser afectadas por las siguientes dimensiones: Biofisiológica, Psicológica, Sociológica y Cultural-espiritual.

Para tal efecto se solicitó el consentimiento informado de la cliente para el desarrollo del proceso como : visitas domiciliarias y comunicación telefónica o personal en caso necesario, ya que el cuidado profesional de enfermería representa implicaciones éticas y morales y que existen 4 aspectos principales que debemos tener en cuenta, los cuales se describen a continuación:

- 1.- Autonomía: el cliente tiene la capacidad de decidir su participación en el estudio y su tratamiento.
- 2.- Beneficencia; acciones en beneficio del cliente.
- 3.- No maleficencia; no dañar al cliente, por el contrario proporcionar ayuda
- 4.- Confidencialidad: datos confidenciales que no serán usados para otros fines.

En un primer momento se llevó a cabo la valoración, para la cual se utilizaron fuentes primarias y fuentes secundarias.

Las fuentes primarias son las emanadas del propio cliente y las secundarias son el expediente clínico, los familiares, literatura y anecdotario.

En cuanto a las técnicas utilizadas fueron las siguientes:

- La observación
- Entrevista
- Exploración física

Para el registro de la información, se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Cédula de Valoración de Necesidades
- Historia Clínica
- Anecdotario

Para el análisis de la información, se organizó y clasificó en, necesidades de acuerdo a las 14 señaladas por Virginia Henderson, en este caso (se presentan 7 necesidades valoradas a la cliente). Esto no significa que las demás carezcan de importancia, se desarrollan sólo estas por falta de tiempo y fines de titulación.

Para este análisis se consideran las fuentes de dificultad, utilizando un formato (cuadro de necesidades porque con base en esta reflexión, se integran los Diagnósticos de Enfermería y se tomarán las decisiones pertinentes, para planear las intervenciones).

Diagnóstico de Enfermería; considerando los problemas que afectan las necesidades, se estructuraron los diagnósticos, de acuerdo al formato PESS (problema, etiología, signos y síntomas) y a las etiquetas diagnósticas de la NANDA.

Estas se han tomado como base para los diagnósticos, porque están elaborados con base a las necesidades de la cliente.

Se siguieron las etapas del proceso de atención de enfermería que a continuación se describen:

a) Planeación: la planeación de las intervenciones se llevó a cabo con base a 3 conceptos.

-Cuidado independiente: acciones propias de enfermería, se toman decisiones en relación a su competencia.

-Cuidado dependiente: se refiere al tratamiento médico.

-Cuidado interdependiente: acciones con otros profesionales.

Para cada diagnóstico se estableció un objetivo, meta y criterios de evaluación, que a su vez fundamenta las intervenciones de enfermería que fueron llevadas a cabo.

La evaluación nos permitió obtener datos que ayudaron a conocer si se cumplió el objetivo, la meta y los criterios de evaluación y si no fue así, se planearán nuevas intervenciones para reiniciar la etapa de valoración.

3.2.- Valoración:

A continuación se presentan los instrumentos que se utilizaron en el proceso, para valoración de la cliente.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre; Concepción Edad. 41 años Peso: 59 Kg Talla: 1.48 m.
Fecha de nacimiento; 9 de Febrero 1963 . Sexo: Femenino Ocupación: Hogar
Escolaridad: Lic. en Contaduría Fecha de admisión _____ Hora: 18:00 a 20:00
Procedencia: Distrito Federal Fuente de información: Primaria(cliente)

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BASICAS DE:

Oxigenación, Nutrición e Hidratación, Eliminación y Termorregulación

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Subjetivo:

Disnea debido a: x Tos productiva seca: x Dolor asociado con la respiración; disnea, cuando se angustia. Fumador: no

Desde cuando fuma/cuántos cigarrillos al día varía la cantidad según su estado emocional: x

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: T, 36.4, p 88, FC. 78, T.A 110/90
Pulso perceptible y rítmico, buena intensidad, Presión arterial dentro de los niveles normales para ella, Frecuencia cardiaca rítmica y regular.

Tos productiva/seca: no Estado de conciencia: lenguaje fluido y articulado,
responde con rapidez con ideas lógicas, recuerda sucesos rápidamente, realiza
juicios y asocia experiencias con su nivel de inteligencia

Coloración de piel, lechos ungueales, peribucal: piel color marrón claro, lisa,
blanda y flexible, uñas transparentes lisas y convexas, discreto cloasma facial, en
axila e ingles, boca: labios rosados, faringe y encías, ausencia de lesiones.

Circulación del retorno venoso: 2"

Otros:

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo) : Desayuno: leche con nescafé, pan de dulce o torta de
jamón con queso. Comida: sopa, guisado y frijoles, Cena: leche, sándwich o fruta,
alterna con la carne, verduras , huevo, agua simple o de sabor y con alto
contenido en harinas blancas y carbohidratos. Número de comidas diarias: 2

Trastornos digestivos: estreñimiento crónico, pujo, tenesmo y dolor abdominal

Intolerancia alimentaria/alergias : ninguna.

Problemas de masticación y deglución: ninguno

Patrón de ejercicio: antes del embarazo, solo caminaba lo necesario en casa, en
el embarazo le indicaron reposo absoluto por haber sido de alto riesgo, posterior a
la cesárea continúa sin actividad.

Objetivo:

Turgencia de la piel: textura suave, hidratada,

Membranas, mucosas hidratadas/secas: hidratadas

Características de uñas/cabello: cabello bien implantado, distribuido
uniformemente, flexible, grueso y abundante . uñas sin alteraciones

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: firmeza en la marcha, refiere cefalea ocasional, en postura sentada presenta molestia y dolor en la región lumbosacra y ambas rodillas.

Aspecto de los dientes y encías: encías sin problema, Dientes; firmemente implantados, color marfil y brillantes, aseo bucal 2 veces al día, acude con frecuencia al Odontólogo.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: cicatriz abdominal infraumbilical de 40 días de evolución, bordes regulares y refiere dolor intenso tipo punzante a la palpación.

Otros: _____

3.- NECESIDADES DE ELIMINACION

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacuación: 1 vez c/tercer día, café formada . Menstruación: Menarca a los 11 años, cada 28 días, duración de 3 a 4 días acompañada de cólicos, sin llegar a incapacitarla.

Orina: amarilla concentrada, en número de 5 al día aproximadamente, sin presentar sintomatología renal.

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: negados

Uso de laxantes: Psilium Plántago en caso necesario. Hemorroides: negado

Dolor al defecar/menstruar/orinar: refiere pujo, rectorragia y dolor al defecar.

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: se retrasan las evacuaciones provocando estreñimiento.

Objetivo:

Abdomen características: distendido, dolor a la palpación y percusión en trayecto de colon descendente y masa palpable, molestia y dolor intenso en cicatriz de herida quirúrgica infraumbilical.

Ruidos intestinales: se encuentran disminuidos

Palpación de la vejiga urinaria: no presenta globo vesical .

Otros: Genitales externos; pubis y labios mayores presentan edema, salida de secreción vaginal, líquida transparente.

4.- NECESIDAD DE TERMOREGULACION

Subjetivo:

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: vive en clima frío y húmedo(La Marqueza), y se ha adaptado a él.

Ejercicio /tipo y frecuencia: no realiza ejercicios , lleva vida sedentaria.

Temperatura ambiental que le agrada: clima cálido

Objetivo:

Características de la piel: discreta palidez, sin patología aparente

Transpiración; no referida.

Condiciones del entorno físico: ambiente frío, húmedo y en ocasiones lluvioso y nublado, casa habitación amplia con pocos muebles (recién construida)

Otros: Generalmente permanece en casa para proteger a su hijo del cambio brusco de temperatura ambiente.

NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

5.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: realiza actividades del hogar como son: las labores propias de la casa (limpieza, elaboración de los alimentos etc.) y el cuidado de su hijo, con apoyo de familiares por dificultad de las molestias abdominales.

Actividades en el tiempo libre: rentar y ver películas en video casetera.

Hábitos de descanso: solo al acostarse.

Hábitos de trabajo: apoya ocasionalmente a su pareja en el comercio.

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético, sin deformidades óseas, articulares o musculares

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: fuerza: músculos firmes, con dureza a la palpación, dolor y tensión sobre todo en cuello y espalda, sin problema para flexionar, excepto en músculos de la rodilla, por presentar crepitación al movimiento.

Posturas: emplea técnica inadecuada cuando amamanta a su hijo por lo cual se incrementan las molestias musculares en cuello y espalda.

Necesidad de ayuda para la deambulaci3n: es independiente para moverse.

Dolor con el movimiento: cuando realiza movimiento abdominal, al incorporarse.

Presencia de temblores: no. Estado de conciencia: alerta y orientada en tiempo y espacio.

Estado emocional: expresa sentimientos de soledad, llanto, tristeza y duelo al recordar y hablar de las pérdidas en su vida, pero realizada como madre.

Otros: _____

6.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

Horario de descanso: solo al acostarse .Horario de sueño: 23:00 a 6:00 hrs. el cual se vuelve intranquilo . Horas de descanso: no descansa

Siesta: en algunas ocasiones vespertina. Ayudas: sus hermanas y una sobrina.

Insomnio: frecuentemente Debido a ; la inseguridad del bienestar de su hijo por que presente algún problema de salud durante la noche.

Descansado al levantarse: ocasionalmente.

Objetivo:

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje: se observa inquieta y realiza muchas preguntas acerca de las condiciones de su hijo, el lenguaje es fluido y entendible, comunicación adecuada.

Ojeras: si. Atención: totalmente. Bostezos: algunas veces. Concentración: se le observa atenta e interesada en la entrevista. Apatía: no.

Cefaleas: en algunas ocasiones.

Respuesta a estímulos; a la luz, al frío y alerta hacia la atención de su hijo.

Otros: temor a la soledad y preocupación por la inseguridad de no saber reaccionar ante una eventualidad en sus hijo.

7.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: antes del embarazo, gustaba de vestirse a la moda pero conservadora, selecciona sus prendas de vestir en momentos de buen estado de ánimo.

Su autoestima es determinada en su modo de vestir: ella se siente a gusto con ropa adecuada y de su talla, y el hecho de tener buena apariencia eleva su autoestima.

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: no

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: no

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: usa ropa conservadora y abrigadora

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: sin problema

Vestido incompleto: no Sucio: no Inadecuado: no

Otros: al realizar las visitas a su domicilio, la cliente por lo regular se encuentra muy limpia y arreglada.

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia del baño: diario con cambio de ropa

Momento preferido para el baño: matutino

Cuántas veces se lava los dientes al día: 3 veces

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

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: no, ninguna, considera que la higiene es primordial

Objetivo:

Aspecto general: limpia, aseada y bien peinada

Olor corporal: a limpieza. Halitosis: no

Estado de la piel cabelluda: cabello distribuido uniforme, flexible, brillante presenta caída de cabello posterior a la cesárea

Lesiones dérmicas Tipo: discreto cloasma en rostro (Diagnóstico médico: Dermatitis).

Otros: _____

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia; pareja e hijo

Como reacciona ante situación de urgencia: con miedo y angustia, busca ayuda con un sobrino quien la traslada a una unidad de salud

Conoce las medidas de prevención de accidentes: si

Hogar: medidas generales de precaución, instalaciones eléctricas y de gas en buen estado, manejo adecuado de objetos punzo-cortantes y flamables etc.

Trabajo: no trabaja fuera de casa

Realiza controles periódicos en salud recomendados en su persona: los lleva estrictamente.

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: con llanto, tristeza y culpabilidad, cree que no ha hecho lo suficiente para mejorar las situaciones adversas en su vida.

Objetivo:

Deformidades congénitas: ninguna

Condiciones del ambiente en su hogar: amplio, frío y húmedo

Trabajo: su meta es ejercer su profesión, trabajar como Contadora una vez que su hijo cuente con unos meses más de edad.

10.- NECESIDADES BASICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil; unión libre Años de relación: 13 Vive con: su pareja e hijo

Preocupaciones / estrés: el bienestar de su hijo, la ausencia frecuente de su pareja, soledad frecuente por las pérdidas personales y familiares.

Familiar: pareja, hermanas, y sobrina

Otras personas que le pueden ayudan: sobrino

Rol en estructura familiar: hermana

Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: si y también busca ayuda, cuando es necesario.

Cuanto tiempo pasa sola: la mayor parte del día, en la noche la acompaña su sobrina y su pareja solo la acompaña 2 días a la semana.

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: solo en ocasiones que acuden a visitar amigos, pero no es frecuente.

Objetivo:

Habla claro: se expresa adecuadamente Confusa: no

Dificultad. Visión: ninguna Audición: no

Comunicación verbal /no verbal con la familia / con otras personas significativas: solo las que se han mencionado anteriormente (hermanas)

Otros: al realizar las visitas domiciliarias, no tuve la oportunidad de conocer a su pareja por lo regular solo la acompañaba su sobrina, adolescente de 17 años, por otro lado al comentar acerca de sus pérdidas, sus hermanas padecieron pérdidas de sus hijos en accidentes.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Creencia religiosa: es católica, asiste a misas religiosas

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: ninguno

Principales valores en la familia: unión familiar, salud y estabilidad

Principales valores personales: autoestima, honestidad, responsabilidad, amor así misma.

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: en ocasiones, no siempre.

Objetivo:

Hábitos específicos de vestido. (grupo social religioso): viste de manera común

Permite el contacto físico: si le parece agradable y se siente segura.

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: posee imágenes de Jesús.

Otros: _____

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

Trabaja actualmente: no Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____

Esta satisfecho con su trabajo: _____ Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y /o las de su familia: su pareja es quien le proporciona lo necesario para vivir. Está satisfecho(a) con el rol familiar que juega: La cliente refiere que trabajará, para desarrollarse y ejercer su carrera de Contaduría, una vez que su hijo tenga mayor edad.

Objetivo:

Estado emocional. Calmado/ ansioso / enfadado/ retraído/ irritable/ inquieto

Temeroso/eufórico. Calmada pero triste, le agrada la compañía.

Otros: sentimientos de soledad y culpabilidad

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre. Ninguna

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: en sus ratos libres acompañaba a su pareja a su trabajo en la Central de Abastos, y no le interesaba o no le quedaba tiempo para actividades recreativas, dice "Me gustaría realizar alguna actividad pero no puedo".

Recursos en la comunidad para la recreación: no los conoce

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: en ninguna

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: no presenta alteraciones.

Órganos de los sentidos: sin alteraciones problemas

Estado emocional ansiedad, dolor: ansiedad constante

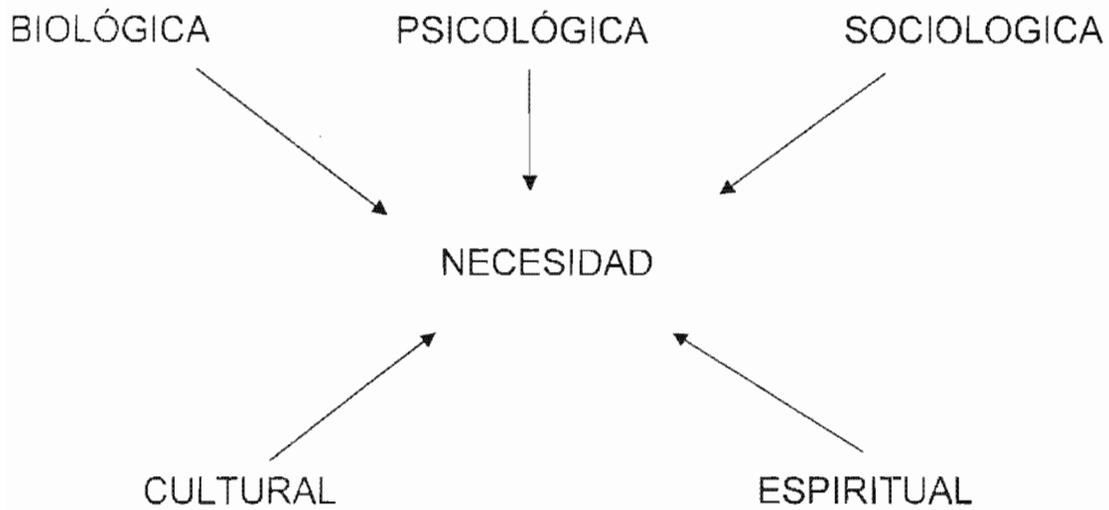
Memoria reciente: recuerda todas las experiencias sin problema

Memoria remota: recuerda sucesos desde que era niña, así como fechas importantes en su vida.

Otras manifestaciones:

DIMENSIONES

Dimensiones que pueden modificar la manifestación y satisfacción de cada una de las necesidades



Las necesidades fundamentales y los factores relacionados con las distintas dimensiones que pueden influir en su satisfacción

| NECESIDAD | DIMENSIONES | | | |
|---|---|--|--|---|
| Descripción | Biofisiológica | Psicológica | Sociológica | Cultural-Espiritual |
| 1.- Respiración | | | | |
| 2.- Alimentación e Hidratación. Ingestión, digestión y absorción de agua, electrolitos y nutrientes. | Concepción cuenta con 41 años de edad, de talla 1.48m, Peso 59 kg. Ha disminuido la cantidad en la ingesta de líquidos. Refiere molestias intestinales. | La distensión abdominal ha provocado el aumento de talla en su ropa y malestar al observarse en el espejo. | Consume alimentos con la familia, gusta de comer fuera de casa frecuentemente, ahora no es posible por el cuidado de su bebé. | |
| 3.-Eliminar Eliminación intestinal. Rechazo a sustancias nocivas en el organismo. | La cliente refiere padecer de problemas intestinales, antes del embarazo durante el mismo y posterior a la cesárea, el problema se agudizó, provocando distensión abdominal, dolor a la palpación, estreñimiento y rectorragia, además, la inactividad, falta de ejercicio y sedentarismo | Concepción refiere que evita la evacuación intestinal el mayor tiempo posible, porque teme el incremento de la sintomatología. | El embarazo representó para ella reposo absoluto durante el mismo por el diagnóstico médico(Incompetencia cervical) le resultaba penoso pedir a la familia ayuda para la evacuación. | Culturalmente su vida ha sido sedentaria e inactiva, por las circunstancias que se le han presentado. |

Continuación

| NECESIDAD | DIMENSIONES | | | |
|---|---|--|--|--|
| Descripción | Biofisiológica | Psicológica | Sociológica | Cultural - Espiritual |
| 4.- Moverse, conservar una buena postura(y mantener una circulación adecuada) | | | | |
| 5.-Vestirse y Desnudarse | | | | |
| 6.-Dormir y reposar(conservar un estado de bienestar aceptable | La cliente se encuentra en la 6ta. Semana post cesárea, molestias tardías y como madre proporciona cuidados a su hijo que tiene importantes necesidades de salud. | La cliente manifiesta estrés, cansancio, irritabilidad, ansiedad, sueño interrumpido y sensación de no haber descansado. | Existe la presencia de factores externos estresantes que afectan a la familia, es este caso el nacimiento del su hijo. | La cliente refiere que su descanso y sueño. Por lo general es perturbador, se despierta en las noches con frecuencia, desde el inicio de su embarazo de muy alto riesgo. |
| 7.- Mantener la temperatura corporal en los límites normales. | | | | |
| 8.- Estar limpio aseado y proteger sus tegumentos y faneras | | | | |

Continuación

| NECESIDAD | DIMENSIONES | | | |
|---|--|--|---|--|
| Descripción | Biofisiológica | Psicológica | Sociológica | Cultural - Espiritual |
| <p>9.-Evitar los peligros.</p> <p>Protección contra las agresiones internas y externas, con el fin de mantener su integridad física y mental.</p> | <p>La cliente se encuentra en un desequilibrio debido a un cambio en el estilo de vida y un proceso recuperación anatómico-fisiológico posterior a una cesárea (40 días).</p> <p>Presenta cambios en su integridad corporal, propios de la mujer lactante, refiere aun molestias y dolor en abdomen, en cicatriz de herida quirúrgica y región lumbar.</p> | <p>Declara estar preocupada por la falta de conocimientos para poder realizar acciones en relación a las técnicas dirigidas al cuidado de su hijo, y la conservación de su salud, puesto que es inexperta por ser el primero y único hijo.</p> | <p>Refiere sentimientos de soledad, ya que su pareja por su trabajo solo la acompaña 2 veces por semana, la han apoyado sus hermanas y una sobrina, que han sido su soporte de ayuda.</p> <p>En caso de presentarse alguna urgencia en casa relacionado con ella y su hijo, cuenta con el apoyo de un sobrino que la traslada al servicio de salud más próximo.</p> <p>El clima que prevalece en su entorno es de temperaturas bajas y lluviosas.</p> | <p>La cliente deseó por 13 años un embarazo, que por su patología uterina no era posible, ya que con cada embarazo se presentaba el aborto (4), al grado de presentar embarazos psicológicos, esto le ocasionó sentimientos de desesperanza y frustración, 2 días Posteriores al 4to. Legrado, falleció su padre de Cáncer Terminal, quien estaba a su cuidado, vivió una etapa de culpa, la cual no ha sido resuelta.</p> <p>Cuando sin esperarlo se presentó el 5to. embarazo cuyos cuidados de alto riesgo lograron que el bebé</p> |

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| | | | | <p>llegara a término el cual, fue extraído por medio de operación cesárea.</p> <p>Es por lo anterior que ella refiere miedo y ansiedad por la conservación de la salud, seguridad y vida de su hijo.</p> |
| <p>10.-Comunicarse con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad)</p> <p>*Establecer lazos con los otros seres próximos y con las personas de su entorno.</p> | <p>*Unas horas posterior al nacimiento de su hijo, la cliente inició la lactancia materna sin problema aparente, al paso de una semana, el recién nacido presentó ictericia con niveles altos de bilirrubina sérica y evacuaciones diarreicas, motivo por el cual fue suspendida la alimentación al seno materno.</p> | <p>*Por el historial de 4 pérdidas anteriores, la cliente por fin en un 5to. Embarazo se realiza como madre, pero sus expectativas de alimentar a su hijo al seno materno, no fueron posibles y esto ocasiona en Concepción sentimientos de tristeza y frustración, una pérdida más.</p> | <p>*La promoción a la lactancia materna favorece a elevar la calidad de vida de nuestros hijos, es por ello y por naturaleza que todas las mujeres como madres deben amamantar a sus hijos pero, para mi cliente esta condición de mujer tuvo que ser cambiada por la alimentación artificial y salud de su hijo.</p> | <p>*Para Concepción el rol de mujer y como madre, fueron modificados por la condición de su hijo y para ella rompe con los esquemas de la procreación por no poder realizarse como las demás mujeres que si han amamantado a sus hijos.</p> |

Continuación

| NECESIDAD | DIMENSIONES | | | |
|--|---|--|---|---|
| Descripción | Biofisiológica | Psicológica | Sociológica | Cultural -espiritual |
| <p>11.- Practicar su religión, actuar de acuerdo con sus creencias y valores.</p> <p>*Actualización de los propios valores</p> | | | | |
| <p>12.- Preocuparse de su propia realización y en conservar su propia estima</p> | <p>*Unas horas posteriores al nacimiento de su hijo, la cliente inició la lactancia materna sin problema aparente, al pase de una semana, el recién nacido presentó ictericia con niveles altos de bilirrubina sérica y evacuaciones diarreicas, motivo por el cual fue suspendida la alimentación al seno materno.</p> | <p>*Por el historial de 4 pérdidas anteriores, la cliente por en un 5to. Embarazo se realiza como madre, pero sus expectativas de alimentar a su hijo al seno materno, no fueron posibles y esto ocasiona en la cliente sentimientos de tristeza y frustración, por una pérdida más.</p> | <p>*La promoción a la lactancia materna favorece a elevar la calidad de vida de nuestros hijos, es por ello y por naturaleza que todas las mujeres deben amamantar a sus hijos pero, para mi cliente esta condición de mujer tuvo que ser cambiada por la alimentación artificial y por razones de salud de su hijo</p> | <p>*Para la cliente los roles de mujer y madre, fueron modificados por su condición y la de su hijo y rompe con todos los esquemas de la procreación y maternidad por que no fue como muchas mujeres que si han amamantado a sus hijos.</p> |

Continuación

| NECESIDAD | DIMENSIONES | | | |
|--|--|---|--|--|
| Descripción | Biofisiológica | Psicológica | Sociológica | Cultural- Espiritual |
| <p>13.- Recrearse</p> <p>Necesidad de actividades de esparcimiento.</p> | <p>*La cliente presenta problemas abdominales, molestias en región lumbar, miembros inferiores y cansancio físico.</p> | <p>*Frecuentemente se encuentra sola y no tiene tiempo de realizar actividades recreativas, las labores domésticas y como cuidadora le absorbe todo el tiempo, solo renta películas una vez por semana.</p> | <p>*Por el clima que prevalece en su entorno lluvioso y frío, evita salir de su domicilio, para proteger al niño de cambios bruscos de temperatura y por lo consiguiente ocasionar enfermedades.</p> | <p>*Considera que si el niño enfermara, ella será la única responsable por falta de cuidado.</p> |
| <p>14.- Aprender</p> <p>Adquirir conocimientos, recibir información.</p> | | | | |

Valoración Diagnóstica de Enfermería:

1.- Datos de identificación: Concepción, 41 años de edad, Femenina, **Nacionalidad Mexicana. Religión: Católica, Originaria del D.F.** Fecha de nacimiento: 9 de febrero de 1963, Estado Civil: Unión Libre. Escolaridad: Lic. en Contaduría (sin ejercer). Ocupación: Hogar.

2.- Perfil de la Cliente:

*Ambiente Físico: vivienda propia, adecuada iluminación y ventilación, construida de concreto, cuenta con 10 habitaciones y 2 baños, mascotas no. Servicios sanitarios: agua intradomiciliaria, drenaje, camión recolector de basura cada tercer día.

*Vías de comunicación: pavimentación, carretera, colectivos, taxi, carro particular y teléfono.

*Recursos para la salud: cuenta con un Centro de Salud y un Hospital Materno Infantil de los Servicios de Salud del DF en la comunidad y acude también a médico particular.

*Hábitos Higiénico-Dietéticos: Aseo: baño diario con cambio de ropa, lavado de manos: antes de comer y después de ir al baño, Aseo bucal: 2 veces al día.

*Alimentación: Consume carne 5 x 7, Verduras: 4 x 7, Frutas: diario, Leguminosas: 3 x 7. Pastas, Huevo, Leche, Tortillas y Pan lo consume diario, Agua: de 1 a 2 litros en 24 horas.

*Eliminación: Intestinal: cada tercer día. Vesical: de 4 a 5 micciones en 24 hrs.

*Composición Familiar: pareja de 48 años de edad, se dedica al comercio y sobrina de 26 años, se dedica al hogar.

*Dinámica Familiar: por lo general permanecen en casa, ocasionalmente realizan actividades fuera del hogar.

*Dinámica social: solo convive con sus hermanas y sobrinos en eventos importantes, pero se considera alegre y tranquila.

*Antecedentes personales no patológicos: Grupo y Rh. O+, tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías negadas.

*Antecedentes personales patológicos: ninguno.

*Antecedentes quirúrgicos: amigdalectomía a los 7 años, transfusionales y traumáticos ninguno.

*Antecedentes heredo familiares; Padre fallecido por C.A prostático.

*Antecedentes Gineco-obstétricos: G-5, P-0, A-4, C-1. Menarca, Telarca y Pubarca, a los 11 años, Ciclos 30 x 4, dismenorreica, un solo compañero sexual, no circuncidado, utilizó DIU durante 6 meses, Papanicolao cada año, durante el embarazo cursó con estrecha vigilancia prenatal, fue internada durante 3 ocasiones por amenaza de aborto, se realiza cerclaje a las 17 semanas de gestación, retirándose a las 38 semanas de gestación, presentó IVU e Infección genital, tratándose con Ampicilina 500 Mg, óvulos de Icaden y Nizoral por 8 días. Se obtuvo un R.N. Masculino, APGAR 8-9, Peso de 3260kg.

Valoración céfalo-caudal: posterior a la entrevista de la cliente, se solicita su colaboración para la exploración física, obteniéndose los siguientes datos:

Concepción es de estatura baja, complexión delgada, color de piel marrón clara, discreto cloasma facial, hidratada, conjuntivas normocrómicas, labios rosados. Cabeza: se mantiene derecha, cráneo redondeado, orejas de igual tamaño, situadas al mismo nivel. Nariz simétrica con la cara, fosas ovales sin secreciones. Cuello, disposición normal, sin masas ni asimetría.

Tórax y Pulmones: contorno de tórax simétrico, se expande y relaja (f.c 88, respiratoria 22), ruidos respiratorios y cardiacos normales.

Mamas: simétricas, periformes, no retracciones, ni desviaciones, pezón formado erecto, presenta secreción láctea, a la palpación dureza en algunos cuadrantes y refiere dolor al amamantar.

Abdomen: distendido, doloroso a la palpación y disminución de ruidos peristálticos, cicatriz infraumbilical con bordes regulares, el dolor se intensifica refiriéndolo como punzante.

Genitales externos: el pubis y labios mayores presentan edema, exploración vaginal diferida, la cliente refiere salida de secreción vaginal líquida transparente.

Extremidades inferiores: venas no visibles, color de la piel, el mismo, ausencia de dolor.

Región lumbar: columna recta, sin desviación lateral.

En el aspecto emocional: antes del embarazo, comenta que sentía una gran soledad y vacío por el hecho de su incapacidad reproductiva, la ausencia frecuente de su pareja y las pérdidas anteriores en su vida, problema que le generaba retrasos menstruales, y por lo consiguiente embarazos psicológicos, y por lo tanto realizaba los quehaceres domésticos frecuentemente de manera obsesiva.

Problemas detectados:

- a) Distensión y dolor abdominal
- b) Sentimientos de soledad y tristeza
- c) Pérdidas en su vida (Duelos no resueltos)
- d) Sedentarismo e inactividad
- c) Cambio de estilo de vida con en nacimiento de su hijo

Los problemas detectados se describirán en los planes de cuidados, con base en el Proceso de Atención de Enfermería.

3.3.- ANALISIS DEL CASO

A continuación se presenta el Análisis del Caso, Los Diagnósticos y Planes de Atención realizados.

De acuerdo con el Modelo Virginia Henderson, un cliente requiere del rol de enfermería cuando este presenta dependencia; a través del análisis de los datos obtenidos en la Valoración, se concluye que la cliente (Concepción) en lo general presenta una dependencia parcial y que las causas de dificultad identificadas fueron; Falta de Conocimiento y Falta de Fuerza.

Dichas causas de dificultad, fueron afectadas por las diferentes fuentes de dificultad en sus dimensiones; Biofisiológicas, Psicológicas, Sociales, Cultural y Espiritual, por lo dicho anteriormente, la cliente es capaz de realizar algunas actividades por si sola y en otras requiere de ayuda y acompañamiento.

De las 14 necesidades que propone Henderson se valoraron 7 y para fines de este trabajo se presentan 5, puesto que cada una implica elaborar de 1 a 3 Diagnósticos de Enfermería y a su vez cada uno de los Diagnósticos de Enfermería requiere de un plan de cuidados, esto representa análisis detallado de cada una de las necesidades.

Esto no significa que las demás necesidades del cliente no sean importantes, puesto que estaría negando la vida, pero que para que fines académicos, y trámites de titulación tomaría un tiempo considerable para que el mensaje se desarrolle por escrito.

La cliente que fue elegida para desarrollar este Proceso de Atención de Enfermería, se encuentra afectada de varias necesidades, las cuales se continúa en una constante retroalimentación de las etapas del proceso.

Identificando necesidades, planteando objetivos, elaborando diagnósticos evaluando etc. para que ella logre su independencia lo mejor y más rápido posible de esta manera, que disfrute de su hijo a cada momento , para que sea una mujer plena y satisfecha con lo que la vida le ha otorgado en estos momentos.

ANECDOTARIO

Fecha: 20 de agosto del 2004

Primera visita de identificación, presentación y recolección de datos con la cliente, se percibe un ambiente de colaboración y simpatía, sólo se encuentra ella en casa.

Fecha: 6 Septiembre del 2004

En la segunda visita vespertina que le realizaba a la cliente, en la casa se encontraba , una de sus hermanas, salía de prisa, le comenté que como percibía a Concepción, ella comentó que la percibía triste y desmejorada a pesar de que tenía a su hijo con ella, comenta, "Yo le proporciono ayuda frecuentemente pero de día, de noche no me es posible porque tengo mi familia y me necesita, pero se queda mi sobrina con ella," y se retiró rápidamente.

Fecha: 12 de septiembre del 2004

En la última visita que le realicé a Concepción, no tuve oportunidad de conocer a su pareja, ya que no coincidimos en los días que el se encontraba en casa, Concepción pasa la mayor parte del tiempo sola, la acompaña y apoya su sobrina

PLANES DE CUIDADOS

1.- PLAN DE CUIDADOS

Fecha: septiembre 2004

Nombre; Concepción; La cual se considera *Parcialmente dependiente* necesita un Rol de Enfermería de apoyo y acompañamiento por la *falta de conocimiento*.

Necesidad afectada: Eliminación Intestinal, en su Dimensión, Biofisiológica

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA;

*Alteración de la eliminación intestinal, relacionado con mal funcionamiento crónico y vida sedentaria, manifestado por estreñimiento, distensión abdominal, dolor a la palpación y masa palpable en colon descendente y rectorragia.

| Objetivo | Meta | Criterio de Evaluación | Intervenciones | Fundamentación Científica | Evaluación |
|--|--|---|---|---|---|
| *Fomentar una dieta apropiada y hábitos sanos de ejercicio en su vida diaria, con el fin de facilitar una función intestinal regular y adecuada. | * Se pretende que Concepción mejore la actividad intestinal de 24 a 72 hrs, tiempo aproximado de la digestión. | 1.-Cantidad disminuida de ingesta de líquidos en 24 horas(3 vasos de agua) | 1.- Que incremente la ingesta de líquidos e incluir jugo de ciruelas, papaya y alimentos ricos con alto contenido de fibra. | 1.-Se requiere de una ingesta suficiente de líquidos en 24 hrs. (2 litros de agua o de 6 a 8 vasos).Tratar de consumir la menor cantidad de sal para no retener líquidos. | Posterior a la explicación en relación al cambio en la dieta y hábitos de eliminación intestinal, la cliente reconoció que los alimentos que consumía, eran pobres en fibra y de alto contenido en harinas blancas , azúcares y sobre |
| *Reducir la sintomatología actual . | *Concepción describirá el número y | 2.-Valorar la cantidad y calidad de | 2.-Indicar que se abstenga de comer, pan | 2.-Una dieta equilibrada con alto contenido en | |

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|
| | <p>características de las evacuaciones.</p> | <p>alimentos que Concepción consume, en su dieta diaria.</p> <p>3.-El tipo de ejercicio que realiza</p> <p>4.- La valoración objetiva y subjetiva del dolor y distensión abdominal.</p> | <p>blanco o panecillos de harina refinada, grasa e irritantes e incrementar la fibra o el cereal.</p> <p>3.-Realizar ejercicio físico moderado y frecuente (caminar 30 min. diarios aproximadamente)</p> <p>4.-Explicar que debe acudir al cuarto de baño en cuanto note la más ligera sensación, no aplazarlo, a la misma hora de la mañana, debe</p> | <p>fibra estimula el peristaltismo y facilita la evacuación, como son: cereales integrales, de trigo o centeno, que contiene de 4 a 5 veces más fibra, frutas secas, verduras crudas y frutas frescas, que se puede consumir con piel.</p> <p>3.-La actividad influye en la eliminación intestinal, al mejor tono muscular estimula el apetito y el peristaltismo.</p> <p>4.-La causa principal de la constipación son los hábitos irregulares para efectuar la defecación, por inhibir los reflejos</p> | <p>todo la ingesta de líquidos, no cubría los requerimientos necesarios.</p> <p>*Por lo cual se brindó educación para la salud en relación a la importancia del cambio de dieta y hábitos en el horario de evacuación.</p> <p>*Al tercer día la cliente refiere haber presentado mejoría en cuanto al número de evacuaciones(1 en 24 hrs.) Y a la exploración abdominal la desaparición de la masa palpable en colon descendente.</p> <p>*Por otro lado el dolor, la distensión</p> |
|--|---|---|--|--|---|

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| | | | <p>relajarse y concentrarse en el abdomen.</p> | <p>naturales. Los movimientos intestinales normalmente pueden ocurrir tanto varias veces al día, como 263 veces por semana.</p> | <p>abdominal e intolerancia a la palpación, no disminuyeron lo esperado.</p> <p>Motivo por el cual, se solicitó cuidado interdependiente de otro profesional de la salud para la valoración (Cirujano General), quien determinó el inicio de tratamiento con medicamentos, lo cual mejoró el estado de salud de Concepción.</p> |
|--|--|--|--|---|---|

2.- PLAN DE CUIDADOS

Fecha; Septiembre 2004

Necesidad afectada: Necesidad de evitar peligros (Riesgos) en su Dimensión Psicológica; La cliente se considera Parcialmente

Dependiente, el rol de Enfermería que se implementará, será de ayuda y acompañamiento, por la falta de conocimientos.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA;

* Ansiedad relacionada con el cambio de estilo de vida, manifestada por la incapacidad de atender el hogar y al recién nacido.

*Incapacidad de la familia para enfrentar la situación por desorganización y cambio en sus papeles.

| Objetivo | Meta | Criterios de evaluación | Intervenciones | Fundamentación Científica | Evaluación |
|---|--|---|---|---|--|
| *Ayudar a la cliente a que realice una descripción realista de lo sucedido en su cambio de vida, para que determine la capacidad de tomar decisiones acertadas. | *Permitir que la cliente exprese sus sentimientos y emociones acerca de su rol de madre. | 1.-Si existe aceptación de su estilo de vida. 2.-En cuanto a la familia, que sea | 1.-Escuchar atentamente los comentarios acerca del cambio de vida y sus temores. 2.-Incorporar a la familia, como un | 1.-Hablar sobre los cambios en el estilo de vida, permite que Concepción realice planes anticipados para que se adapte lo más pronto posible al nuevo rol de madre. 2.-El equilibrio psicológico, esta | *Concepción se siente en confianza hablando se sus sentimientos y la modificación de sus hábitos, por lo tanto de la manera en que organizará su nuevo estilo de vida, a partir del nacimiento de su hijo. |

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|
| | | <p>un buen sistema de apoyo, para afrontar la situación.</p> <p>3.- La capacidad en la toma de decisiones.</p> <p>4.-Expresión corporal, en el momento de la comunicación.</p> <p>5.-El esfuerzo que será capaz de realizar.</p> | <p>buen soporte de apoyo en cualquier momento.</p> <p>3.-Asesoramiento y apoyar el potencial y fortaleza, en el tipo de situaciones y experiencias que se presenten.</p> <p>4.-Mostrar una actitud comprensiva de sus circunstancias, con respeto a su dignidad y sus derechos.</p> <p>5.-Animarla a que ella puede y podrá enfrentar los problemas que se presenten.</p> | <p>influido directamente por la capacidad para adaptarse a una variedad de situaciones de la vida.</p> <p>3.-El bienestar emocional influye en el proceso de solución de problemas conscientes e inconscientes.</p> <p>4.-La utilización de las técnicas esenciales de la consejería, son una excelente herramienta en el proceso de la comunicación.</p> <p>5.-La implicación del ego, tiende a aumentar el esfuerzo, para solucionar los problemas.</p> | <p>*Ella manifiesta que aún con el apoyo familiar, teme que no pueda resolver problemas como cuidadora de un niño.</p> <p>*Se le comenta que, cuenta con la ayuda profesional de enfermería que ella y su hijo requieran en cualquier momento.</p> <p>*Se mantiene una comunicación abierta via telefónica y de manera frecuente, lo cual le proporciona una sensación de seguridad y bienestar ante situaciones adversas de la vida.</p> |
|--|--|--|---|---|---|

3.- PLAN DE CUIDADOS

Fecha: Septiembre 2004

Nombre: Concepción

Necesidad afectada: Evitar los Peligros(Riesgos), en su Dimensión Psicológica , La cliente se considera Parcialmente Dependiente, Necesita un rol de Enfermería de ayuda y acompañamiento, la causa de dificultad: la falta de conocimientos.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

*Desconocimiento de técnicas, relacionado con la falta de información sobre cuidados infantiles, manifestado por expresiones de inexperiencia.

| Objetivo | Meta | Criterios de Evaluación | Intervenciones de Enfermería | Fundamentación Científica | Evaluación |
|--|--|---|--|---|--|
| *Que la cliente, incremente los conocimientos acerca de las técnicas en el cuidado del bebé. *Disminuir los | *Al incrementar los conocimientos en el cuidado del niño, la cliente realizará dichos cuidados con seguridad, sin ayuda o con ella. Las 24 horas del día, o cuando el bebé lo demande. | 1.-Manifestación de interés por aprender a cuidar a su hijo con amor y dedicación. 2.-La realización de las conductas de crianza (Lactancia Materna, Higiene del bebé, | 1.-Examinar al bebé y revisar los conocimientos que la madre posee, acerca de los cuidados. 2.-Orientarla para que identifique los riesgos que se pueden presentar en cualquier | 1.-La maternidad es una conducta aprendida y las personas en general actúan como padres, según fueron educadas(cultura) 2.-Al realizar la exploración física del niño, la cliente aprende sobre las características del niño y facilita el | *A través de las visitas realizadas a Concepción en su domicilio, se fue dando este proceso de orientación-consejería en relación al cuidado de su hijo, mejoró su técnica de lactancia, aprendió a tomarle la |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| <p>sentimientos de ansiedad y preocupación por la incapacidad de mantener un niño sano.</p> | | <p>aplicación de vacunas etc.)</p> <p>3.-Centros de salud con los que cuenta en la comunidad.</p> <p>4.-Tipo de alimentación y cantidad de líquidos que ingiere la madre en 24 hrs.</p> | <p>momento.</p> <p>3.-Orientar acerca de los signos y síntomas de las enfermedades típicas del recién nacido: fiebre, diarrea, llanto continuo, irritabilidad, erupciones cutáneas, respiración anormal.</p> <p>4.-Informar acerca de la Nutrición por medio de la alimentación al seno materno, y la correlación con la alimentación de la madre, así mismo que retrase la ablactación, hasta consultar con un profesional de la salud.</p> | <p>proceso de pertenencia.</p> <p>3.-Si la cliente percibe síntomas de enfermedad en su hijo, sabrá cuando acudir a solicitar ayuda profesional.</p> <p>4.-La alimentación materna influye en la calidad de la leche, la introducción temprana de sólidos puede estimular la aparición de alergias y de obesidad.(Thomas y colaboradores,1970)</p> | <p>temperatura a su hijo, aspirarle secreciones con perilla de caucho, identificar la coloración de su piel, identificar signos de alerta, darle masaje en su cuerpo, y a protegerlo de cambio de temperatura y sobre todo a fomentar el vínculo madre -hijo.</p> <p>Los conocimientos que ha adquirido le han sentir, más segura, no obstante el hecho de no contar con el padre de su hijo de manera constante , le produce malestar, porque se siente insegura y sobre todo por las</p> |
|---|--|---|--|--|--|

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| | | <p>5.-La capacidad de brindar cariño y amor hacia su hijo.</p> <p>6.-El cuidado de su integridad física y emocional.</p> <p>7.-El tipo de apoyo familiar con que se cuenta.</p> | <p>5.-Informar sobre las necesidades de estimular al niño hablándole y jugando con el, fomentando la relación madre-hijo.</p> <p>6.-Orientarla a que acuda con el profesional de la salud, para examinarlo cada 4 semanas, y una revisión puerperal a la madre a las 6 semanas.</p> <p>7.-Realizar entrevistas planeadas con su pareja y hermanas para fomentar el apoyo y ayuda, dirigida hacia la cliente.</p> | <p>5.-Jugar y hablar al bebé estimula su desarrollo físico, emocional y del lenguaje (Klaus y Kennel,1976)</p> <p>6.-Valorar la salud de la cliente y del niño asegura la detección de cualquier complicación (Clausen y colaboradores,1976)</p> <p>7.-Las situaciones que contribuyen a los problemas reales y potenciales de la maternidad se relacionan a menudo con una incapacidad individual o familiar de (vínculo-unión).</p> | <p>noches, ya que de día cuenta con sus hermanas y sobrina.</p> |
|--|--|---|--|---|---|

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| | | <p>5.-La capacidad de brindar cariño y amor hacia su hijo.</p> <p>6.-El cuidado de su integridad física y emocional.</p> <p>7.-El tipo de apoyo familiar con que se cuenta.</p> | <p>5.-Informar sobre las necesidades de estimular al niño hablándole y jugando con el, fomentando la relación madre-hijo.</p> <p>6.-Orientarla a que acuda con el profesional de la salud, para examinarlo cada 4 semanas, y una revisión puerperal a la madre a las 6 semanas.</p> <p>7.-Realizar entrevistas planeadas con su pareja y hermanas para fomentar el apoyo y ayuda, dirigida hacia la cliente.</p> | <p>5.-Jugar y hablar al bebé estimula su desarrollo físico, emocional y del lenguaje (Klaus y Kennel,1976)</p> <p>6.-Valorar la salud de la cliente y del niño asegura la detección de cualquier complicación (Clausen y colaboradores,1976)</p> <p>7.-Las situaciones que contribuyen a los problemas reales y potenciales de la maternidad se relacionan a menudo con una incapacidad individual o familiar de (vínculo-uni6n).</p> | <p>noches, ya que de d'ia cuenta con sus hermanas y sobrina.</p> |
|--|--|---|--|---|--|

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|
| | | <p>8.-La cultura que prevalezca en el núcleo familiar de Concepción.</p> | <p>8.-Respetar la cultura y creencias de la familia en torno al cuidado y rol de madre, pero si hacer hincapié en que la responsabilidad de la crianza del niño es compromiso y responsabilidad de ambos padres, como lo marca la carta de derechos del niño.</p> | <p>8.-Existe un rol tradicional en que la madre sea la única responsable de las actividades del cuidado del niño (Sociocultural).</p> <p>*El proceso de vinculación se dificulta cuando el padre(s) e hijo están separados a causa de uno de ellos.</p> | |
|--|--|--|---|---|--|

4.- PLAN DE CUIDADOS

Se identificó que mi cliente (Concepción) se encuentra en un proceso de duelo no resuelto, por las pérdidas en su historia de vida (4 abortos y la muerte de su padre hace un año, el cual estuvo a su cuidado) por esto, ella expresa sentimientos de culpabilidad por no haber podido acompañarlo en sus últimos momentos, puesto que esta situación representa un problema para su tranquilidad interna, por lo tanto presenta afectación en su necesidad de:

Necesidad afectada: Evitar peligros y riesgos: en su dimensión espiritual, los cuidados que recibirá será de tipo interdependiente, rol de enfermería de ayuda y acompañamiento, la causa de dificultad es por falta de conocimiento.

Diagnósticos de enfermería: Duelo disfuncional relacionado con múltiples pérdidas pasadas.

Falta de resolución de respuesta previa de duelo.

Falta de apoyo social adecuado.

| Objetivo | Meta | Criterios de Evaluación | Intervenciones | Fundamentación Científica | Evaluación |
|---|------|--|--|---|---|
| *Que Concepción sea capaz de recordar las pérdidas sin dolor intenso y ser capaz de volver a dirigir la energía emocional dentro de si misma para recobrar su tranquilidad interna. | | 1.-El cliente expresa sentimientos de tristeza por las pérdidas. 2.-Mantiene relaciones interpersonales | 1.-Escuchar atentamente y en silencio, los comentarios y las expresiones de tristeza y dolor que la cliente desee. 2.-Realizar una valoración correcta de más | 1.-Duelo: el duelo, es la respuesta emocional normal desde un punto de vista subjetivo ante la pérdida, es esencial para una buena salud mental y física. 2.-Es un proceso social, que es compartido y | *La evaluación de la eficacia de los cuidados ante el duelo de mi cliente, Es difícil debido a la naturaleza del problema, éste no será resuelto en tiempo establecido, puesto que las pérdidas en el ser |

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| <p>*Que se sienta libre de vínculos emocionales con el fallecido.</p> <p>*Que sea capaz de ajustarse al cambio en estilo de vida(el nacimiento de su hijo)</p> | | <p>constructivas.</p> <p>3.-Refiere necesitar ayuda para resolver su etapa de duelo.</p> <p>4.-La tristeza y aflicción, que formaban parte de su diario vivir.</p> <p>5.-La pérdida de su padre como único ascendente directo, con quien contaba.</p> | <p>adecuado para la cliente.</p> <p>3.-Reforzar la autoestima de Concepción.</p> <p>4.-Informarle acerca del tipo de ayuda profesional que existe, como terapia de apoyo.</p> <p>5.-Estar alerta, en el momento que se presente una crisis de tristeza, para ofrecer un</p> | <p>llevado a cabo con ayuda de los demás.</p> <p>3.-Se puede considerar que la pérdida consta de 4 componentes, agonía, muerte, aflicción y luto.</p> <p>4.-La aflicción es la respuesta emocional a la pérdida, afligirse es el proceso adaptativo del luto y se identifica como: desaparición de los lazos con el fallecido, reajuste al medio y formación de nuevas relaciones.</p> <p>5.-La muerte de uno de los padres es la pérdida más común y natural para los adultos.</p> | <p>humano, no se resuelven de inmediato, requiere de un duelo como proceso social que permite al individuo adaptarse a las pérdidas en forma gradual. Para proporcionar ayuda a mi cliente se requerirá de centros que apoyen en el proceso de duelo como son: -Grupos de autoayuda -Grupos de duelo -Especialistas tanatólogos La cliente refiere que recibirá toda la ayuda necesaria para elaborar su etapa de duelo.</p> |
|--|--|---|---|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|
| | | <p>6.-Los historia de embarazos que terminaron en abortos.</p> | <p>abrazo y palabras de aliento.</p> <p>6-Identificar las reacciones de duelo retardadas.</p> | <p>6.-Cuando se pierde a un hijo por aborto, nace muerto, o en el principio de su vida, su personalidad no está tan plenamente formada como la de un niño de meses o años de edad. Sin embargo, éste hecho también implica un duelo, el cual a veces se intensifica debido a las esperanzas y expectativas hacia el nuevo bebe.</p> | |
|--|--|--|---|---|--|

5.- PLAN DE CUIDADOS

Fecha: Septiembre 2004

Necesidad afectada: Preocuparse de su propia realización y en conservar su propia estima.

Dimensión Biofisiológica. La cliente se considera Parcialmente Dependiente, el rol de Enfermería que se implementará será de ayuda y acompañamiento, la fuente de dificultad es por falta de conocimientos.

Diagnóstico de Enfermería: Interrupción de la Lactancia Materna, relacionada con la ictericia de inicio tardío, manifestada por el incremento de la bilirrubina en recién nacido.

| Objetivo | Meta | Criterios de Evaluación | Intervenciones | Fundamentación Científica | Evaluación |
|---|--|--|--|---|---|
| *Explicar al cliente que en el período neonatal, la ictericia es un hecho fisiológico pero también puede ser secundaria a la lactancia materna. | *Se le dará información a Concepción para que se lleve a cabo un seguimiento oportuno del niño, acudiendo con el especialista. | 1.-La coloración normal de la piel del recién nacido por lo general será rosada. | 1.-Explorar al recién nacido y detectar ictericia. | 1.-La ictericia fisiológica es un signo clínico que da color amarillo a la piel y a las mucosas del recién nacido por efecto de, la descomposición del número excesivo de glóbulos rojos o hematíes que ya no son necesarios después del nacimiento, adicionalmente, se debe a la inmadurez hepática (Ictericia fisiológica), Lactancia | *No fue posible proporcionar baños de sol al recién nacido, por clima nublado y lluvioso. *A los 8 días de vida extrauterina, presentó, evacuaciones líquidas(8) en 24 hrs. y llanto intenso, acudió al (Pediátrico de Tacubaya), le indicaron, suspender lactancia materna, suero oral y alimentar con fórmula NAN 1. |

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|
| <p>*La cliente observará a su hijo en los cambios y la progresión de la ictericia, acudirá a control si ésta se presenta en piernas y planta de los pies.</p> | | <p>2.-El clima que prevalece en la comunidad donde se encuentra Concepción.</p> <p>3.-Deseo de la cliente por mantener la lactancia y proporcionar su leche para alimentar a su hijo.</p> | <p>2.-Exponer el niño al sol 15 ó 20 min. diario cubriendo ojos y genitales con cambios frecuentes de posición.</p> <p>3.-Estimular la expresión de dudas y sentimientos sobre la situación en general y sobre la interrupción de la lactancia en particular. Y evitar cualquier comentario que pudiera inducir a</p> | <p>Materna, Medicamentos, Infecciones, Incompatibilidad sanguínea y Anomalías congénitas.</p> <p>2.-La luz solar genera una reacción fotoquímica que convierte a la bilirrubina en isómero(lumirubina) la cual, el R.N la excreta más fácilmente.</p> <p>3.-Existe la posibilidad de que algunas madres que lactan tengan sustancias que propicien el incremento de la bilirrubina en el r.n.(ocurre en la 1era. semana de vida, en un % del 0.5% al 2%) Se cree que se debe a que el pregnandiol (producto de la descomposición de la progesterona) podría inhibir la enzima glucoroniltransferasa, la</p> | <p>*La coloración amarilla del niño no disminuyó y los datos de laboratorio de bilirrubina en sangre fueron:</p> <p>-A los 14 días de vida extrauterina: la Bilirrubina total fue de 14.34mg/100.</p> <p>-A los 21 días: la Bilirrubina total fue de 18.33 mg/100 (La cifra de +20mg/100, se considera cifra peligrosa por riesgo de daño neurológico).</p> <p>-La cifra normal de bilirrubina total, en el neonato sano, es de 11 mg/100 ml. Alrededor del 2do. ó 3er.día(28 y 36 hrs.) posterior al nacimiento</p> <p>*En esta transición suspendió lactancia y a la semana los niveles de bilirrubina fueron; A los 30 días neonatales de 15.39 mg/100. Concluyendo que la interrupción definitiva de la lactancia materna, es lo indicado.</p> |
|---|--|---|---|---|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| | | | contemplar esta situación como un fracaso de la madre | cual es necesaria para la conjugación de la bilirrubina. Pero también existen factores maternos, que predisponen al incremento de la misma por ej. Abortos anteriores. | La sustitución de leche materna por fórmula mejoró la condición del niño. |
| | | 4.- Si persiste la ictericia de inicio tardío, se aconseja suspender la lactancia materna para fines diagnósticos por el especialista. | 4.-Mostrar las técnicas de la lactancia con fórmula indicada por el especialista. | 4.-La ictericia de inicio tardío, la prevalencia es menor del 1%, en recién nacidos de término y alimentados al seno materno, aparece al final de la primera semana de vida, el pico máximo es entre 5 y 15 días y persiste de 6 semanas a 3 meses de edad. | *Para la cliente es reconfortante la mejoría de su hijo, declara que después de la angustia que ha pasado, y a que su estado emocional ha estado sujeta a un nivel de estrés muy alto. |
| | | 5.-Mostrará conocimientos suficientes y adecuados sobre la alimentación con fórmula. | 5.-Informar de la diferencia y características de las evacuaciones, según el tipo de | 5.-Al seno materno, las evacuaciones son: amarillas, semilíquidas con grumos. Alimentación con fórmula, son: | Prefiere la salud de su hijo, al hecho de no haber sido posible amantarlo. *Cuenta con un carnet de citas para realizar el seguimiento del niño durante el primer año de vida en especial con énfasis en el desarrollo neurológico. El Recién Nacido esta |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | 6.- Sustituirá con éxito la lactancia materna por la alimentación con fórmula. | alimentación. 6.-Asegurar a la madre que a pesar de no recibir leche materna, el niño estará bien alimentado, con la lactancia con fórmula. | pastosas o sólidas. 6.-Técnicas de alimentación con biberón; mantener el chupón lleno de leche siempre, hacer eructar, alimentar cuando tiene hambre, no forzar a vaciar el biberón, preparar la cantidad y a la dilución indicada de fórmula, lavado y esterilizado adecuado de los biberones etc. | clínicamente sano con cifras de 15 a 20 mg/100. |
|--|--|--|--|--|---|

6.- PLAN DE CUIDADOS

Fecha: Septiembre 2004-10-23

Necesidad afectada: Necesidad de descanso y sueño

Dimensión Psicológica, necesita un rol de apoyo y acompañamiento, por la causa de dificultad y de falta de fuerza.

Diagnóstico: Riesgo real: Fatiga por falta de oportunidad para descansar.

Perturbaciones del sueño por alimentar al niño por la noche.

| Objetivo | Meta | Criterios de Evaluación | Acciones de Enfermería | Fundamentación Científica | Evaluación |
|---|--|--|---|---|---|
| <p>*Que Concepción exprese sus pensamientos, e impresiones acerca de las actividades que le provocan cansancio físico y emocional que siente por el cuidado de su hijo.</p> <p>*Ayudar a la cliente a que ella satisfaga sus necesidades de</p> | <p>*Que la cliente Identifique las condiciones en las cuales, se podrá fomentar el descanso, sueño y reposo.</p> | <p>1.-La superación de la etapa de crisis y cambio en estilo de vida.</p> <p>2.-Organizará un plan realista para mantener un entorno seguro que le proporcione tranquilidad.</p> <p>3.-Disponibilidad de tiempo,</p> | <p>1.-Elogiar los logros obtenidos en la identificación de necesidades de salud de su hijo.</p> <p>2.-Buscar momentos y lugares adecuados que favorezcan la tranquilidad y reduzcan el estrés que le produce el rol de cuidadora.</p> <p>3.-Aconsejar que sea relevada en</p> | <p>1- 2.- Al determinar la capacidad del individuo para cuidar de si mismo y del hogar, valorar su capacidad para funcionar y protegerse, considerar las cosas tales como; deficiencias motoras sensoriales y estado mental.</p> <p>3.-Las exigencias de tiempo y</p> | <p>*El rol de cuidadora de la cliente le resulta cansado y fatigante por la falta de experiencia.</p> <p>*La mayor parte del día la pasa sola, por lo tanto se intensifican estas sensaciones.</p> <p>*Aprovecha las horas de sueño</p> |

| | | | | | |
|----------------------------------|--|---|--|--|---|
| <p>descanso, reposo y sueño.</p> | | <p>energías y capacidades por parte de la cliente, para determinar el rol de cuidador.</p> <p>4.-La calidad y el tiempo necesarios para, destinarlo al descanso y el sueño que la reconforte.</p> <p>5.-El sistema de apoyo familiar para la designación de tareas domesticas</p> <p>5.1.-Sensación de sobrecarga de trabajo, falta de descanso, y/o distracción, falta de experiencia en los cuidados.</p> | <p>ocasiones de las responsabilidades del cuidado de su hijo, para darse un tiempo para ella.</p> <p>4.-La utilización de alternativas de relajación y sueño como son: la música, masajes, baños sauna aromaterapia, realizar ejercicio etc.</p> <p>5.-Organizar los cuidados médicos de seguimiento, para su hijo y sobre todo las tareas domésticas en el hogar.</p> | <p>energía para dar los cuidados pueden chocar con otras responsabilidades por ejemplo; cónyuge, trabajo, casa etc.</p> <p>4.-Los adolescentes y adultos necesitan dormir de 7 a 9 hrs. diarias.</p> <p>5.-Puede ocurrir un estado de nerviosismo, en las condiciones de fatiga que no puede ser mitigada por el sueño ni el descanso.</p> | <p>de su hijo para que al mismo tiempo ella descansa.</p> <p>*Considera que por el momento no buscará ejercicio apropiado, pero buscará espacios para descansar y relajarse apoyada por su hermana y sobrina.</p> <p>Se realizan visitas a su domicilio y llamadas telefónicas y estar en comunicación frecuente, ya que por medio de la conversación, detectaré nuevas necesidades de Concepción, para ayudarla a recobrar la independencia.</p> |
|----------------------------------|--|---|--|--|---|

CONCLUSIONES

Constantemente la enfermera tiene que tomar decisiones por si misma para resolver problemas relacionados con el cuidado de sus clientes, para su propia seguridad y la de los demás y con relaciones interpersonales.

A medida de las demandas de servicios de enfermería aumenten, corresponderá en mayor grado a la enfermera profesional diagnosticar problemas de atención médica que surjan en ese momento , esperando que la intervención sea constructiva.

De tal manera, es de suma importancia que la enfermera profesional esté preparada para resolver en forma prudente y sabia los problemas que se le presenten, esto no sería posible sin la existencia de la aplicación de un método para resolver problemas, método que la enfermera emplea para tomar decisiones .

Es por ello que en el presente trabajo fue utilizado El Proceso de Atención de Enfermería y el Modelo Conceptual de Virginia Henderson que metodológicamente hablando, se encuentra estructurado de tal manera que es aplicable para todas las personas sanas y enfermas que deben satisfacer las 14 necesidades para recuperar la independencia esto implica un gran compromiso profesional y poseer una serie de conocimientos y habilidades para el desarrollo del mismo (jerarquizar, analizar, plantear objetivos, realizar acciones específicas, elaborar diagnósticos, planes de cuidados, evaluar etc.)

Dicha metodología guía el quehacer enfermero de una manera práctica y objetiva basada en conocimientos científicos, aplicados de una manera profesional no solo por el hecho de realizarlos de manera mecánica.

Considerando al ser humano de una manera holística, personalizada con características y necesidades diferentes.

Pero por otro lado debido a la falta de experiencia en el manejo del Proceso de Atención, lo considero en cierto modo complejo, contiene una serie de conceptos que en algún momento me siento confundida o resulta a la vez incompletas las herramientas por ejemplo, La herramienta de valoración de las 14 necesidades, en su modalidad de criterios objetivos y subjetivos, representan limitaciones en la respuesta que el cliente refiere.

Pero estoy segura que a través del ejercicio profesional seré capaz de adquirir ese sentido metodológico, que distingue a la enfermera profesional del ejercicio médico, y que por medio de la práctica desarrollaré habilidades y destrezas para beneficio de mis clientes futuros y ejercicio profesional.

BIBLIOGRAFIA

BURROUGS. Arlene. Enfermería Materno Infantil, Ed. Mc. Graw Hill. Interamericana, 7ma. Edición, 611 pag.

CARPENITO. Lynda Juall, Diagnóstico de Enfermería, Ed. Interamericana Mc. GrawHill 1983. Pag. 554.

CUIDADO EMOCIONAL AL ENFERMO TERMINAL Y SU FAMILIA. ANTOLOGIA SUA, ENEO, UNAM.

COLLIERE Françoise Marie .Promover la Vida , Ed. Interamericana McGraw-Hill . España 1993 .

DOCENCIA EN ENFERMERIA . Antología , SUA, ENEO , UNAM . México 2003 p. 97–110 .

FERNÁNDEZ F. Carmen, Novel M. Gloria. El Proceso de Atención de Enfermería, Estudio de . Ed. Masson-Salvat. 1993 .

GARCÍA González Ma. De Jesús El Proceso de Enfermería y el Modelo Virginia Henderson

HERNANDEZ Conesa .Juana La Historia de La Enfermería , Un Análisis Histórico de Los Cuidados de Enfermería , Ed. Interamericana McGraw Hill 1996 .

KOZIER Bárbara. Enfermería Fundamental, Conceptos, Procesos y Práctica, 4ta. Edición, Ed. Interamericana. Mg. Graw Hall 1993

LUIS RODRIGO. Ma. Teresa. Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión Crítica y Guía Práctica. Ed. Masson 2000. 279 páginas.

LUVERNE Wolf Lews. Fundamentos de Enfermería, Italia México, 4ta. Edición 1992.

MAISTO A. Alberth Morris G charles. Psicología Ed. Pearson. EDUCACIÓN México 2001, 10ma. Edición 744 pag.

MARINER T. Ann, Raile A. Martha .Modelos y Teorías en Enfermería, Ed. Harcourt Brale , Madrid España 1999 .

NORDMARCK/ Rohweder , Bases Científicas de la Enfermería, Manual Moderno México ,D.F .- Santafé de Bogotá 2002

OBSTETRICIA I Y II, SUA, ENEO, UNAM, México 2002 pag. 233 y 75.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA. Cuidados a la mujer durante el puerperio. Zaira Grajales Solis, noviembre 2000.

POTTER. A Patricia. Guía Clínica de Enfermería. Valoración de la Salud, 3era. Edición, 1995. Moubly/Doyna.

TEORÍAS Y MODELOS , Antología , SUA , ENEO , UNAM . México 2003 , p 121-123 .

ANEXOS

**VALORACIÓN DE LAS 14
NECESIDADES BASICAS**

GUÍA PARA LA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS

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

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Factores que influencia esta necesidad

- **Biofisiológicos.** Edad, alineación corporal, talla corporal (relación talla/peso), nutrición e hidratación, sueño/reposo/ejercicio, función cardíaca, función respiratoria, estado de la red vascular (arterial y venosa).
- **Psicológicos.** Emociones (miedo, ira, tristeza, alegría etc.), ansiedad/ estrés, inquietud, irritabilidad, etc.
- **Socioculturales.** Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizaje tales como estilo de vida, hábito de fumar), entorno físico de la comunidad (altitud, temperatura, clima, contaminación ambiental).

Observaciones

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

Interacciones

- Si fuma, ¿qué sabe acerca del fumar?, ¿desde cuándo fuma?, ¿cuántos cigarrillos/puros/etc. fuma al día?, ¿Varía la cantidad según su estado emocional?
- ¿Cómo influencia la realización de las actividades de la vida cotidiana en su respiración? (Sensación de ahogo al subir escaleras, cambios en el ritmo respiratorio al andar de prisa etc.)

- ¿Cómo influencia su estado de ánimo en su respiración? (Si aumenta o disminuye la frecuencia, ritmo, etc.)
- ¿Tiene conocimientos sobre una respiración correcta?
- ¿Conoce y/o utiliza técnicas que cree que le mejoran su respiración (relajación, yoga...)?
- ¿Tiene cambios de temperatura en las extremidades que no guarden relación con la temperatura ambiental?
- ¿Es propenso a sufrir hemorragias? ¿De qué tipo?
- ¿Tiene algún antecedente de problemas cardiorrespiratorios? (Dolor precordial, taquicardias, asma, alergias, etc.)

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Factores que influyen esta necesidad

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

Observaciones

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

Interacciones

- ¿Cómo influencia el estado de ánimo en su alimentación e hidratación? (Ansiedad estrés, conflictos: si aumenta o disminuye la ingesta, o sea, relación con anorexia y polifagia.)
- ¿Qué antecedentes familiares tiene con respecto a talla, corpulencia, peso, y hábitos alimentarios?
- ¿Qué sentido le da a la comida? (Castigo, amor, recompensa, supervivencia, paliativo del aburrimiento...)
- ¿Con quién come habitualmente?
- ¿Dónde come? (restaurante, casa, otros.)
- ¿Cuáles son los patrones familiares con respecto a la comida? (Motivo de encuentro e intercambio – momento destinado a ver TV, oír la radio, leer – y distribución de roles alrededor de la comida.)
- ¿Qué alimentos ha tomado en las últimas 72 horas? (Registro dietético para valorar si conoce los cuatro grupos básicos de alimentos y qué tipo de alimentación realiza.)
- ¿Qué horario y número de comidas habituales realiza? (Relación con trabajo y patrones culturales.)
- ¿Qué cantidad y tipo de líquidos bebe al día? ¿Cuál es la pauta de ingesta?
- ¿Qué preferencia/disgusto siente por determinados alimentos? (Impedimentos ideológicos o religiosos con respecto a la comida, influencias socioculturales – si relacionan obesidad con salud-) por la temperatura de los mismos.
- ¿Qué dificultades encuentra para procurarse, almacenar y prepararse alimentación adecuada? (Del entorno, económica, de conocimientos, de habilidad/ capacidad personal.)
- ¿Conoce las necesidades de alimentación e hidratación y su relación con la salud y con la actividad?
- ¿Conoce los factores que favorecen su digestión y asimilación? (No comer alimentos que produzcan flatulencia, comer despacio, masticando e insalivando bien, no acostarse inmediatamente después de comer etc.)
- ¿Ha habido cambios recientes de dietas o de peso?, ¿porqué? (Relacionados con modas, costumbres, autoimagen.)
- ¿Tiene algún problema al masticar/o tragar la comida/bebida?, ¿con qué cree que está relacionado? (Problemas de salud, dentales...)
- ¿Tiene en la actualidad algún problema digestivo? (Ardores, náuseas, vómitos, pérdida del apetito...)

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Factores que influyen esta necesidad

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

Observaciones

- Orina (coloración, claridad. Olor, cantidad, pH, frecuencia, densidad, presencia de proteínas, sangre, glucosa y cuerpos cetónicos): heces (coloración, color, consistencia, frecuencia, configuración, presencia de sangre, constituyentes anormales): sudor (cantidad, olor) menstruación (cantidad, aspecto y color)
- Estado de abdomen y del periné
- Estado de conciencia, cambios del patrón del sueño y del comportamiento, capacidades sensoriales, preceptuales, neurológicas y motrices.
- Condiciones del medio que ayudan y dificultan la satisfacción de esta necesidad.

Interacciones

- ¿Cuáles son sus patrones habituales de eliminación? (Heces, orina, menstruación, sudoración.)
- ¿Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación?
- ¿Se siente satisfecha respecto a sus patrones habituales de eliminación? (Frecuencia diurna y nocturna, cantidad y calidad, confortabilidad, sensación de bienestar, etc.)
- ¿El cambio de entorno (viajes, lugar, intimidad, postura, etc.) modifica los hábitos de eliminación?, ¿cuáles?
- ¿El cambio de horarios modifica los hábitos de eliminación?, ¿cuáles?
- ¿Qué tipo de hábitos higiénicos utiliza en la necesidad de eliminación? La modificación de estos hábitos ¿le causa algún tipo de problema?
- ¿Conoce medidas no medicamentosas de ayuda? (masajes, dieta, hidratación, ejercicio físico), ¿cuáles?

- En la actualidad, ¿tiene algún problema relacionado con al necesidad de eliminación? (Ardor al orinar, necesidad de laxantes para evacuar, hemorroides, dolor al defecar u orinar dolor menstrual, etc.)
- En caso de problema en la eliminación (incontinencia, colostomías, sudoración excesiva o de olor desagradable), ¿cómo le afectan en su autoconcepto7autoimagen y en su vida de relación?
- En le supuesto anterior, ¿realiza o ha realizado los aprendizajes necesarios para resolver o neutralizar el problema?

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTER UNA BUENA POSTURA

Factores que influncian esta necesidad

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

Observaciones

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

Interacciones

- ¿Cuál es su postura habitual relacionada con su ocupación rol social o pertenencia a determinado grupo cultural?
- ¿Cuántas horas del día cree Ud. que está sentado, andando, de pie, reclinado? ¿Se considera una persona activa o sedentaria?

- ¿Conoce la importancia de esta necesidad y medidas saludables de vida con respecto a ella? (Consecuencias de la hipo actividad o de malas posturas prolongadas, elección de mobiliario y calzado adecuado etc.)
- ¿Sabe cómo realizar ejercicios activos y pasivos que mejoren la movilidad y la tonicidad muscular?
- ¿Cómo influencia sus hemorroides en esta necesidad?
- ¿Cómo influyen sus creencias y/o valores de comunicación intercultural en esta necesidad? (Posturas y movimientos aceptados por determinadas culturas...)

5. NECESIDADES DE DESCANSO Y SUEÑO

Factores que influyen esta necesidad

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

Observaciones

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

Observaciones

- Edad, peso, estatura, sexo, handicap. Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse.
- Utilización incontrolada del vestirse y desvestirse (negativa, exhibicionismo, desinterés7 rechazo frente a la necesidad, apropiación de los vestidos de otro). Vestido incompleto descuidado, sucio o inadecuado a la situación. Tipo y cantidad de accesorios/ abalorios.
- Condiciones del entorno (espacio para guardar la ropa limpia y sucia, para lavarla, secarla).

Interacciones

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

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Factores que influyen esta necesidad

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

Observaciones

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

Interacciones

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

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Factores que influyen esta necesidad

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

Observaciones

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

Interacciones

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

- ¿Existen condiciones en su entorno inmediato que limitan o imposibilitan unos hábitos saludables de higiene? (Creencias o valores familiares – no lavarse durante la regla, no debe lavarse la cabeza a diario, ducha a diario nociva...-, condiciones de hábitat, equipamiento, material, condiciones económicas creencias personales, modas.)
- Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿se afecta su necesidad de higiene?, ¿cómo? (influencia de emociones: aumento de transpiraciones, etc.

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Factores que influncian los peligros

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

Observaciones

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

Interacciones

- ¿Qué miembros componen su familia de pertenencia? ¿Qué miembros componen sus familias de referencia?
- ¿Cómo influencia las emociones intensas en su necesidad de seguridad física y psicológica? (Se queda paralizado, hiperactivo...)
- ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su trabajo y en su casa? (Almacenaje de productos tóxicos o de limpieza, medicamentos, conducciones de gas, sistema

eléctrico etc.) ¿Las utiliza? ¿Controla su funcionamiento periódicamente?

- ¿Realiza los controles de salud periódicos recomendados para cada edad y situación de la persona y familia? (Cartilla de vacunaciones infantil, vacunaciones antigripales en el anciano o personas de riesgo, vacunaciones y control de animales domésticos, revisiones médicas, control de la tensión arterias etc.)
- ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? (Examen periódico de mamas, testículos, visión, audición, etc.) ¿Las utiliza?
- Si necesita algún tipo de ayuda (para la deambulacion, visión, audición, etc.), ¿la utiliza y está adaptada a sus necesidades?
- ¿Conoce las medidas de prevención de enfermedades infectocontagiosas y agresiones del entorno? (Tormentas, rayos, inundaciones, fuego.) ¿Las utiliza?
- ¿De qué modo maneja las situaciones de tensión en su vida? (Enfadarse consigo mismo o con los demás, culpabilizar a los demás de su situación, hablar con la persona que asta implicada en el problema, sentirse ansioso, rezar, leer, escuchar música o realizar actividades relajantes, dedicarse a actividades intelectuales, infravalorarse, adoptar un comportamiento inhibido, sumiso o activo.)
- ¿De qué forma maneja su familia las situaciones de estrés? (Flexibilidad en el rol, quién toma las decisiones, solución a la disparidad de criterios entre los miembros del grupo familiar.)
- ¿Cuál es el rol y status que ocupa en la familia?
- ¿Ha sufrido alguna alteración física que haya alterado su auto imagen/ auto concepto?
- ¿Es o ha sido más difícil de lo previsible aceptar los cambios ocurridos a raíz de una situación de cambio o crisis? (Enfermedad, amputación, cirugía...)
- ¿Pertenece a alguna organización, asociación o grupo social o religioso? ¿Le proporciona sentimientos de pertenencia y seguridad?
- ¿Qué personas o grupos le han ayudado a sobrellevar la situación de crisis?, ¿cómo?
- ¿Qué personas pueden ayudarle en la actualidad? (Familia, amigos, vecinos.) ¿Cuáles cree Ud. que le aportan sentimientos de seguridad y que estarían dispuestas a ayudarle?
- ¿Cómo ha reaccionado la familia ante sus problemas actuales de salud? (Actitud de aceptación y apoyo, rechazo, abandono o indiferencia.)
- En situaciones anteriores de crisis o de cambio. ¿ha sido capaz de identificar las necesidades de apoyo, las personas – recurso que pueden prestarlo y abiertamente?

- ¿Cómo percibe su situación actual en cuanto a mantener un tipo de vida en armonía consigo y con su entorno?
- ¿Cuáles son sus metas en un futuro próximo (3-5 años)?, ¿cómo planea lograrlas?
- ¿Dispone de espacio propio en su entorno inmediato – casa, trabajo u hospital-? En caso negativo, ¿en qué medida le afecta en sus sentimientos de seguridad psíquica?
- ¿Se encuentra en una situación económica que le proporciona seguridad física y psicológica? ¿Prevé cambios? ¿Le preocupa respecto al futuro?
- ¿Se encuentra en una situación efectiva que le proporciona seguridad? ¿Prevé cambios? ¿Le preocupa respecto al futuro?
- ¿Tiene sentimientos de control sobre sí mismo (equilibrio entre dependencia e interdependencia) y sobre el medio?
- ¿Cuáles son sus hábitos respecto a drogas, alcohol, tabaco, café, té, bebidas con cola y medicamentos?
- ¿Qué cantidad día/semana consume? ¿En compañía o en solitario? ¿Cuál/ es cree Ud. que es/ son la/s causa/s de este consumo?
- ¿Conoce los efectos del consumo de estas sustancias sobre su salud y sus relaciones?
- ¿Conoce técnicas para mejorar su estado de bienestar, su salud, sus relaciones consigo mismo y con los demás y para aumentar las competencias en el manejo del estrés? (Técnicas de asertividad, técnicas de relajación, técnicas de resolución de problemas...)

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Factores que influyen en esta necesidad

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

Observaciones

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

Interacciones

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

compañeros) en cuanto al aspecto físico – peso, apariencia – psicológico y social?

- ¿Qué tipo de humor tiene por lo general? (Deprimido, alegre.) ¿Tiene a menudo cambios en el humor? ¿Le causa problemas de relación consigo mismo o con los demás?
 - ¿De que manera se relaciona su familia como un todo? (Reuniones periódicas, celebraciones.)
 - ¿Qué posición ocupa en el seno de su familia? ¿Cómo se ve usted? ¿Cómo lo ven los demás?
 - ¿Existe algún conflicto importante de relación con su familia y/ o entre los miembros del grupo familiar?
 - ¿Con cuál de sus familiares tiene mejor relación?, ¿por qué?
 - ¿Qué otras personas son importantes para usted? ¿Cómo se ve en la relación con los demás? ¿Qué cree que esperan de Ud.?
 - ¿En que tipo de vivencia habita? (Número de habitaciones, espacio.) ¿Le afecta en su necesidad de comunicación?
 - ¿Tiene algún tipo de mascota o animal doméstico? ¿De que manera ayuda en su necesidad de comunicación? (Le hace compañía, le hace sentirse seguro/a...)
-
- Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿se afecta su necesidad de comunicación?, ¿cómo? (Arreglo físico, aislamiento, búsqueda de relaciones, inactividad/ hiperactividad, problemas de concentración/ atención, de expresión, etc.)
 - ¿Tiene sentimientos, pensamientos o comportamientos competitivos con alguien de su familia o amigos? (Aspectos materiales, de status, físicos.) Si su situación actual los modifica, ¿en qué medida le preocupa y le afecta?
 - ¿Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria para Ud.? En caso negativo, ¿le resulta un problema digno de mención? En caso afirmativo, ¿cree que la causa es personal o situacional?

11.-NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Factores que influyen esta necesidad

- Biofisiológicos. Edad y etapa de desarrollo, integridad del sistema neuromuscular.
- Psicológicos. Emociones, actitudes, estado de ánimo

- personalidad de base, pensamiento, inteligencia, percepción puntual del entorno (catástrofes, enfermedades...).
- Socioculturales Cultura, religión y creencias (sentido de la vida y de la muerte, deseo de comunicarse con un ser supremo, deseo de vivir con una filosofía o ideales personales, noción de trascendencia), influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, patrones y estructura de la comunidad).

Observaciones

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

Interacciones

- ¿Cómo le influye el estado de ánimo, las tensiones o el estrés, en la satisfacción de esta necesidad?
- ¿En qué tipo de creencias religiosas fue educado en su infancia? ¿Cuáles de ellas son significativas ahora para Ud.? ¿Suponen una ayuda o le generan conflictos personales, familiares, o algún tipo de problema en su entorno?
- ¿Qué tipo de ritos o comportamientos (dietas, posturas, gestos...) asociados a sus creencias debe practicar? ¿Con qué frecuencia? ¿Con qué exigencia o requerimientos específicos? Puede practicarlos si dificultad en la actualidad?
- ¿Cuáles son los valores relevantes propios de su grupo familiar? (Valor a la honestidad, a la unión familiar, al trabajo, al dinero, al éxito, al ocio, etc.). ¿Qué significan

para Ud. en este momento? (Le suponen ayuda, conflicto...)

- ¿Cuáles son los valores relevantes propios de su grupo social? (Competitividad, éxito, conformidad, ayuda, solidaridad, etc.) ¿Qué significan para Ud. en este momento? (Le suponen ayuda, conflicto, etc.),
- ¿Cuáles son sus propios valores personales integrados en su estilo de vida? (Importancia al trabajo, familia, salud, vida, muerte, dinero, amistad, disponibilidad...) ¿Qué orden de prioridad establece?
- ¿En que medida sus valores personales están siendo alterados por su situación actual? ¿Qué sentimientos y pensamientos problemáticos para Ud. le provoca esta situación?
- ¿En caso de necesidad, desearía tener la oportunidad de expresar sus últimas voluntades? (Donación de órganos, servicios religiosos, testamentos, cartas, etc.)

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y RELIZARSE

Factores que influyen en esta necesidad

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

Observaciones

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

Interacciones

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

13. NECESIDAD DE JUGAR/ PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Factores que influncian esta necesidad

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

Observaciones

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

Interacciones

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

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Factores que influyen en esta necesidad

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

Observaciones

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

Interacciones

- ¿Qué estudios ha realizado? ¿Puede leer, escribir...?
- ¿Las situaciones de emociones intensas le influyen en la satisfacción de esta necesidad?, ¿de qué modo?
- ¿Ha tenido alguna vez dificultades en aprender cosas nuevas? ¿Qué tipo de situaciones o cosas le han creado esta dificultad?

- ¿Cómo resulta más fácil aprender o retener conceptos o habilidades nuevas? (Leyendo, escribiendo, observando, mirando, varias al vez...).
- ¿Ha tenido alguna vez dificultades en poner en marcha y mantener comportamientos generadores de salud, que resultan de un nuevo aprendizaje? (Dejar de fumar, hacer ejercicio o dieta...).
- ¿Tiene conocimientos sobre si mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, tratamiento y auto cuidados necesarios? ¿Considera que son suficientes?
- ¿Tiene problemas de relación dignos de mencionar con su familia, amigos o personas significativas? En caso afirmativo, ¿cree que aprender a mejorar la forma de comunicarse y relacionarse le ayudaría?
- ¿Tiene conocimientos sobre el ser humano y su desarrollo a lo largo del ciclo vital? ¿Considera que so suficientes para comprender las conductas de las personas significativas y relacionarse de forma satisfactoria?
- ¿Tiene suficiente conocimiento sobre la familia como grupo y se evolución a lo largo del ciclo familiar, que le permita comprender los comportamientos de sus miembros y hacer frente a las situaciones de cambio y de crisis de manera adaptativa?
- ¿Conoce las diferentes fuentes de apoyo de que dispone en la comunidad? ¿Sabe como utilizarlas? ¿Las utiliza? En caso negativo, ¿por qué?
- ¿Desearía incrementar sus aprendizajes en aspectos relativos a su salud/ enfermedad? (Técnicas de autocontrol emocional, cambios en hábitos de vida, funcionamiento del propio cuerpo en situación de salud y enfermedad, alternativas en estilo de vida, procedimientos, etc.).⁵⁶

⁵⁶ Proceso de Enfermería Pp.78-102

FORMATO VALORACION DE NECESIDADES

Las necesidades fundamentales y los factores relacionados con las distintas dimensiones que pueden influir en su satisfacción.

| NECESIDAD | DIMENSIONES | | | |
|--|--|--|--|---|
| DESCRIPCION | BIOFISIOLÓGICA | PSICOLOGICA | SOCIOLOGICA | CULTURAL ESPIRITUAL |
| <p>Respirar</p> <p>Inspiración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aporte esencial de oxígeno. • Difusión de gases a nivel pulmonar. • Intercambios a nivel celular. <p>Espiración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expulsión de gas carbónico y de vapor de agua. | <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de las funciones esenciales. Frecuencia, ritmo, amplitud. Ruidos respiratorios. Tos. • Alteración orgánica, obstrucción, inmadurez o envejecimiento. Tasas de hierro en sangre. • Fatiga. | <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad y estrés. | <p>Entorno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polución, tabaquismo. Estilo de vida. Deportes al aire libre, ejercicio, aireación y humedad de los lugares, altitud. | <ul style="list-style-type: none"> • Disciplina personal de la respiración; meditación, yoga, etc. |
| <p>Alimentarse e hidratarse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingestión, digestión y absorción de agua, de electrolitos y de nutrientes esenciales para la vida. | <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de masticar, de deglutir, de digerir y absorber los alimentos. • Calidad y cantidad de los líquidos y nutrientes, según las necesidades del organismo. Equilibrio electrolítico. Envejecimiento. Alteración orgánica. Equilibrio hormonal y enzimático. | | <ul style="list-style-type: none"> • Entorno. Tipo de alimentación según el medio. Horario de comidas. Elección de los alimentos. • Clima efectivo de familia en el momento de las comidas. Límites que impone el trabajo: bocadillos, comidas en restaurante, soledad. • Organización del domicilio. | <ul style="list-style-type: none"> • Restricciones religiosas. Ayunos. • Costumbres familiares. |

Las necesidades fundamentales y los factores relaciones con las distintas dimensiones que pueden influir en su satisfacción (continuación).

| NECESIDAD | DIMENSIONES | | | |
|---|--|--|--|--|
| DESCRIPCIÓN | BIOFISIOLOGICA | PSICOLOGICA | SOCIOLOGICA | CULTURAL ESPIRITUAL |
| <p>Eliminar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechazo de las sustancias nocivas o inútiles que resulta del metabolismo. | <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de eliminación urinaria, intestinal, etc. (sudor, lágrimas, menstruaciones.) • Alteraciones físicas o psicológicas, inmadurez, envejecimiento, ciclo de eliminación y ciclo de menstruaciones. • Dependencia físico de los laxantes. • Alimentación • Equilibrio hormonal. | <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad, estrés, repulsiones. • Hábitos de higiene personal y de eliminación. • Actitud frente a la eliminación y la menstruación. • Intimidad. • Dependencia psicológica de los laxantes | <ul style="list-style-type: none"> • Organización y control sanitario salubridad de los lugares públicos. • Educación. | <ul style="list-style-type: none"> • Valor que se da a la higiene en determinadas culturas. |
| <p>Moveirse, conservar una buena postura (y mantener una circulación adecuada)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impulso dado a los músculos o a los miembros o a ambos a la vez para asegurar un cambio de posición en el espacio, o para favorecer una buena circulación. • Mantenimiento de una buena alineación corporal. | <ul style="list-style-type: none"> • Tono muscular, movilidad articular, integridad nerviosa, cardiovascular y esquelética; madurez psicomotriz, envejecimiento, arteriosclerosis. Estado de la tensión arterial y pulso. Traumatismo. Integridad del sistema vestibular. • Ejercicios, posturas habituales. • Alimentación rica en colesterol y en cloruro de sodio. | <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad, estrés, agitación, valor personal que se da al deporte y a la actividad. • Sedentarismo. • Hábitos personales de comportamiento. • Soledad. • Hábito de fumar. • Carácter competitivo (Tipo A). | <ul style="list-style-type: none"> • Organización de los deportes y de los lugares de ejercicio. • Condiciones de trabajo inadecuadas. | <ul style="list-style-type: none"> • Valor que se concede a los deportes y al ejercicio, dentro de la familia y de la cultura. • Posturas aceptables en una determinada cultura. |

(Continuación).

| NECESIDAD | DIMENSIONES | | | |
|--|--|---|---|--|
| DESCRIPCION | BIOFISIOLOGICA | PSICOLOGICA | SOCIOLOGICA | CULTURAL ESPIRITUAL |
| <p>Vestirse y desnudarse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protección del cuerpo en función del clima, de las normas sociales y de la reserva personal. | <ul style="list-style-type: none"> • Movilidad articular, tono muscular, estatura, corpulencia, madurez, psicomotriz, edad. • Fuerzas físicas. <p>Estado fisiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gordura, embarazo. | <ul style="list-style-type: none"> • Estado de conciencia. • Importancia que se le da al vestido y a la apariencia personal, desgano, pudor. • Preferencias en el vestir. • Conformismo o no conformismo en adaptarse a las modas. | <ul style="list-style-type: none"> • Modas, normas sociales. <p>Entorno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clima. • Nivel socioeconómico, estatus social. • Mimetismo (sobre todo, en los adolescentes). | <ul style="list-style-type: none"> • Límites aportados por la religión y por la cultura (particularmente en lo que refiere a la mujer). |
| <p>Dormir y reposar (conservar un estado de bienestar aceptable)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interrupción del estado de conciencia o de la actividad, o de ambos, que permite la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas. Mantenimiento de un estado de confort. | <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de relajarse. • Número de horas de reposo según la edad y las necesidades del organismo. • Tendencia al insomnio o al hipersomnio. • Dolor, prurito. • Falta de confort. Enfermedad. | <ul style="list-style-type: none"> • Estrés, ansiedad, hábitos personales de vigilia y sueño. • Ritual que precede al acostarse; dependencia farmacológica. • Depresión o cualquier otro problema psiquiátrico. • Inquietud, miedo. • Sufrimiento moral. | <ul style="list-style-type: none"> • Horas de acostarse y levantarse en función del trabajo. Trabajo de noche. <p>Entorno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polución por ruido • Confort de la habitación y de la cama. • Número de personas que comparten la misma habitación. • Intimidación y tranquilidad del lugar de reposo. | <ul style="list-style-type: none"> • Valor que se da al trabajo y al descanso en cada cultura: • Valor que se da a la resistencia ante el dolor. |

(Continuación).

| NECESIDAD | DIMENSIONES | | | |
|---|---|---|--|---|
| DESCRIPCIÓN | BIOFISIOLÓGICA | PSICOLÓGICA | SOCIOLOGICA | CULTURAL ESPIRITUAL |
| <p>Mantener la temperatura corporal en los límites normales</p> <ul style="list-style-type: none"> Equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie corporal. | <ul style="list-style-type: none"> Regulación térmica cerebral y calor de los tegumentos. Inflamación, infección. | <ul style="list-style-type: none"> Elevación térmica debida al nerviosismo o al estrés. | <p>Entorno:</p> <ul style="list-style-type: none"> Clima. Confort de la casa. Lugar de trabajo. Confortabilidad externa. Medios económicos para evitar el frío y templar la casa. | <ul style="list-style-type: none"> Medios para combatir el frío y el calor, que utiliza una determinada cultura; vestido, habitación; calefacción. |
| <p>Estar limpio, aseado y Proteger sus tegumentos (y faneras)</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuidados de higiene corporal y de la imagen personal. | <ul style="list-style-type: none"> Capacidad física para atender a sus propios cuidados, movilidad, fuerza física. Integridad de los tegumentos y faneras. Madurez psicomotriz o envejecimiento. | <ul style="list-style-type: none"> Estado de conciencia, diaforesis debida a la tensión. Hábitos personales de limpieza del cuerpo y de los vestidos. Imagen de si mismo Educación. | <ul style="list-style-type: none"> Salubridad del medio de vida y de trabajo. Instalaciones sanitarias, baños. | <ul style="list-style-type: none"> Significado de la higiene y de la limpieza dentro de la familia y de la propia cultura. Modas de vestir y de peinarse. |

(Continuación).

| NECESIDAD | DIMENSIONES | | | |
|--|--|---|--|--|
| DESCRIPCION | BIOFISIOLOGICA | PSICOLOGICA | SOCIOLOGICA | CULTURAL ESPIRITUAL |
| <p>Evitar los peligros</p> <ul style="list-style-type: none"> Protección contra las agresiones internas o externas, con el fin de mantener su integridad física y mental. | <ul style="list-style-type: none"> Límites sensoriales; vista, oído. Desequilibrio. Inmunidad. Inflamación. Prevención de la enfermedad y de los accidentes. Modificación del esquema corporal, auto mutilación, violación, malos tratos. | <ul style="list-style-type: none"> Limitaciones intelectuales. Perturbaciones del pensamiento. Estado de conciencia: Predisposición a los accidentes. Falta de atención; ansiedad y miedo. Alteración de su auto imagen Ideas suicidas. Utilización de técnicas de relajación. | <ul style="list-style-type: none"> Reglamentación para prevenir peligros y preservar la salud del trabajador. Medidas de seguridad laboral (mascarilla, casco protector, etc.). Seguridad en casa, especialmente para niños y ancianos. Código de circulación. <p>Entorno:</p> <ul style="list-style-type: none"> Polución del aire y polución por ruido. Contagio y medidas de control de ruido. Organización sanitaria. Prevención contra el suicidio y la violencia. | <ul style="list-style-type: none"> Exposición a los peligros a consecuencia de ciertas ideologías. Valoración del estoicismo en ciertas culturas <<Mito del héroe>>. Forma de ver la enfermedad mental. Disciplina de vida para mantener el propio equilibrio. |
| <p>Comunicar con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> Establecer lazos con los otros seres próximos y con las personas de su entorno. Procreación. Expansionarse. Desarrollarse. | <ul style="list-style-type: none"> Capacidad física para relacionarse con los otros: vista, oído, tacto, fonación. Débito verbal. Integridad de los órganos sexuales. Capacidad de procrear. Equilibrio hormonal. Mímica. | <ul style="list-style-type: none"> Perturbación emotiva, capacidad para expresar sentimientos, relaciones con los otros: repliegue en sí mismo, tedio; percepción del otro sexo, equilibrio sexual. Edo. de conciencia. <p>Mecanismo de defensa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Proyección, sublimación, regresión. | <ul style="list-style-type: none"> Libertad de expresión de los sentimientos: Control social. Comunicación de masas. Utilización de la sexualidad con fines pecuniarios. | <ul style="list-style-type: none"> Extroversión o introversión característica de ciertas culturas. Forma de considerar la sexualidad, la procreación y el rol de la mujer. |

(Continuación).

| NECESIDAD | DIMENSIONES | | | |
|---|---|---|---|---|
| DESCRIPCION | BIOFISIOLOGICA | PISICOLOGICA | SOCIOLOGICA | CULTURAL ESPIRITUAL |
| <p>Practicar su religión. Actuar de acuerdo con sus Creencias y valores.</p> <ul style="list-style-type: none"> Actualización de los propios valores. | <ul style="list-style-type: none"> Inmovilidad: Debilidad. Enfermedad. | <ul style="list-style-type: none"> Ansiedad relacionada con la enfermedad. Concepción personal de la vida y del más allá. Estado de conciencia. Fase de adaptación a la enfermedad; cólera. | <ul style="list-style-type: none"> Alejamiento de los lugares de culto. Libertad permitida o control ejercido por el entorno. | <ul style="list-style-type: none"> Pertenencia a una religión, o adhesión a una filosofía. Misticismo, ascetismo. |
| <p>Preocuparse de su propia realización y conservar su propia estima.</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilización del tiempo de forma útil, eficaz y valorizadora. | <ul style="list-style-type: none"> Capacidad física: Integridad neurológica y músculo-esquelética. Nivel de energía y de fuerzas físicas, movilidad articular. Enfermedad, dolores. | <ul style="list-style-type: none"> Desarrollo intelectual. Estado de conciencia, depresión, confianza en sí mismo, educación. Deseo de realizarse. Creatividad. | <ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad de medios educativos y culturales. Limitaciones socioeconómicas, roles sociales y parentales, grupos de interés. Voluntario. | <ul style="list-style-type: none"> Valor que se atribuye en la cultura al trabajo y a la productividad. |

(Continuación).

| NECESIDAD | DIMENSIONES | | | |
|---|---|---|---|--|
| DESCRIPCION | BIOFISIOLOGICA | PSICOLOGICA | SOCIOLOGIA | CULTURAL ESPIRITUAL |
| <p>Recrearse</p> <ul style="list-style-type: none"> Necesidad de actividades de esparcimiento. | <ul style="list-style-type: none"> Capacidad de movimientos. Integridad de los sentidos, del sistema nervioso y del sistema músculo esquelético. Dolor. Fuerza física. | <ul style="list-style-type: none"> Estado de conciencia, deseo de distensión y esparcimiento. Capacidad personal de relacionarse con los demás. Soledad. Preferencias por las formas de ocio. Creatividad. Espíritu lúdico. | <ul style="list-style-type: none"> Organizaciones deportivas y culturales para las distintas edades. Limitaciones económicas. Aislamiento físico. Entorno rural o urbano: Clima. Costumbres más o menos gregarias de la familia. | <ul style="list-style-type: none"> Severidad de determinadas religiones frente a actividades de esparcimiento. Restricciones que se imponen a las mujeres en ciertas culturas. |
| <p>Aprender</p> <ul style="list-style-type: none"> Adquirir conocimientos. Recibir información. | <ul style="list-style-type: none"> Capacidad funcional del cerebro, del sistema nervioso y de los sentidos (vista, oído). Uso de medicamentos. Senilidad o inmadurez. Enfermedad aguda. Dolor. | <ul style="list-style-type: none"> Estado de conciencia. Capacidad intelectual. Perturbación del pensamiento (juicio, memoria). Ansiedad. Educación (leer, escribir). Periodo de adaptación a la enfermedad. | <ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad de servicios educativos. Grado de evolución del miedo familiar. Importancia de la enseñanza dentro de los cuidados de enfermería. Poner el acento en al prevención. | <ul style="list-style-type: none"> Valor que se da en una cultura determinada a la educación o a la información sobre la salud y la enfermedad. |