



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

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**“Estudio de caso a un cliente adulto con alteración de sus
necesidades”**

Que para obtener el grado de Licenciado en Enfermería y Obstetricia

PRESENTA: Cruz Hernández Maria del Rocío

No. Cta. 401117516


Asesor: L.E.O Leticia Hernández Rodríguez

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Enero 2005

SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES

m. 347265



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Pag.
Introducción	
Justificación	
Objetivos	
MARCO TEORICO	1
ENFERMERIA	1
Antecedentes Históricos	1
Concepto	14
Metaparadigmas	16
CUIDADO	18
Antecedentes Históricos	19
Concepto de cuidado	23
Connotaciones y dimensiones	34
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	46
Antecedentes Históricos	46
Concepto	47
Valoración	50
Diagnóstico	63
Planeación	71
Ejecución	88
Evaluación	89
MODELO CONCEPTUAL VIRGINIA HENDERSON	92

Antecedentes	92
Conceptos principales	96
VALORACION DE ATENCION DE ENFERMERIA	98
MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON	104
Guía para la valoración de las catorce necesidades.	106
ETAPAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	112
Procesos de cicatrización	131
METODOLOGIA	136
Resumen del estudio de caso	136
Valoración.	137
Valoración de necesidades	139
Historia clínica	148
Diagnóstico	152
Hoja para análisis de las Necesidades	153
Hoja para valoración de las necesidades.	154
Planeación.	170
Planes de enfermería	171
Anexo 1. Hoja de valoración de necesidades	176
Anexo 2. Historia clínica	185
Anexo 3. Hoja para el análisis de necesidades.	187
Anexo 4. Hoja para valorización de necesidades.	188
Anexo 5. Hoja de planeación.	189
Bibliografía	190

INTRODUCCION.

La primera teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos cada uno de ellos aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

Desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en práctica y en el conocimiento común, no era considerada como ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería. Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, con la publicación del libro "Notas de Enfermería" de Florence Nightingale en 1852, se sentó la base de la enfermería profesional, en su libro Florence intentó definir la aportación específica de enfermería al cuidado de la salud.

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrolló una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1966, que surge la teoría de enfermería de Virginia Avenel Henderson.

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería.

Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.

El presente estudio de caso se realiza con fines de titulación el cual se encuentra sustentado, hacía la satisfacción de las catorce necesidades de las personas, con el propósito de que adquieran su independencia.

JUSTIFICACION.

Con fines de titulación, se realiza un P.A.E. basado en el módulo de la Teórica Virginia Henderson, su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades del cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería para lograr la independencia en el cliente.

Objetivos

Objetivo General

Aplicar la metodología del proceso de enfermería para ayudar al cliente adulto a recuperar su independencia.

Objetivo Específicos

- Mediante la valoración se obtendrán datos con relación al paciente adulto para identificar sus necesidades.
- Con base al análisis realizado integrar los Diagnósticos.
- Con base a los Diagnósticos de Enfermería se elegirán los cuidados que requiere el cliente adulto para satisfacción de sus necesidades.
- Llevar acabo las acciones de Enfermería con base a la planeación.
- A través de la evaluación se identificaran nuevos problemas y la planeación de nuevas intervenciones de Enfermería.

Objetivos.

- Aplicar la metodología del proceso de atención de para ayudar al cliente a recuperar su independencia.
- Mediante la valoración obtener datos con relación al cliente para identificar sus necesidades.
- Con base al análisis realizado integrar los diagnósticos de enfermería.
- Llevar acabo las acciones de enfermería con base a la planeación
- Determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzadas a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados.

II. MARCO TEÓRICO.

Enfermería.

Antecedentes históricos de la enfermería.

Para comprender mejor la importancia de la enfermería, es necesario conocer los antecedentes históricos y evolutivos por los cuales ha pasado, desde sus inicios hasta la actualidad; conociendo como se ha desempeñado para llegar hacer una profesión con un alto nivel académico y profesional.

Las civilizaciones antiguas: aprox. 5000 años A. C. a 1 año D. C.

“El hombre primitivo fue un cazador y un nómada hasta que aprendió a escoger un lugar para cultivar la tierra y establecerse con su familia.”¹ Para la conservación de la especie.

Estas civilizaciones empiezan a tener costumbres e integrando su información les permite conocer lo bueno y lo malo, teniendo una doctrina de “animismo ... Su imaginación .. lo lleva a la superstición, teniendo a los espíritus como buenos y malos a quienes se les atribuían las catástrofes y los beneficios de la vida cotidiana, ... Así mismo, aprenden a protegerse contra los estragos de las enfermedades utilizando el agua al bañarse en los ríos. ... su descubrimiento del fuego le dio el beneficio del calor. ... mediante la observación de los animales algunos hombres encuentran el beneficio de las plantas haciéndose expertos en el arte de adivinar los síntomas y aplicar los remedios; considerado por los demás como brujos y magos. Por lo tanto la cura de enfermedades fue de carácter religioso y ritual.”²

¹ . JAMIESON E, Historia de la enfermería, Ed. Interamericana 6ª ed. México, 1968.

² JAMIESON E Historia de la enfermería, Ed interamericana 6ª ed. México 1968_ p. 20 y21

En las culturas antiguas del cercano oriente como en Egipto, su mitología desplaza al animismo, con una traída de dioses que controlaban los asuntos materiales y espirituales, por lo tanto “el templo adquiría el doble aspecto de iglesia y hospital, y el sacerdote se convertía en sacerdote –médico, dividiéndose las actividades a mujeres sacerdotisas, las cuales ejercen la práctica de enfermería. Las madres e hijas realizaban esta actividad en su hogar. También creían en la inmortalidad, desarrollando el embalsamamiento, para la conservación eterna del cuerpo y el alma. ... En Babilonia las enfermedades eran un castigo de los pecados y podían curarse por medio del arrepentimiento; por lo tanto, la práctica médica se reducía a la magia y al empirismo. una mujer Palestina, Deborah, fue nodriza de una niña, la cual ejecuta atenciones de enfermería, de modo que representa la primera enfermera cuyo nombre a llegado a nosotros. ...

En las culturas del lejano oriente, tanto en la India como en la China el cuidado del cuerpo constituía un deber religioso siendo las mujeres encargadas de esta actividad en sus hogares y es considerada sumisa. La medicina proporciona el método sistemático de diagnóstico que consiste en mirar, escuchar, preguntar y sentir. ...

En América las mujeres indias tenían autoridad completa sobre su hogar también era consejera para el bienestar de la tribu.”³

En la cultura griega, la mitología perseguía los estados positivos de salud y felicidad. Sus templos eran donde se practicaba la religión, la enseñanza, la medicina y la enfermería. Hipócrates puso los fundamentos de la medicina científica. Por lo cual, la influencia griega significa, no sólo un cambio de los métodos empíricos a los científicos, sino que puso de manifiesto una diferencia

³ **IDEM** p. 21 a la 35

entre el sano y el enfermo. En cuanto a la mujer griega con este despertar de la razón, su posición fue estrictamente del hogar, sumisa y subordinada, a la que tocaba labores de cuidar a los hijos enfermos; así como los heridos de las guerras.

En la cultura romana para curar la enfermedad buscaban a sus dioses, usaban hierbas y supersticiones; las mujeres romanas eran más independientes por lo cual no eran sumisas, además de tener sus labores del hogar realizaban otras actividades sociales, pero también atendían a los miembros enfermos de su familia o confiaban esta labor a esclavas griegas.

Analizando estas antiguas civilizaciones, se considera que la práctica de la enfermería era totalmente realizada por las mujeres, quienes tenían a su cargo el cuidado de su familia, aprendiendo costumbres a través de la enseñanza transmitida de madres a hijas.

La era cristiana inicial: desde 1 a los 500 años después de J. C.

“La historia del buen samaritano fue la que centró particularmente la atención del enfermo pobre y, con ello, en la enfermería, la medicina y la caridad”⁴

Las primeras ordenes cristianas de mujeres fueron las diaconisas, conformadas por mujeres solteras y viudas, se ordenaban para el servicio de la igualdad y la bondad, y su caridad da origen en la asistencia social como trabajo de enfermería, enfrentándose a la enfermedad y aquellos males sociales que resultaban de la pobreza. La atención de enfermería continuaba con los remedios mágicos y tratamientos empíricos que empleaban en el hogar. Febe, una dama griega, por su trabajo de cuidar enfermos en su hogar, es considerada como la primera diaconisa y enfermera del mundo. Por lo tanto, la enfermería a domicilio se convirtió en el

⁴ JAMIESON E Historia de la enfermería Ed. interamericana 6ª ed México, 1968 p.50

trabajo de las diaconisas, de esta manera la enfermería en el hogar ya no se interrumpió. Las matronas romanas, como FABIOLA, PAULA, MARCELA que se consagraron al cuidado de los enfermos y otras buenas obras; con la caída de Roma, la Iglesia se hizo cargo de los enfermos las diaconisas y matronas cayeron en el olvido.

En la edad media, aproximadamente 500 a 1500 después de J. C. la enfermería se llevo a cabo en el joven adulto, por medio de las monjas y monjes, con el feudalismo, la señora del castillo, ayudada por la enseñanza de enfermería de su madre prestaba servicios a los enfermos de la hacienda de su señor. Atendía a los enfermos de su familia, a los arrendatarios y los siervos.

El gremio se convirtió en la primera organización de trabajadores, constituida con fines de beneficio mutuo, proporcionando asistencia de enfermería a aquellos que la necesitaban. La carga de la caridad pública y la atención de enfermería de los pobres se traspa a los monasterios.

La enfermería en la baja edad media.

La enfermería se fue adaptando a las necesidades sociales en cambios permanentes. ... Durante las cruzadas la enfermería es desempeñada por militares; introduciéndose a la enfermería el voto de la obediencia, teniendo rango y respeto a los funcionarios superiores, surgen los hospitales.

“ La nueva necesidad social de la redistribución de la población y el desarrollo urbano saca a la enfermera del hospital y la llevo nuevamente al hogar. ... hacia fines del siglo XII y XIII aparecen los hospitales municipales creándose grupos de enfermería civiles en los hospitales; en este tiempo la medicina marca la diferencia entre la enfermería convirtiéndola en la asistente del médico. Ya que la práctica de enfermería y su equipo había sido transmitida por tradición. Entrando en un período

de decadencia. Donde la vocación no se reconoce públicamente por espacio de casi cuatro siglos. ... La uniformidad en el vestido se adopta de las ordenes militares de enfermería; surgiendo así diferentes vestimentas para los monasterios, también se utiliza un tocado en la cabeza como cofia o cucurucho puntiagudo o un velo.”⁵

La decadencia de enfermería en el renacimiento durante en período de 1500 a 1860.

“La enfermería seguía siendo un arte fuera del dominio intelectual y estético. Siendo un período oscuro de la enfermería. ... surgen los protestantes destruyendo la iglesia y con ello los monasterios quedando los pobres sin alivio, ya que los hospitales empezaban a ser de paga. ... a la mitad de este período se construyen nuevos hospitales en condiciones insalubres, sin personal que lo atiendan, contratándose a mujeres borrachas, inmorales y despiadadas, quienes eran las que cuidaban a los enfermos desde una jornada de 12 a 48 horas, para el turno nocturno se contrataban a ancianas. ... la práctica de enfermería surge como una lucecita con las monjas agustinianas, quienes prestaban sus servicios a los hospitales de la ciudad vigiladas por el clero volviendo la atención a los enfermos.”⁶

“En 1839 se crea la sociedad de enfermeras de Philadelphia, siendo una organización de mujeres que se proponían prestar un servicio de maternidad en los hogares. Sus integrantes eran de un carácter de firmeza y contando con experiencia en al familia; el Doctor Joseph Warrington da clases en forma de conferencias y práctica con un maniquí. ... la sociedad pagaba un salario a las

⁵ **JAMIESON E Historia de la Enfermería** Ed interamericana 6ª edición México 1968 Págs. 95 y 105 a la

108

⁶ **IDEM** Págs. 120 a la 131

enfermeras, expedía certificados y se adopto el sistema inglés de renta de cuartos en la escuela de maternidad y atención al servicio domiciliario”⁷

“... La escuela de las diaconisas de Kaiserwerth en Alemania. El objetivo de éstas, era el de preparar a las diaconisas para la enseñanza y la enfermería, estudiando el alivio a los pobres, de la labor de la cárcel y la rehabilitación; los trabajos que realizaban eran por amor a Cristo y de seguir atendiendo al pobre, los enfermos y a los que necesitaban ayuda.

En 1859, Florencia Nightingale publica las notas sobre la enfermería, convirtiéndose en un libro de texto de las enfermeras.”⁸

“En Inglaterra en el año de 1860, se da el origen a la enfermera profesional con el sistema de Florencia Nightingale en el Hospital de Santo Tomás”⁹

Este sistema de formación profesional fue el primero, del cual su enseñanza era por medio de conferencias y prácticas clínicas. A partir de esos momentos la enfermería se desprende de las ordenes religiosas.

“En este sistema, la enfermera no se confunde con el médico, sus funciones y cualidades eran determinadas por la escuela en cuanto a puntualidad, orden, limpieza, método y habilidad técnica, dando relevancia a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

En Francia la primera “profesional” de enfermería se establece el 1 de abril de 1878 en el Hospital de Salpetrière.

⁷ **JAMIESON E Historia de la enfermería** Ed interamericana 6ª ed México 1968_ Pág. 148

⁸ **IDEM** Págs. 159 a la 164 y 176

⁹ **ESPINOSA Y RODRIGUEZ. DOCENCIA EN ENFERMERIA**, Antología y ENEO. Pág. 92 y 93

El papel de la enfermera como responsable del cuidado directo de los enfermos y colaboradora disciplinada pero inteligente, del médico y del cirujano, hace que se delegue el trabajo burdo, como la cocina y la limpieza, a otro tipo de personal.

Este sistema republicano, otorga un mérito a la enfermera por sus capacidades y cualidades desarrolladas en el proceso de instrucción, y otorga un diploma obtenido a través de su examen.

El personal de servicio que trabajaba en los hospitales y jóvenes humildes debían de tener instrucción general mínima y salud. El programa de estudios por la Asistencia Pública incluía cursos teóricos y prácticos de anatomía y fisiología por los médicos. Las prácticas consistían en lecciones sobre vendajes, el registro de signos vitales, tendido de camas y la preparación de material y equipo quirúrgico. El internado era obligatorio para las alumnas con el fin de inculcar la disciplina y responsabilidad como la “devoción” a los enfermos.

El Hospital de Mujeres de Filadelfia en 1861 y el Hospital de Mujeres y Niños de Nueva Inglaterra, es atendido por mujeres médicas. El objetivo fundamental fue la preparación de enfermeras, que se inicia desde 1862, pero hasta 1872 se establece el programa formal de un año. En la experiencia práctica, había cuatro periodos: cirugía, medicina, maternidad y asistencia domiciliaria, se impartían clases teóricas por las doctoras. La jefa de piso enseñaba a registrar los signos vitales, vendajes y diversos procedimientos de enfermería, a la cabecera del enfermo.

El nuevo siglo, cambio la formación de las enfermeras; las estudiantes empiezan su preparación fuera de servicios para contar con las bases de enfrentar la práctica real. Existía ya una estrecha supervisión y una evaluación, que exigió la presencia de la instructora de tiempo completo, que desde 1899 contaban con un

curso avanzado para la formación de enfermeras graduadas para dirigir escuelas y servicios de enfermería.”¹⁰

La evolución de la enfermería en México.

Época Precortesiana.

“La partera, quien era la que daba atención a las mujeres embarazadas, a la madre y al hijo durante el parto y los primeros meses de vida del niño, recibían el nombre de Tamatqui-Ticitl considerada como la enfermera.

Época Colonial.

Las ordenes religiosas prestaron atención a los enfermos como “Orden de Mexicana de San Hipólito, orden Guatemalteca de Betlehemitas, cofradía de San Camilo de Lelis, hermanos Franciscanos y sacerdotes Jesuitas.

Había también enfermeras que realizaban las primeras curaciones en los hospitales y cárceles; eran mujeres de edad madura, solteras o viudas honestas. Su trabajo era tan humilde que no les exigían licencia para ejercer. Isabel de Celda, puede ser considerada como la Primera enfermera sanitaria.”¹¹

“Se crean las instituciones hospitalarias en el país, siendo el primero de ellos el Hospital de Jesús. Se inicia la organización de los servicios de enfermería en el área asistencial.”¹²

¹⁰ **IDEM** Págs. 93 a la 97

¹¹ JAIMEISON **Op. cit.** Págs. 357 a la 359

¹² ROBLEDO AJ **Revista Enfermera al día “Breve Crónica de la Enfermería en México”** Vol. 10 1985 México

Guerra de Independencia.

Las hermanas de la caridad eran las enfermeras del Hospital de San Pablo (hoy Juárez) brindando amor al que sufre, teniendo energía, constancia y abnegación.”¹³

“En 1840 Se establecen las Ordenanzas de Salud Pública dado las frecuentes epidemias y el número insuficiente de Hospitales.

En 1895 El Dr. Eduardo Licéaga y el Ing. Roberto Gayol ponen de relieve la urgencia de crear la profesión de enfermería.”¹⁴

“1898 Se establece la Escuela Práctica y de Enfermeros en el Hospital de Maternidad e Infancia.”¹⁵

Época Moderna.

“1907. Se inaugura la Escuela de Enfermería con sede en el Hospital General. Organizada con la cooperación profesional de lo Estados Unidos de Norteamérica.”¹⁶

“Licéaga había dicho: la asistencia de los enfermos va a confiarse a personas del sexo femenino con instrucción y educación, con el objetivo de cuidarlos.

El reglamento de la escuela y cuerpo de enfermeras se pone en vigor en el mismo año. Uno de los requisitos era tener cuatro años de primaria.1910. La educación

¹³ JAIMEISON E **Historia de la Enfermería** Ed Interamericana 6ª ed México 1968 Pág. 362

¹⁴ ROBLEDO AJ **Revista Enfermera al día Breve crónica de la Enfermería en México** Vol. 10

¹⁵ Antología **Op. Cit** Pág. 98

¹⁶ ROBLEDO AJ **Op. Cit** Vol. 10

de enfermería fue encomendada a la Escuela Nacional de Medicina, exigiéndose el sexto año primaria para los aspirantes.

1915. Las mujeres Mexicanas se introducían a los campos de batalla a proporcionar atención, cariño y consuelo a los caídos, soportando la sed, el hambre y los desvelos... Refugio Estévez , es considerada la primera enfermera militar por su vocación a la humanidad."¹⁷

"1920. Se fundan los Centros de Higiene y se contrata personal de enfermería.

1921.La federación del programa de Control de Enfermedades Transmisibles, contaba con 10 enfermeras visitadoras; 8 destinadas a la vacunación antivariolosa y 2, para combatir la oftalmía purulenta.

1925. Por decreto presidencial se instituye el Curso de Enfermera Visitadora.

1926. Se lleva a cabo el primer curso de Enfermera visitadora bajo la responsabilidad de la Escuela de Salubridad e Higiene."¹⁸

"1927. La escuela de Enfermeras del Hospital General pasa a depender de la facultad de Medicina, solicitando como requisitos, tener la primaria, así como un año de secundaria."¹⁹

"1929. Por decreto presidencial, el 22 de abril se crea el Servicio de Higiene Infantil, que cuenta con el Servicio de Enfermeras Visitadoras, cuya labor es la vigilancia del embarazo y la crianza higiénica del niño.

¹⁷ JAIMEISON E. Historia de la Enfermería Ed Interamericana 6ª ed México 1968 Págs. 364 a la 366

¹⁸ ROBLEDOS AJ Revista Enfermera al día Breve crónica de la Enfermería en México Vol. 10

¹⁹ JAIMEISON Op. cit. Pág. 366

Historia 1936. El Instituto Rockefeller beca 5 enfermeras para recibir adiestramiento en Enfermería Sanitaria en Nueva York y Canadá. A su regreso se organiza la Oficina de Enfermería, quedando como Jefe la C. Enfermera Carmen Gómez Siegler; esta fue la primera oficina organizada y dirigida por enfermeras.

Se dedicó a aspectos técnico-administrativos, formuló instructivos para el ingreso del personal de enfermería sanitaria, creo su reglamento interno, el de la labor de enfermedades transmisibles y el Reglamento de los Servicios de Enfermería Sanitaria. ^{»20}

“Siendo director de la Facultad de Medicina el Dr. Ignacio Chávez, impuso como requisito para estudiar la carrera de enfermería el certificado de enseñanza secundaria así, como el haber obtenido el título de enfermera para ingresar a la carrera de obstetricia..”²¹

“1942. Se establece el segundo plan Sexenal y se crea la Oficina de Supervisión y Orientación Técnica de Enfermería. Se decreto aumentar el número de enfermeras para alcanzar la proporción de una Enfermera Visitadora por cada 5,000 habitantes. Se crea el Curso Visitadoras Rurales y se instituye la Escuela de Adiestramiento para Médicos y Enfermeras en la Unidad Sanitaria de Xochimilco, D, F.”²²

“1945. La escuela de enfermería logra su autonomía y se constituye en Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia... la cual se incluye en la Ley de Profesiones.”²³

²⁰ ROBLEDO AJ Revista Enfermera al día Breve crónica de la Enfermera en México Vol. 10

²¹ JAIMEISON E Historia de la Enfermería Ed Interamericana 6ª ed. México 1968. Pág. 366

²² ROBLEDO AJ Op. Cit Vol. 10

²³ JAIMEISON Op. cit. Pág. 366

“1947. Se inaugura el Centro de Salud “Soledad Orozco de Ávila Camacho” y se constituye este Centro como sede de adiestramiento para jefes y supervisoras del Servicio de Enfermería Sanitaria de los Estados de la República y países Latinoamericanos.

1949. La Escuela de Salubridad e Higiene. establece los cursos de enfermería sanitaria de un año escolar para enfermeras tituladas.

1950. Se inaugura el centro de salud “Beatriz Velasco de Alemán” constituido por enfermeras tituladas y auxiliares de enfermería adiestradas por la Dirección de Cooperación Interamericana de Salud Pública.

1954. Se crea la Dirección de Enfermería y Trabajo Social para asesorar a las direcciones aplicativas de la Secretaría de Salubridad en el aspecto técnico de la profesión.

1959. Se crea la Dirección de Enfermería nombrando a una enfermera como directora. La Dirección de Salubridad en el Distrito Federal crea la Sección de Enfermería Sanitaria, formada por un jefe y 4 supervisoras, esta oficina funcionó hasta 1961.

1967. Se integra nuevamente la oficina de enfermería sanitaria con 5 supervisoras y un jefe.

1978. Debido a la reforma administrativa, se cambio la denominación de la Dirección General de Salubridad en el Distrito Federal por la de: Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal. La oficina de enfermería sanitaria cambia a oficina de enfermería, constituida por un Jefe y 7 supervisoras. A los distritos sanitarios se les llamaría ahora Distritos de Salud Pública.

1979. Se crea el segundo nivel, en cuya organización se contempla la Sección de Enfermería con curso Post-básico en Salud Pública.

1982. Se integran las Direcciones Generales de Salud Pública en el Distrito Federal y Asistencia Médica. En la oficina de control de la Asistencia Médica se ubicó la Oficina de Enfermería de primer nivel, dependiente del departamento de Atención Médica de primer nivel. Esta oficina queda integrada por un jefe y una supervisora. ²⁴

Concepto de Enfermería

“Son las intervenciones para identificar las necesidades de salud del paciente, cliente, familia o de la comunidad; planifica y administra cuidados, evalúa los resultados haciendo sus interacciones dinámicas.”²⁵

“Enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera, junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud.”²⁶

“La enfermera es el diagnóstico y el tratamiento de la respuesta a los problemas a la salud reales o potenciales.”²⁷

“Definición de Enfermería en términos Funcionales: la única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento

²⁴ ROBLEDO AJ Revista Enfermera al día Breve crónica de la Enfermera en México Vol. 10

²⁵ OMS

²⁶ Lic PACHECO A.L. En Antología de Sociedad, Salud y Enfermería., ENEO UNAM México. 2003 Pág. 244

²⁷ KOZIER B. Fundamentos de Enfermería Conceptos, Proceso y Práctica. Ed. Mc. Graw-hill Interamericana 5 edición Vol. 1 Pág. 848

necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.”²⁸

2.1.2 Corriente de los modelos teóricos: La definición de enfermería

Conforme crecieron las competencias técnicas en la Enfermería, se hizo necesaria una formación mayor, por lo que este incremento de conocimiento puso de relieve la necesidad de delimitar tanto la naturaleza del objeto de estudio de esta disciplina, como su ámbito de actuación profesional. Así, a mediados del presente siglo, muchos de los esfuerzos de los profesionales de la Enfermería estuvieron dirigidos a resolver esta cuestión. Se inicia un periodo que se caracteriza por la creación de modelos teóricos que tratan de esclarecer qué hacen sus profesionales, por qué lo hacen, cómo lo hacen y cuál es el camino a seguir para el incremento del corpus de conocimientos propio. Es el momento en el que se impone la creación de una definición universal de los Cuidados de Enfermería, es decir, se percibe la necesidad de “explicar con precisión el significado o naturaleza”²⁹ de la Enfermería, a través de una proposición que exponga con claridad y exactitud los caracteres genéricos y diferenciales de la Enfermería en el ámbito general de la Ciencia.

Como consecuencia de la necesidad de definir la disciplina enfermera, se determinó “por consenso” los fenómenos que debían ser investigados. Estos fenómenos que son la persona, el entorno, la salud y el cuidado, forman lo que se ha denominado **metaparadigma** y tratan de proporcionar una perspectiva universal de la disciplina. Siguiendo a Fawcet, la función del metaparadigma es la identificación del campo de estudio *domain*, lo que requiere que los conceptos y las relaciones entre ellos representen una perspectiva única y diferenciada, por lo

²⁸ A. MARRINER TOMEY y M. RAILE ALLIGOOD, Modelos y Teorías en Enfermería, 4 Edición 1999 España editorial Harcourt Brace Pág. 102.

que debe abarcar todos los fenómenos de interés de una disciplina. Con el concepto de **persona**, que incluye al individuo, la familia y la comunidad, se identifica al receptor o a los receptores de los cuidados; con el **entorno** se identifican las circunstancias, tanto físicas como sociales o de otra naturaleza, que afectan a la persona; el concepto de **salud** se refiere al estado de bienestar que oscila entre los más altos niveles de salud y la enfermería terminal, y el concepto de **cuidado** es la propia definición de enfermería, es decir, “las acciones emprendidas por las enfermeras en nombre de o de acuerdo con la persona y las metas o resultados de las acciones enfermera. Las acciones enfermeras normalmente son vistas como un proceso sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.”³⁰

“Los cuatro conceptos y las cuatro proposiciones identifican el único objeto de estudio *focus* de la disciplina de Enfermería, y abarca todos los fenómenos relevantes de forma sucinta *parsimonious*. Además, los conceptos y las proposiciones tienen una perspectiva neutral porque no reflejan un paradigma o modelo conceptual. Por otra parte, los conceptos y las proposiciones metaparadigmáticas no reflejan creencias y valores de ningún país o cultura, y por tanto, tienen una esencia y un campo de aplicación universal”.³¹

Un metaparadigma es el marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o de una profesión.

- 1.- Define y describe las relaciones entre las ideas y los valores principales
- 2.- Orienta la organización de los modelos y las teorías de una profesión.

²⁹ HERNANDEZ CONESA J. fundamentos enfermería teoría y método Ed. McGraw Hill. Interamericana, España 1999 pp152.

³⁰ Idem.

³¹ HERNANDEZ CONESA J. fundamentos enfermería teoría y método Ed. McGraw Hill. Interamericana, España 1999 pp152.

VIRGINIA HENDERSON. “DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA”

INTRODUCCIÓN.

Virginia Henderson se graduó en la Army School of Nursing en 1921.

Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la I Guerra Mundial.

Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica.

En 1955 publicó su “Definición de Enfermería”, en 1966 perfiló su Definición en el libro: “The Nature of Nursing”.

Crítica interna. Metaparadigma.

Persona: Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar una salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad.

Influible por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

Entorno: Sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

La salud puede verse afectada por factores:

Físicos: aire, temperatura, sol, etc.

Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

Salud: La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.

- Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura).
- Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales).
- Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias).
- Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

Enfermería: La define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda. La enfermería ayuda a la persona a ser independiente lo antes posible.

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito.³²

Desde nuestro punto de vista esta teoría es congruente, ya que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería.

³² HERNANDEZ CONESAJ. fundamentos enfermería teoría y método Ed. McGraw Hill. Interamericana, España 1999 pp152.

CRÍTICA EXTERNA.

Epistemología.

Aunque la mayor parte de su teoría está basada, como así define en su libro, "The.Nature of Nursing", en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología y física, también utiliza la observación de su práctica diaria para dar forma a su teoría.

Asunción del modelo.

El profesional de enfermería requiere trabajar de manera independiente con otros miembros del equipo de salud. Las funciones de la enfermera son independientes de las del médico, pero utiliza el plan de cuidados de este para proporcionar el cuidado al paciente.

Identificación de tres modelos de función enfermera:

- Sustituta.- Compensa lo que le falta al paciente.
- Ayudante.- Establece las intervenciones clínicas.
- Compañera.- Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona.

2.2 EL CUIDADO.

Es importante destacar que el cuidado forma parte del ser humano desde sus orígenes, pero a diferencia de los animales, adquiere en el transcurso del tiempo, forma y expresiones de cuidar que se sofistican. Se considera el cuidado no como una actividad o tarea realizada en el sentido de tratar una herida, aliviar, un desconfort y ayudar en una cura o aliviar una dolencia. Procura ir más allá, intentando captar un sentido más amplio, el cuidado como una forma de expresión, de relación con el otro ser y con el mundo, como una forma de vivir plenamente. Este cuidado puede y debe ser brindado por todo los integrantes del equipo de salud para ayudar al usuario, no solo a recuperarse de una enfermedad o a prevenirla, si no a crecer y realizarse como persona.

PALABRAS CLAVES: Cuidar. Cuidado humano, equipo de salud, enfermería, ciencias de la salud.

2.2.1 Evolución histórica del concepto de cuidado humano.

Es importante comprender que este concepto ha ido evolucionando desde la época prehistórica hasta nuestros días. Rumbo a la posmodernidad y hacia el tercer milenio.

El hombre prehistórico trato en todo momento de satisfacer sus necesidades básicas para subsistir: Alimentación, vivienda, protección, recreación, confort, transporte y la necesidad de tocar, sobar y gestos rudimentarios de afectos.

En la edad antigua (etapa que abarca desde la invención de la escritura: Mediados del cuarto milenio a. de c; hasta el siglo V de C.) gracias a la invención de la escritura fue posible la difusión del conocimiento, ya que comienza a escribirse libros, artículos, cartas, etc.; que sirven como medios de transmitir el resultado de

numerosas investigaciones realizadas por los científicos de la época. Principalmente en el campo de la medicina. El mayor avance en cuanto a la profesión de enfermería ³³se observa en la India (2500 a 1500 a. de c.), donde se consideraba que la enfermera debía tener conocimientos sobre preparación de medicamentos para su administración. Debía ser astuta, dedicada al paciente y ser pura tanto de mente como de cuerpo, la necesidad de su formación surge a raíz de la creación de los hospitales. El surgimiento del cristianismo a finales de la edad antigua favoreció la atención desinteresada de los enfermos. Por amor a Dios y a la vez coloca a la mujer en un plano de igualdad con el hombre, incorporándose en posiciones de liderazgo y labores humanitarias, dando lugar a su enseñanza a través del clero, a su desarrollo como profesión organizada, surgiendo la figura de la enfermera visitadora que atendía a los pobres en sus hogares.

Durante la edad media, periodo de 1000 años que se desarrolló aproximadamente entre los siglos V y XV, la invasión de los bárbaros a Europa provocó cambios en la sociedad medieval. Lo que influyó también en la enfermería la cual tuvo que adaptarse a las necesidades de salud de la población.

Los grupos que se formaron para cuidar de los heridos, enfermos y peregrinos. Durante las cruzadas, lo hacían siguiendo los principios de la caridad cristiana; de esta manera el valor social concedido por el cristianismo a las actividades de cuidar giró alrededor de objetivos espirituales.

La salud de los pobladores era precaria, debido al incremento constante de enfermedades infectocontagiosas. La desnutrición, la pobreza de las cosechas, el hacinamiento, la poca limpieza, la falta de higiene y de conocimientos dietéticos. Además, los viajes y las guerras colocaban a las personas en contacto con enfermedades para las cuales carecía inmunidad natural.

³³ DONAHUE P. Historia de la enfermería España 1993 Editorial Doyma. Pp86

La medicina se fue diferenciando de la cirugía y la enfermería a medida que aquella tomaba en cuenta a personas que durante mucho tiempo se habían dedicado al estudio también contribuyó el renacimiento de la ciencia griega cuyos impulsores principales fueron los bizantinos y musulmanes, trayendo como consecuencia la aparición de universidades por doquier, lo que dio lugar a una medicina de estudios avanzados.

La enfermería al no penetrar los muros universitarios, por la condición de desvalorización de la mujer en esa época, entró en etapa decadente y sus actividades se redujeron a tareas simples; alimentación de los enfermos; lavado y vendaje de heridas, cuidar a los leprosos, atender partos y cuidar niños.

Obsérvese que las palabras cuidar, cuidado de atención aparecen en esta época como parte de las tareas simples de la enfermera, las cuales se realizaban por amor a Dios, se aprecia el énfasis en lo curativo más que en lo preventivo a diferencia de las etapas anteriores. Además, tal como está escrito este cuidado se refiere más a asistir que a cuidar. Asistir implica estar presente, comparecer, hacer compañía, auxiliar, socorrer, testimoniar, observar: mientras que cuidar, tal como se señaló al inicio, consiste en atender, velar, mimar, esmerarse, imaginar, pensar, meditar, asistir, aplicar la atención o pensamiento, vigilar, tratar, prevenir. Vemos entonces como el cuidar incluye asistir, pero asistir no incluye cuidar (yo puedo estar presente, hacer compañía pero sin atender o esmerarse por el bienestar del otro).

El cuidado de enfermería se diferenciaba claramente del cuidado médico. Ya que el objetivo de enfermería era proporcionar y mantener el confort, ayudar a los enfermos a morir dignamente. Además de contribuir con la medicina y la curación; mientras que el objetivo del médico era curar y controlar la enfermedad.

La etapa moderna o modernismo, que históricamente se ubica entre los siglos XV y XIX, se inicia con la declinación de los ideales religiosos que prevalecieron y finalizó con los movimientos de la Revolución Francesa. En esta época hay importantes avances en el campo de la medicina, producto de investigaciones realizadas por destacados médicos, que a su vez contribuyeron también al avance de la enfermería, pues se necesitaban cada vez más enfermeras capacitadas para trabajar en los hospitales para asistir a los enfermos (y a los médicos por lo general creándose una dependencia cada vez mayor de la enfermera hacia él médico).

Las enfermeras sanitarias de la época atendían a los enfermos en el hogar: control de signos vitales, administración de tratamiento médico, instrucción a la familia acerca de la higiene personal, medidas sanitarias útiles para toda la familia, de esta forma enseñanza y prevención se convirtieron en funciones importantes de las enfermeras de distrito.

Para mejorar su práctica profesional la enfermera acude a la universidad y con ello asume mejores funciones, responsabilidades, realiza investigaciones. En la década de los 60 un mayor número de enfermeras se preparaba en el ámbito del doctorado, aparecen marcos conceptuales y teorías que guían la práctica de enfermería.

El cuidado forma parte del ser humano desde sus orígenes pero a diferencia de los animales³⁴, adquieren el transcurso del tiempo formas y expresiones de cuidar que se sofistican; Y considera el cuidado no como una actividad o tarea realizada en el sentido de tratar una herida, aliviar un desconfort y ayudar en una cura o aliviar una dolencia. Procurar ir más allá, intentando captar un sentido más amplio; el cuidado como una forma de expresión, de relación con el otro ser y con el mundo, como una forma de vivir plenamente; aunque infelizmente en su historia

³⁴ WALDO V. Cuidado Humano O Resgate Necesario. Editorial Sagra Luzatto Brasilpp17

representa paradojas y ambigüedades entre comportamientos de cuidado y no-cuidado; las guerras han hecho que cada vez sean mas sofisticados los instrumento bélicos fabricados por el hombre para la destrucción de millares de personas. De igual manera, los descubrimientos científicos y los avances industriales y tecnológicos, si bien han sido de mucho beneficio para el mundo entero, también han causado tragedias en función del incontrolable deseo del hombre de ejercitar su poder.

A veces el hombre no mide las consecuencias de sus acciones, pues la lucha e ahora es cada vez más competitiva lo cual lo hace ser más individualista. El bienestar hoy en día significa tener, poseer cosas y bienes no importa lo que cueste. En este cuidar, la salud, por ejemplo, esta incluida. Mientras tanto solo hay una real preocupación por su ausencia y se toman medidas de protección solo cuando la salud esta amenazada.

2.2.2 Definición de cuidado

Existen múltiples connotaciones del verbo cuidar. En los diccionarios lo definen como poner atención y esmero en una cosa, atender, velar, mimar, esmerarse, imaginar, pensar, meditar, asistir, ir, aplicar la atención o pensamiento, vigilar, tratar, prevenir, "el cuidado significa además preocupación, interés, afecto, importarse, proteger, gustar, en portugués significa cautela, celo, responsabilidad, preocupación. El verbo cuidar específicamente asume la connotación de causar inquietud, entregar la atención"³⁵Para enfermería tiene un significado mucho más amplio y se refiere básicamente al aspecto humano, así se define el cuidado como "ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona. Es una manera de relacionarse con alguien que implica desarrollo".³⁶

³⁵ WALDO V. Cuidado Humano O Resgate Necesario. Editorial Sagra Luzatto Brasilpp17

³⁶ Idem. pp19

Algunos estudiosos derivan del latín cura. ESTA PALABRA “es un sinónimo erudito de cuidado, usada en la traducción de ser en tiempo de Martín Heidegger. En su forma más antigua, cura en latín se escribía Corea y era usada en un contexto de relación de amor y de amistad. Expresaba actitud de cuidado, de desvelo, de preocupación, y de inquietud por la persona amada o por el objeto de estimación”.³⁷

En tal sentido, entendiendo el cuidado como una actitud de responsabilidad y involucramiento afectivo con otro ser humano, “la palabra cuidado incluye dos significaciones básicas, íntimamente ligadas entre sí: la primera actitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro. La segunda, de preocupación y de inquietud por que la persona que tiene cuidado se siente envuelta y efectivamente ligada al otro” .³⁸

Rescatar el cuidado humano en cada uno de nosotros, los seres humanos, es vital en el momento actual. En todos los sectores, y en particular, entre las profesiones de la salud, el cuidado como una condición humana debería constituir un imperativo moral.³⁹

En la **primera fase**: las primeras expresiones organizadas y sistematizadas de saber en enfermería son constituidas por las **técnicas de enfermería** comúnmente conocidas como cuidado de enfermería. Para Almeida, las técnicas consisten en descripciones de procedimientos de enfermería a ser ejecutadas paso a paso, y específicamente también el material que es utilizado; es decir que el objetivo de enfermería no está centrado en el cuidado al paciente, si no en la manera de ser ejecutada la tarea.

³⁷ MAYEROFF M Arte de servir Ao Próximo para servir a si mesmo Editora Record Brasil 1971 pp24

³⁸ BOFF L. Saber cuidar Ética do Humano Compaixa o Pela Terra Editorial Bozzez Brasil 1999 pp90-92

³⁹ WALDO V. Cuidado Humano O Resgate Necessario. Editorial Sagra Luzatto Brasilpp17

La segunda fase. Hacia la década de los 50, se caracteriza por la introducción de **los principios científicos**, que eran guías norteadoras de todas las acciones de enfermería.

Prevalcen énfasis en los aspectos biológicos, ahora con una preocupación en incluir algunos aspectos psicosociales. Lo importante es que los cuidados de la enfermería, o las técnicas de enfermería tienen ahora un respaldo científico.

La década de los 50 trajo modificaciones en el escenario de enfermería en los estados unidos, donde las enfermeras brasileñas, así como las venezolanas, también se inspiraron.

La introducción de la alta tecnología tuvo un fuerte impacto en el mundo hospitalario. La eficiencia en administrar tratamiento sofisticados y nuevos medicamentos toman las acciones de enfermería más complejas.

Las enfermeras y enfermeros, para atender la demanda y controlar las actividades asumen totalmente la función administrativa, o mejor, de gerenciamiento.

A mediados de la década de los 60 y 70 se inicia la tercera fase de desarrollo de enfermería, denominada teoría de enfermería. Varios intentos son realizados por algunos líderes de la enfermera mundialmente en el sentido de humanizar la asistencia o el cuidado.

Parece que la fase actual por la que pasa la enfermería es justamente la de discutir y de cuestionar su conocimiento. Las influencias políticas, sociales y económicas, la propia historia de enfermería y las prácticas de cuidar y su interrelación con la categoría genero, son actualmente el foco de las discusiones. Es una fase revolucionaria. Antiguos paradigmas son cuestionados, existen diferentes visiones del mundo que han acompañado a la enfermería.

Los cuestionamientos, las discusiones y los análisis por lo que pasa la enfermería actualmente deberían resultar en una madurez de la profesión. Las investigaciones han sufrido un incremento, lo que ha contribuido con el avance del conocimiento. De la misma forma crecen los cursos de postgrado, que en verdad son los responsables por el aumento numérico y de calidad de las investigaciones. “La dedicación es fundamental para el cuidado. Cuando acaba la dedicación acaba el cuidado, el cuidado se desarrolla en un proceso de superar obstáculos y dificultades y la base de mi dedicación es el valor que yo reconozco en el otro”⁴⁰.

COMPONENTE DEL CUIDADO HUMANO

Maycroff ⁴¹ describe 8 componentes del cuidado, los principales componentes del cuidado según este autor son: Conocimiento, ritmos alternados, paciencia, sinceridad, confianza, humildad, esperanza, y coraje.

Conocimiento: Para cuidar de alguien debo conocer muchas cosas. Necesito conocer por ejemplo, quien es el otro, cuales son sus poderes y limitaciones, cuales sus necesidades y lo que conducen a su crecimiento; Preciso saber como responder a sus necesidades y cuales son mis propios poderes y limitaciones.

Ritmos alternados: No puedo cuidar apenas por hábitos; Debo ser capaz de aprender a partir de mi pasado. Veo cuantos comprenden mis acciones, si ayude o no, y a la luz de los resultados, mantengo o modifico mi comportamiento de modo de poder ayudar mejor al otro.

Paciencia: La paciencia es un componente importante del cuidado; Yo dejo al otro crecer en su propio tiempo y de su propia manera. Con paciencia yo doy tiempo y por lo tanto posibilito al otro a encontrarse asimismo en su propio tiempo. La

⁴⁰ MAYEROFF M Arte de servir Ao Proximo para servir a si mesmo Editora Record Brasil pp33

⁴¹ Idem pp46

paciencia incluye la tolerancia. La tolerancia expresa mi respeto por el crecimiento del otro.

Sinceridad: En el cuidado soy sincero al intentar ser verdadero. Al cuidar de otro. Debo ver al otro como él es y no como a mí me gustaría que fuese, o como siento que debe ser. Si voy a ayudar a otro a crecer, debo corresponder a sus necesidades de cambio. Pero además debe haber al otro como él es, debo también verme a mí como yo soy. Soy sincero al cuidar, no por conveniencia, si no por que la sinceridad es parte integrante del cuidado.

Confianza: El cuidado implica el confiar en el conocimiento del otro en su propio tiempo y de su propia manera. Al cuidar de otra persona confié en que él va a errar y aprender de sus errores. Confiar en el otro es dejarlo en libertad; Esto incluye un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido y ambos exigen coraje.

Humildad: El hombre que cuida es sinceramente humilde cuando se dispone a aprender más sobre el otro y sobre sí mismo, y sobre aquello que el cuidado comprende. Una actitud de no tener nada más que aprender es incompatible con el cuidado. La humanidad también está presente al tomar conciencia de que mi cuidado específico no es de forma algún privilegiado. Lo que es significativo en última instancia no es si mi cuidado es más importante que su cuidado, pero si que el hombre es capaz de cuidar y que tenga algo de que cuidar. La preocupación en saber cual es el cuidado más valioso me desvía más del cuidado.

Esperanza: Existe la esperanza de que el otro crezca a través de mi cuidado. No debe ser confundido con la esperanza irrealizable ni con las expectativas infundadas. Tal esperanza es una expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades. Al contrario, donde no hay posibilidades de nuevo crecimiento habrá desespero.

Coraje: Confiar en el crecimiento del otro y en mi propia capacidad de cuidar me da coraje para lanzarme a lo desconocido, pero también es verdad que sin el coraje de lanzarme a lo desconocido tal confianza sería imposible. Es claro que cuanto mayor sea la sensación de lanzarse a lo desconocido mayor será el coraje exigido para cuidar. La enfermera y el enfermero para impartir cuidado humano debe poseer actitudes, aptitudes, cualidades, y habilidades personales que le permitan aplicar todos los componentes del cuidado humano descrito por Maycroff, durante su vida personal y profesional, en sus diferentes roles

LA MISION COMO MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD

Es necesario que el profesional de la salud brinde un cuidado solidario al usuario, ya que “en el cuidado solidario hay una disposición de ayuda mutua entre el profesional y el paciente, que eleva sus niveles de conciencia, posibilita el fortalecimiento de las relaciones de sociabilidad y contribuye para el restablecimiento de la salud”.⁴²

Es fácil entonces comprender que “cualquier persona no puede cuidar de otra si no toma en cuenta sus componentes y, además, si no reúne algunas condiciones tales como:

Concientización y conocimiento sobre la necesidad de cuidado

Intención de actuar y acciones basadas en conocimiento

Desea un cambio positivo en el bienestar del otro”.⁴³

En tal sentido, “el cuidado humano es un acto, una dimensión antológica, existencial, que se mueve en un proceso de relación, de reciprocidad, de confianza y involucramiento afectivo por otro ser humano. Desde el punto de vista

⁴² BETTINELLI L. Cuidado solidario passo fundo Pe.Berthier Brasil 1998 pp35

⁴³ WATSON J. Nursing Human Science and Human Care A theory of Nursing New York National language for Nursing pp65.

ecológico requiere que las personas se relacionen en forma respetuosa con la naturaleza".⁴⁴

Dejemos entonces estar conscientes de la misión como miembros del equipo de salud en la sociedad, del cuidado de la naturaleza que es fuente de vida, e que la acción individual tiene un efecto holográfico, tal como la gota de agua que cae al pozo y hace movimiento ondulatorio que afectan a todo el ecosistema. , Que se debe tener apertura hacia el conocimiento universal y producir nuevos conocimientos. Esta visión ampliada nos ayuda a percibir, a tener conciencia del uso de nuestra mano para acariciar, hacer contacto piel a piel, hacer procedimientos, ayudar al otro a levantarse. El corazón es capaz de captar esas percepciones para un cuidado digno de salud para el tercer milenio. Un cuidado realizado con arte, arte expresado a través de la música. La poesía, la pintura, la escultura, el sentido del humor, el baile, y muchas otras formas de expresión artística que contribuirán a dar mayor belleza a nuestro cuidado y despertar en las otros sensaciones y emociones que contribuyan aceptar y considerar este cuidado como un valor, como un derecho, como una necesidad de crecimiento espiritual.

Consideramos que ser profesional de la salud es ser persona, sentir el calor humano de las personas, es brindar amor con nuestras manos y nuestro corazón, es comprender al prójimo, brindarle cariño y afecto. Es cuidar con conocimientos, dedicación, respeto, paciencia, sinceridad, confianza, humildad, esperanza y coraje. Es ayudar al otro a crecer, es oírlo con atención, es mirarlo con brillo en los ojos y lograr que sus ojos también brillen. Esta es la mejor comunicación, la comunicación del alma, del corazón, entre dos seres humanos.

⁴⁴ CISNEROS La visión del cuidado humano en el próximo milenio Trabajo presentado y publicado en las memorias del taller El cuidado humano en enfermería “ disquisiciones sobre el cuidado humano en la posmodernidad “ Valencia.

CUIDADO HUMANO (HUMAN CARING), SEGÚN JEAN WATSON

La orientación de Watson (1988) es existencial, fenomenológica y espiritual. Se inspira en la metafísica, las humanidades, el arte y la ciencia. Los trabajos de Carl Rogers influyen su visión de una relación transpersonal impregnada de coherencia, empatía, y de calor humano. En ciencias enfermeras, se inspiran particularmente en Leininger y Goodrich. Watson considera la disciplina enfermera como una ciencia humana y un arte.

De echo, Watson en (1985-, 1988) postula que el amor incondicional y el cuidado son esenciales para la supervivencia y desarrollo de la humanidad. El cuidado y el amor hacia uno mismo preceden al amor y cuidado hacia uno mismo procede al amor y cuidado hacia los demás. El aspecto curativo de las actividades de la enfermera no es fin en sí mismo, pero forma parte del cuidado. Según Watson (1988), la contribución de las enfermeras en los cuidados de la salud estará delimitada por la capacidad de las enfermeras en traducir su ideal de cuidado en su práctica.

Según Watson⁴⁵ (1988), los cuidados enfermeros consisten en un proceso ínter subjetivo de humano a humano que requiere un compromiso con el Carig, en cuanto ideal moral y sólidos conocimientos. El objetivo de los cuidados enfermeros es el de ayudar a las personas a conseguir el mas alto nivel de armonía entre su alma, su cuerpo, y su espíritu. El cuidado empieza cuando la enfermera entra en el campo fenoménico y percibe y siente lo vivido por la otra persona y responde a ello, de forma que le permita exteriorizar los sentimientos o los pensamientos que el otro siempre ha soñado con exteriorizar (Watson, 1988) esta experiencia facilita la armonía.

⁴⁵ CISNEROS **La visión del cuidado humano en el próximo milenio Trabajo presentado y publicado en las memorias del taller El cuidado humano en enfermería** ⁴⁶ **disquisiciones sobre el cuidado humano en la posmodernidad**

Watson ha propuesto diez factores de cuidados que constituyen la base para desarrollar la ciencia enfermera, pero también para orientar la práctica enfermera. Estos son: la formación de un sistema de valores humanista – altruista., La inspiración de sentimiento de creencia – esperanza. La cultura de una sensibilidad hacia sí mismo y hacia los otros. El desarrollo de una relación de ayuda – confianza., La promoción y aceptación de la expresión de sentimiento positivo y negativos. La utilización sistemática del método científico de resolución de problemas en el proceso de tomas de decisiones. La promoción de una enseñanza – aprendizaje interpersonal. La creación de un entorno mental físico, socio cultural y espiritual de ayuda, protección o corrección. La asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas. En el reconocimiento de fuerzas existenciales – fenomenológicas – espirituales.⁴⁶

La relación transpersonal de cuidado es una relación humana particular en que las dos personas, en tanto que coparticipantes en un proceso, se respetan y se permiten evolucionar hacia un mejor auto comprensión de sí mismo y de sus zonas de sufrimiento o de agitación, favorece en la persona la elección, el control, y la autodeterminación, y preserva la dignidad humana.

Siempre según Watson (1988) la persona es un << ser en el mundo >> que percibe, que vive experiencia y que esta n continuidad en el tiempo y el espacio. Las tres esferas del ser en el mundo el alma, el cuerpo, y el espíritu, son influenciadas por un cambio en el auto concepto (boyd y Mast, 1989. , Watson, 1988). La persona se esfuerza continuamente en actualizar y establecer una armonía entre sus tres esferas. La totalidad de la experiencia de una persona constituye un campo fenoménico único de la realidad subjetiva.

⁴⁶ WALDO V. Cuidado Humano O Resgate Necesario. Editorial Sagra Luzatto Brasilpp17. Idem. Pp19.

La salud por su parte, es la percepción, es la armonía del cuerpo, y del espíritu. La salud esta asociada al grado de coherencia entre él yo percibido y él yo vivido (Watson, 1988). La armonía <<cuerpo, alma y espíritu >>engendra un autorrespeto, autoconocimiento, autocuidado y autocuración, **el entorno**, por otra parte, esta constituido por el mundo físico o material y el mundo espiritual. El entorno representa toda las fuerzas del universo, así como el entorno inmediato de la persona (Watson, 1988)

Cuidado transcultural, según Madeleine Leininger

Leininger (1988) se ha inspirado en conocimiento de antropología y en ciencias enfermera y a presentado el concepto <<cuidado>> (caring) como esencial y central en su concepción de la disciplina de enfermera. Sus numerosas investigaciones acerca de diversas culturas le han llevado a comprender el cuidado como acciones de asistencia, de apoyo y de facilitación a la persona que tiene necesidad de recuperar su salud o mejorar sus condiciones de vida. Interesándose en lo que es universal y diverso en las culturas, ha reconocido varios factores que influyen los sistemas de cuidados, la salud y el bienestar.

El cuidado profesional de la enfermera comporta, pues, modos de ayuda basado en una ciencias y arte humanista que se aprenden. Respeta los sistemas de cuidados tradicionales y no profesionales que sostienen la vida y la muerte. El cuidado humano favorece el desarrollo y la supervivencia (Lenninger, 1988).⁴⁷

En la perspectiva de Lenninger, los cuidados enfermeros comprenden comportamientos, funciones y procesos de cuidado personalizados dirigidos hacia la promoción y conservación de comportamientos de salud y de su recuperación. La profesión de enfermera es una profesión de cuidados transculturales, centrados en un cuidado humano, respetuoso de los valores culturales y del estilo de vida de

las personas (Luna y Cameron, 1989) los cuidados enfermeros están basados en los conocimientos transculturales aprendidos por la observación de la estructura social, la visión del mundo, los valores, el idioma, los contextos del entorno de diversos grupos culturales. Así, las enfermeras están de acuerdo con la cultura y favorecen la conservación de la salud y su recuperación.

Lenninger (1988b) ha formulado tres principios de cuidado enfermeros teniendo en cuenta la coherencia cultural. Se trata de:

1.- La conservación de mantenimiento de cuidados culturales es decir, de actividades de asistencia y de facilitación basadas en la cultura de la persona y que mantiene su salud y su estilo de vida en un nivel adecuado.

2.- La adaptación o la negociación de cuidados culturales, es decir, las actividades de asistencia y de facilitación adaptadas, negociadas o ajustadas a la salud y al estilo de vida de la persona.

3.- La remodelación o reestructuración de cuidados culturales, actividades orientadas a ayudar a la persona a cambiar sus hábitos de vida, de forma que los nuevos hábitos sean significativos para él.

Planificando y dando así los cuidados enfermeros, el personal de enfermería respeta las diferencias igual que las similitudes culturales.

Según esta concepción, **la persona** es un ser que no puede ser separados de su bajare cultural. Sus expresiones y su estilo de vida reflejan los valores, las creencias y las practicas de su estructura. Una persona tiene, de modo natural, la tendencia a cuidar a los que lo rodean. Las personas representan a los individuos, la familia y los grupos culturales (Leininger, 1988 a; 1988 b).

La salud significa entonces mas que la ausencia de una enfermedad o en un punto en un continuum; se refiere a las creencias, los valores y las formas de actuar, que son culturalmente conocidas y utilizados con el fin de prevenir y conservar el bienestar de un individuo o de un grupo, y ejecutar las actividades cotidianas (Leininger, 1985). La salud esta imbricadas en la estructura social y, por consiguiente varia de una cultura a otra.

Igualmente **el entorno** se relaciona con todos los aspectos contextuales en los que la persona se encuentra. Estos son los aspectos físicos, ecológicos, sociales, igual que la visión del mundo y todo factor que tenga una influencia sobre el estilo de vida de la persona. El entorno es principalmente exterior a la persona, pero ejerce una influencia en lo cotidiano y en la existencia de esta persona. El contexto es decir, la todas las influencias estructurales y del entorno, proporciona un significado a las experiencias de la vid de la persona. Por esto; un comportamiento solo es significativo en la medida en que se incluye en el entorno.⁴⁸

2.2.3 Connotaciones o Dimensiones.

Relación Kairós-satisfacción de necesidades humanas.

Sigue existiendo un Kairós para satisfacer cada una e las necesidades humanas y, en un contexto social tan agobiante como el impuesto por este fin de siglo, se hace preciso que los individuos, la familia y comunidades, encuentran un tiempo idóneo para la satisfacción adecuada de cada una de sus necesidades, como primer requisito para alcanzar el éxito en dicho proceso.

WALDO V. Cuidado Humano O Resgate Necesario. Editorial Sagra Luzatto Brasilpp17

⁴⁸ Idem. pp19

Satisfacción de necesidades y Kairós.

Kairós— patrón respiratorio

Kairós— comer/beber

Kairós— patrón de eliminación

Kairós— movimiento—mantenimiento

Kairós— dormir--descansar

Kairós— vestido—abrigo adecuados

Kairós— mantenimiento de temperatura

Kairós— aseo—higiene personal

Kairós— evitar peligros ambientales

Kairós— comunicación

Kairós— religión

Kairós— ocupación--empleo

Kairós— lúdico

Kairós— aprendizaje--descubrimiento

Kairós— patrón sexual.

El instante va más allá del mero presente, porque puede dirigirse en el mensajero de un asunto tan crucial y revelador que su influencia no va a extinguirse con el presente, si no que va a ir mucho más allá. Desde el plano subjetivo, él diagnóstico de una enfermedad no se agota que en el momento de la comunicación, si no que constituye todo un fenómeno que va a proyectarse durante buena parte de la vida del sujeto y en algunos casos, que va acompañarle durante el resto de su existencia. Es tal la densidad de ese instante, que genero un tiempo de duda e incertidumbre donde se agolpan los sentimientos, los recuerdos, las expectativas, y exige el replanteamiento del estilo de vida, que puede ser catalogado como todo un acontecimiento en el plano personal y familiar y, como tal, debe entenderse por aquellos profesionales responsables de compartir esos instantes tan cargados de significados.

Los cuidados constituyen un fenómeno que trasciende los hechos puntuales y, por estar destinado al hombre, debe considerarse como parte del fenómeno humano. Por otro lado, el conocimiento relativo al fenómeno de los cuidados, como todo conocimiento, tiene su dimensión histórica, de manera que el pasado esta presente en cada persona y en el mundo cultural e institucional que la rodea, constituyendo la historia del mayor receptáculo de la experiencia humana:

Hechos (ideas, eventos, procesos sociales y culturales) filtrados a través de la inteligencia humana (Kruman, 1985).⁴⁹

La subjetividad y el mundo de la vida confieren sentido a la historia.

Tradición escéptica (Hume y Kant), desde cuyos planteamientos la razón supone una radical actitud crítica respecto a sus propios límites y validez.

Husserl encuentra en la Grecia ática el origen ideal de ciencia, reivindicándolo para la fenomenología. Su Crisis es todo un fresco histórico diseñado desde la perspectiva de la fenomenología llegando afirmar que:

Si el problema de la ciencia se vincula a algo tan histórico como el acontecer, es preciso mirar obre el pasado para explicar la situación presente. Para comprender la crisis europea de principios del siglo XX, es preciso mostrar como se formo y evoluciono Europa. (Hussel, 1991).⁵⁰

Partiendo del enfoque fenomenológico, el paralelismo de lo anterior con las situaciones de enfermería es palmario:

⁴⁹ SILES J.

Fundamentos Históricos de Enfermería. Historia de la Enfermería Colección Amalgama Editorial Agua Clara Colegio Oficial de Enfermería de Alicante España 1999 pp15- 40

⁵⁰ SILES J **Fundamentos Históricos de la Enfermería** Ed Agua clara Alicante España 1999 p 15 a 40.

Las necesidades del ser humano esta configuradas históricamente en un marco social concreto, y, así mismo, las alteraciones en la misma constituye un acontecimiento que marca la frontera entre un pasado en el que imperan unas condiciones determinada de vida y un futuro en el que existe la necesidad imperiosa de cambiar los hábitos tradicionales.

En la anamnesia, el paciente, conjuntamente con el facultativo o el enfermero, realiza una mirada conjunta sobre el pasado cuya finalidad se dirige a obtener los datos relevantes que ayuden a entender, en su caso, el problema o los problemas que el paciente tiene en el presente.

Para explicar y comprender una crisis en las coordenadas fisiológicas y/o psicológicas de un paciente, es preciso recurrir a la reflexión histórica.

En definitiva, lo que cabe afirmar es que, independientemente de cualquier situación, el hombre contemporáneo explora su pasado, su historia, con la esperanza de comprenderse así mismo. La refección histórica del paciente sobre su vida anterior y la confrontación del producto de la misma con la enfermedad recién diagnosticada afectan tanto el proceso de dicha afección como la existencia del paciente.

La relación entre historia y fenomenológica se percibe claramente al considerar la fenomenológica como ciencia que estudia las vivencias a partir de la experiencia y teniendo en cuenta que las vivencias solas pueden convertirse en objeto de reflexión mediante la conciencia histórica, individual o colectiva, en la persona, los grupos, en definitiva: Las diferentes formas de convivencia que constituyen las sociedades humanas.

Husserl, al valorar la historia solventa el problema relativo a toda interpretación – el problema de la verdad—mediante el subjetivismo trascendente, y señala que el

sentido de la vida solo se puede demostrar estableciendo la relación existente entre él acontece histórico y la razón. El hombre – la <<humanitas>> -- esta empeñado en hallar el sentido de la existencia, y este empeño se produce en el tiempo, que es la dimensión que conecta las vivencias (experiencias históricas) de la conciencia histórica. Las situaciones comprendidas dentro del intervalo vida—salud generan experiencias en las personas que la viven (vivencias), provocando reflexiones que dan lugar a una forma particular.

La historia –que es también ciencia y arte – comparte esa dimensión humanística con la enfermería, la cual, como ciencia, necesita adaptar su metodología para recoger lo que tiene de esencial los cuidados para cada ser humano. La fenomenología es la ciencia encargada de clarificar las esencias de las cosas y de los acontecimientos, la ciencia que pretende ir mas allá de la apariencia de los hechos. Ya en el siglo XVIII Lambert acometió esta tarea mediante una especie de óptica trascendental: <<Definir las verdades a partir de las apariencias y definir las apariencias a partir de las verdades>>. ⁵¹

Pero fue Husserl, a principios del siglo XX el que dota a la fenomenológica de un método adecuado – el reduccionismo fenomenológico – basado en la obtención de las esencias de los hechos partiendo la intuición intelectual. En definitiva la principal contribución del enfoque fenomenológico consiste en no permitir que la historia de la enfermería se agote con el mero relato de la evolución temporal de las técnicas, instituciones, diferentes tipos de profesionales y sus correspondientes escuelas o modelos, si no que, además debe tratar de aprehender con todo este objetivo conlleva de utopía los aspectos esenciales el fenómeno desde todo los planos implicados en el mismo: Los pacientes, los cuidadores, otros profesionales sanitarios y otros sectores sociales, religioso, político y económicos. La historia de la enfermería trata de hombre de su cuerpo y de su mente, de cómo evolucionan los cuidados ... desde la perspectiva fenomenológica e asume al cuerpo propio

⁵¹ SILES J **Fundamentos Históricos de Enfermería** Ed Agua Clara colegio oficial de España 1999.

como el punto cero del mundo, como el centro del entorno, además, de los hechos históricos: Las vivencias relacionadas con los cuidados de salud (experiencias vividas se han de detener en cuenta, así como las objetividades esenciales que existen independientemente de que sean experimentadas o no: La enfermedad, la muerte y el dolor (Husserl, 1994).⁵²

El paradigma racional tecnológico, heredero del neopositivismo que postula la objetivación de los hechos y la neutralidad de la ciencia atraído como consecuencia desarraigo de las ciencias del sustrato del que emergen: El mundo de la vida. Este desarraigo conlleva la pérdida de contexto y, por tanto, la pérdida del sentido; tal divorcio entre el mundo científico y de la vida ha provocado la desorientación de las ciencias (Gómez Heras, 1989). Husserl, padre de la fenomenológica, en un momento histórico tan crítico para Europa como fue la irrupción del nazismo intento recuperar la esfera precientífica de la vida y crear conciencia del que el saber no era mas que una dimensión parcial del mundo de la vida, retrotrayendo aquel al ámbito subjetivo de las experiencias y llegando a afirmar que el saber científico debe quedar definido como un proceso de idealización d la realidad concreta cuya consistencia queda homologada por el mundo de la vida por este sentido y por razones obvias la historia de los cuidados debe considerarse una disciplina muy sensible al mundo de la vida, en consonancia con la naturaleza holística de la enfermería.

Husserl construye su visión de la historia sobre tres pilares:

La tradición crítica idealista alemana (Kant, Hegel), según la cual el acontecer se contempla como un proceso de desarrollo de la razón.

El cartesianismo y el ego trascendente en el que se fundamenta la razón, constituyendo esta; por definición un producto subjetivo. El historiador interpreta

⁵² Idem.

los hechos y, por lo tanto, la ciencia histórica es un producto humano de razonamiento que contribuye a encontrarle un sentido a cada proceso en el que se producen dichas situaciones (cambios provocados por enfermedades, envejecimiento, accidentes, pérdidas de seres queridos, etc.). La utilidad y finalidad de la historia en este contexto consiste en servir de soporte al hombre para que, mediante el producto de la reflexión histórica, pueda encontrarle un sentido a cada acontecer, adaptando sus actitudes y comportamientos a las exigencias de nuevas situaciones. La finalidad o teleología de la historia en Husserl tiene el sentido de un principio regulativo que determina la actitud y el obrar del hombre. La historia se convierte en el escenario de la realización de la razón, la cual imprime un sentido unitario al acontecer (Gómez Heras, 1989). (Habermas, 1991) propone entender la sociedad simultáneamente como sistema y como mundo de la vida. Todo conocimiento derivado del mundo de la vida lo es a través de la comunicación. Rompe con la fenomenológica tradicional abandonando las categorías de la conciencia (mediante las que Husserl trata los problemas de la mundo de la vida), y sugiere representar él <<mundo de la vida>> como un acervo de patrones de interpretación, donde la comunicación resulte esencial⁵³. Dicho de otro modo, Habermas apoyándose en las categorías de Humboldt, propone interpretar el mundo de la vida teniendo siempre presente la existencia de una conexión interna entre las estructuras del mundo de la vida y la imagen lingüística del mundo (Melich, 1996), ya que, siempre según Habermas, en la vida cotidiana no hay situaciones absolutamente desconocidas, pues incluso las nuevas situaciones (dentro del intervalo salud—enfermedad) surgen a partir de un mundo de la vida constituido de un acervo cultural del saber que resulta siempre familiar.

La cultura se concibe desde esta perspectiva, como un acervo del saber en el que los participantes en la comunicación se abastecen de interpretaciones para poder entenderse sobre algo en el mundo. La cultura histórica sobre el intervalo salud—

⁵³ SILES J **Fundamentos Históricos de Enfermería** Ed Agua Clara Colegio oficial de España 1999.

enfermedad sería en este sentido, el resultado de las interpretaciones que sobre dichas situaciones que se ha producido en una determinada sociedad a través del tiempo. Con el transcurrir histórico y la acción comunicativa se ha generado en torno a los conceptos salud—enfermedad. Es decir para que exista tradición en cualquier campo, es preciso que existan mecanismos de transmisión (comunicación) de la información y del modo de interpretar y procesar la misma.

Las nuevas situaciones en <<el mundo de la vida>>siguen este esquema de producción cultural, de forma que, cuando se da una nueva situación, tal como la aparición de una nueva enfermedad de la que se desconocen sus causas efectos y tratamiento, las pautas a seguir están determinadas históricamente; es decir en Principio todo lo nuevo o desconocido queda vinculado a lo preexistente o conocido.

Desde un punto de vista parecido, se concibe la cultura como <<el entramado de estructura significativa (sistema simbólicos y sígnicos, lenguaje, modos de significados y de interpretación, instituciones) de un mundo de la vida históricamente determinado>>(Geert, 1994). Cada sociedad tiene su propia cultura su mundo d la vid. Sin embargo cada sociedad pueden tener diferentes <<mundos de la vida>> ⁵⁴diferentes cosmovisiones, lo cual es cada vez mas frecuente en las sociedades multiculturales de los países desarrollados como consecuencia d factores históricas y demográficos (inmigración, desarrollo democrático que permite la convivencia de grupos minoritarios respetando sus costumbres, etc.). (Vattimo, 1990). Pues bien, un pilar básico en todas y cada una de las sociedades y la cultura—o grupo de ellas—que las constituyen, es el significado de la salud, la enfermedad y de todas las situaciones que se pueden dar en la realidad a cota da entre ambos limites conceptuales. Los cuidados de salud, en general, y en la ciencia enfermera, en particular, deben basar su conocimiento y acción en el estudio de los entramados conceptuales y los

⁵⁴ SILES J Fundamentos Históricos de Enfermería Ed Agua Clara Colegio oficial de España 1999

significados implicados en la interpretación que, sobre la salud y la enfermedad, realiza cada cultura, constituyendo la historia y la antropología dos instrumentos insustituibles en dicho proceso.

La historia de la enfermería ha de ocuparse de clarificar como se han interpretado en diferentes sociedades y épocas, ideas trascendentes como la vida y la muerte, la salud y la enfermedad; y desde el punto de vista de la vida cotidiana debe acometer la tarea de buscar los significados que, en cada momento histórico, han estado implicados en el proceso de satisfacción de necesidades. Pero más concretamente, la relación historia personal toma de conciencia se percibe en los cambios que se producen en situaciones de vida – salud que afectan a los individuos y a las sociedades. Por ejemplo, en el caso en que un individuo le sea diagnosticada una hipertensión, este estará obligado a realizar unos cambios en sus hábitos de vida, un cambio de conducta, que el paciente percibe de una forma determinada, a la que se le ha denominado << puerta giratoria >> (prochaska & di clamen, 1986)

PUERTA GIRATORIA

en una primera fase, el paciente se halla en una situación basal o de <<precontemplación>> hasta que percibe la situación.

Contemplación: en esta fase el paciente percibe la nueva situación y toma conciencia de su status de hipertenso despertándosele la intención de actuar en consecuencia.

En una tercera fase tiene lugar el ensayo de cambio. , en esta, el paciente prevé y calcula el esfuerzo y las estrategias que tienen que desarrollar para el cambio.

La quinta fase puede tener dos resultados: el mantenimiento del cambio o la recaída.

DIMENSIONES SOCIALES DE LOS CUIDADOS DE LA ENFERMERÍA

Desde siempre los cuidados han tenido una función social. A medida que la historia de las diferentes sociedades humanas han ido evolucionando esta función no solo se ha modificado considerablemente en cuanto a su finalidad si no que la propia percepción de esta función social ha podido difuminarse hasta llegar a ser ignorada e incluso borrada en algunas de estas sociedades.

Las enfermeras han ignorado la dimensión social de los cuidados de enfermería rechazando incluso, en muchos casos, el considerar la enfermería como una <<profesión social>> es decir que tiene una contribución social incluyendo a aquellas que trabajan en el sector extrahospitalario.

“ Cuidar es un acto social que consigue solamente si tiene en cuenta todo un conjunto de dimensiones sociales. El proceso de los cuidados no se puede separar del análisis de lo que obstaculiza la vida, sin correr el riesgo, en muchos casos, de enmascarar y mantener las raíces del problema “. ⁵⁵

Cuidar supone una responsabilidad social, es decir, una responsabilidad que no se limita a la curación de unos síntomas tal y como estipula la conferencia de Alma Ata, que muestra claramente la dimensión social y la dimensión del desarrollo de los cuidados de atención primaria y su necesidad de comprometerse para luchar por la justicia social.

⁵⁵ Corbin a. Le peril vererien au debut du Siecle : Prophylaxie Sanitaire et Prophylaxie Morale Li Italeini des Faubourg pp245-283

Los cuidados de atención primaria supone una autentica mutación ideológica y cultural, social, tecnológica y económica de la función de los cuidados, al orientar la finalidad de la acción de los cuidados hacia el desarrollo de la persona a partir de su forma y de sus condiciones de vida, y comprometiendo la participación directa y activa de la población. Esta orientación de la acción sanitaria y de la aplicación de cuidados no solo no esta separada de sus dimensiones socioculturales y económicas si no que genera una profunda transformación social.

DIMENSION ECONOMICA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA.

Los cuidados de enfermería proporcionada tanto en el hospital como en el medio extrahospitalario, tiene un coste económico que no podría ser la única referencia económica de un servicio que no puede disociarse de sus incidencias socioeconómicas.

Los cuidados a los que se le atribuye un alto valor de mercado, es decir los que requiere un alto nivel de especialización alta tecnología, para la curación o la investigación de la enfermedad su valor monetario no solo se aprecia por los aparatos que se utilizan, si no también por el prestigio que otorgan la investigación medica, y por tanto a los médicos o a veces a todo el equipo, pero en cualquier caso las enfermeras se benefician poco de ellos, al menos de la parte que les compete al llevar acabo estos tratamientos.

Los cuidados que consumen poco tiempo y no requieren demasiada competencia, ni por el conocimiento, ni por las técnicas utilizadas y que se pueden con facilidad, como las inyecciones, los vendajes sencillos y algunos actos de higienes concreto.

Los cuidados que tienen en cuenta las necesidades vitales fundamentales: Todos estos cuidados habituales contribuyen a mantener y desarrollar las capacidades de la vida, cuidados que uno no puede realizar por su cuenta cuando no se tiene autonomía, o cuando ésta se ha perdido temporal o definitivamente.

Estos cuidados son los menos valorados en la escala económica cuando no están totalmente ausentes. En los servicios extrahospitalarios son los peores pagados, cuando lo son. En realidad, estos cuidados son los que consumen la mayor cantidad de energía y trabajo, pero como están directamente relacionado con el trabajo de la mujer, no forma parte de ninguna valoración económica que tenga en cuenta su incidencia social y son considerados como cuidados menores que no requiere ninguna competencia.

Estos cuidados exigen mucho más conocimientos de lo que podría parecer. Requieren tiempo y energía de todas clases, tanta como la que aportan y la que liberan alguno aspectos de los cuidados de la enfermería pueden tener un coste elevado por la financiación del tiempo que se pasa junto al enfermo, como cuando se moviliza a una persona con dificultades motoras y se le ayuda a levantarse a caminar, pero las repercusiones socioeconómicas son muy apreciables cuando se evita que se formen escaras y con ellas se produzca tanto sufrimiento inútil evitando que los cuidados sean mas prolongados e incluso la hospitalización, si la persona esta en el hospital, su estancia. Sin embargo, la persecución económica de los cuidados de los enfermos sigue siendo, por el momento, difícil de evaluar aun cuando es relativamente sencillo comprobar sus efectos. ,Lo cual no está reconocidos económicamente. En las situaciones planteadas en los cuidados de enfermería la repercusión socioeconómica está directamente determinada por el grado de dependencia que hay que compensar. Los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida, prestados de forma rutinaria y sistemática, consumen grandes cantidades de energía sin por ello liberar ninguna, ni para las personas cuidadas ni para los cuidadores, esto se debe a la forma pasiva en que se prestan

los cuidados, los cuales han perdido su significado y se suelen desconectar del apoyo emocional sin liberar ninguna energía afectiva. En la medida en que exista una toma de conciencia de todo lo que contribuye a identificar los cuidados y los servicios de enfermería así como su dimensión social y económica, les será posible a las enfermeras y enfermeros determinar su contribución dentro de una política de salud midiendo todo lo que pueda influir en su orientación y su realización.

2.3 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

2.3.1 Antecedentes históricos

El proceso de atención de enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con May (1955), Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planificación, y ejecución). Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación). Y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinnall (1976) y algunos autores más, establecieron los cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería. Compuestos de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la práctica se superponen.

Etapas se superponen:

Valoración: es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a las personas, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Diagnostico de enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de la enfermería.

Planificación. Se desarrollas estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como promocionar la salud.

Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
Evaluación. Comparar la respuesta de las personas, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

2.3.2 Concepto

El proceso de enfermería se define por sus objetivos, así dice Iyer (1989) que “el objetivo principal del proceso de enfermería, es constituir una estructura que pueda satisfacer, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia, y la comunidad “ en este sentido de estructura y refiriéndose a los objetivos. Yura y Walsh (1983) “afirman que el proceso de enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas cumplir el objetivo de la enfermería. Mantener el bienestar del paciente a u nivel optimo. , Si esté estado alterara, proveer entonces, todos los cuidados necesarios que la situación exija restablecer su bienestar. Si no se puede llegar al bienestar. El proceso enfermero debe seguir en su apoyo a la calidad de vida del paciente aumentando al máximo sus recursos, para conseguir la mayor calidad de vida durante el mayor tiempo posible Alfaro “define el proceso de enfermería como: el conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería”.

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

LOS OBJETIVOS

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándola, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

También:

Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

EL DESARROLLO DEL PAE.

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).

Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).

Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

LAS VENTAJAS:

La aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera. , Profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad. , El cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería. , Para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

Participación en su propio cuidado.

Continuidad en la atención.

Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

Se convierte en experta.

Satisfacción en el trabajo.

Crecimiento profesional.

LAS CARACTERISTICAS:

Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo.

Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.

Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

2.3.3.1 ETAPA DE VALORACION:

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

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran los restos de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de

interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle alcanzar un nivel óptimo de salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

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

Las convicciones del profesional: Conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constante durante el proceso.

Los conocimientos profesionales: Deben tener una base de conocimiento sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

Habilidades. En la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.

Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de comunicación y del aprendizaje.

Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos e datos que necesitan recogerse.

Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través del uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias

extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar un dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

Criterios de valoración siguiendo un orden “ cabeza a pies “ siguen el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.

Criterios de valoración por “sistemas y aparatos “. Se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparatos de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas. Criterios de valoración por “patrones funcionales de salud” Las recogidas de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo / familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

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

Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.

Factores contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.

Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.

Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecidos.

Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recopilación de datos necesitamos:

Conocimientos científicos (anatomía, fisiología.) , Etc. y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).

Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).

Convicciones (ideas, creencias, etc.).

Capacidad creadora.

Sentido común.

Flexibilidad.

Tipos de datos a recopilar:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado, nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado lo describe y verifica (sentimientos).

Datos objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

Datos históricos. Antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurridos anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación adaptaciones pasadas, etc.) nos ayuda a referenciar los hechos en el tiempo (hospitalizaciones previas).

Datos actuales. son datos sobre el problema de salud actual.

METODOS PARA OBTENER DATOS

A). ENTREVISTA CLINICA:

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

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

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

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

obtener información específicas y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.

Facilitar la relación enfermera/paciente.

Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos y también.

Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

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

Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

Cuerpo. La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

Cierre. Es la fase final de la entrevista no se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican.

Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

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

Tres tipos de interferencias:

Interferencia cognitiva: consiste en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.

Interferencia emocional es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva proyección sobre los pacientes incluso de responsabilización de las obligaciones, Borrell (1986).

Interferencia social: En este caso, las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son.

El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.

La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.

Las frases adicionales, estimulan la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

Las técnicas no verbales: facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

Expresiones faciales,

La forma de estar y la posición corporal,

Los gestos,

El contacto físico,

La forma de hablar.

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

Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno

en que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en que le da entender que la comprende.

Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológico y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y el valor del paciente y el reconocimiento como persona.

Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista, Borrell (1989). Cinabal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador:

La autenticidad, ésta supone que << uno es el mismo cuando lo que dice ésta acorde con sus sentimientos>>.

B) LA OBSERVACION:

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

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

C) LA EXPLORACION FISICA

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

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

Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales, se centra en las características físicas o comportamiento específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento, simetría).

Palpación. Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal de bajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulso, vibraciones, consistencia y movilidad) esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen, los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudaran en la valoración.

Percusión: implica en dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos, los cuales son. Sordos, aparecen cuando se percuten músculo o huesos, mates. Aparecen sobre el hígado y el bazo, hipersonoros. Aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire, y timpanicos. Se encuentra al percutir el estomago lleno de aire o un carrillo de la cara.

Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonora de

pulmón, corazón e intestino. También se puede escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos haber las diferentes formas de a bordar un examen físico. Desde la cabeza a los pies, por sistema/aparato corporales y por patrones funcionales de salud:

Desde la cabeza a los pies. Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistema precisa más atención.

Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizaremos.

VALIDACION DE DATOS

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es que debemos asegurarnos que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972) o por patrones funcionales (Gordón, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información, estas categorías ya las hemos vistos en el apartado físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

Datos de identificación.

Datos culturales y socioeconómicos.

Historia de salud: diagnóstico médico, problemas de salud, resultados de problemas diagnósticos y los tratamientos prescritos.

Valoración física.

Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales se realiza en términos mensurables y no abstractos(necesidad), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades. , Antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994).

Aquí aportaremos que los diagnóstico de enfermería nos ayuda en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas. Este tipo de fundamentación debería ser estudiado profundamente.

DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACION.

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

Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.

Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de calidad e los cuidados enfermeros).

Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.

Prueba de carácter legal.

Permite la investigación en enfermería.

Permite la formación pregrado y postgrado.

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

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

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

Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, <<normal>>, <<regular>>, etc.

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

La anotación debe ser clara y concisa.

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

Las anotaciones serán correctas y gramaticalmente se usaran solas las abreviaturas de uso común.

2.3.3.2 Fase de diagnostico.

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en

condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

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

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

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

La dimensión dependiente de la práctica incluye aquellos problemas que son de responsabilidad del médico quién designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es Administrar el tratamiento médico prescrito.

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud estos problemas se describirán como problemas colaborativos o interdependiente, .y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con otros profesionales para un tratamiento para un conjunto definitivo.

Dimensión independiente de la enfermera es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

Análisis de los datos significativos, bien sean datos por la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.

Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

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

Componentes de la categoría diagnósticos aceptada por la NANDA:

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

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

Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales

Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los diagnósticos de enfermería aceptados.

Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo diagnóstico.

Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.

Identificar nuevas áreas de competencia en enfermería o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos diagnósticos.

DOCENCIA: la inclusión de los diagnósticos de enfermería en el currículo básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el currículo. Permite:

Organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de enfermería que deberían poseer los alumnos.

Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

ASISTENCIAL. El uso de los diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de la enfermería al permitir:

Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de salud.

Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.

Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.

Organizar, definir, y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.

Diferencia la aportación enfermera a los cuidados de salud de las hechas por otros profesionales.

Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra de competencia.

Mejorar y facilitar la comunicación Inter. e intradisciplinaria

GESTION: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los diagnósticos de enfermería en este ámbito son:

Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, y por tanto, las cargas de trabajos de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.

Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.

Favorece la definición de los puestos de trabajos, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los diagnóstico de enfermería que se dan con mayor frecuencia.

Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de enfermería y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.

Facilitar el establecimiento de criterio de la evaluación de la calidad de los servicios de enfermería brindados en un centro o institución.

Identificar las necesidades de formación, para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnóstica, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema(real o potencial). Es una frase que representa un patrón

Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás:

Características definitorias: cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, él título es solo sugerente.

Las características que lo definen los diagnóstico reales son los signos y síntomas principales siempre presente en el 80 – 100 % de los casos. Otros signos y síntomas se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema

Factores etiológicos, y contribuyentes o factores de riesgo: se organizan entorno a los factores fisiopatológico, relacionado con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo

del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

Of. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa.

Of. De tratamiento (terapias, pruebas diagnóstica, medicación, diálisis, etc.).

De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.

Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.

Of. De maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

d) Tipos de diagnóstico:

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

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición característica que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen (Gordón 1990). El término "real" no forman parte del enunciado de un diagnóstico de enfermería real, consta de tres partes, formato, PES. Problema (p)+ etiología, factores causales o contribuyentes (E)+ signos síntomas(s) estos últimos son lo que validan el diagnóstico.

Alto riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que en otros en situación igual o similar.

Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1. a descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedido por el término “alto riesgo” consta de dos componentes, formato PE: problema (P)+etiología/factores contribuyentes (e).

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes: problema (P)+etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presente dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente estos diagnósticos en los usuarios o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud.

De síndrome: comprende un grupo de diagnóstico de enfermería reales o potenciales que se suponen que parecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los diagnósticos de enfermería de síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenido en la denominación diagnóstica.

A la hora de escribir un diagnóstico hay que tomar en cuenta una serie de directrices

Unir la primera parte (p) con la segunda(e) utilizando " relacionado con " mejor que "debido a" o " causado por" no quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.

La primera parte del diagnostico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería.

Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.

Escribir el diagnostico sin emitir juicios de valor sin basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.

Evitar invertir el orden de las partes del diagnostico, puede llevar aun enunciado confuso.

No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnostico.

No indique el diagnostico de enfermería que repita una orden medica.

No escriba un diagnostico de enfermería que repita una orden medica.

No rebautice un problema medico para convertirlo en un diagnostico de enfermería.

No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos

2.3.3.3 Planificación de los cuidados de la enfermería.

Una vez hemos concluido la valoración e identificados las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnostico enfermeros, se

procede a la fase de planeación de cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de la planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Cardenito (1987) e Iyer (1989)

Etapas en el plan de cuidados

***Establecer prioridades en los cuidados. Selección.** Todos los problemas y/o necesidades que pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos, por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

***Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es determinar los criterios de resultados. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

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

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

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

***ELABORACION DE LAS ACTUACIONES DE ENFERMERIA:** esto es determinar los objetivos de enfermería (criterio de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se considera instrucciones u ordenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: que hay que creer, cuando hay que hacerlo, como hay que hacerlo, donde hay que hacerlo y quien ha de hacerlo.

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

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

Para un diagnostico de enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el diagnostico. Para los problemas interdisciplinario tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

***DOCUMENTACION Y REGISTRO**

DETERMINACION DE PRIORIDADES:

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, que problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no-realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico – humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow(1972), esta carencia coloca a una persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en el proceso de morir

Por lo tanto daremos preferencia aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que al paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para que las personas tengan suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow(1972) favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Queremos 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 aún no se han asumido

PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS

Una vez que hemos priorizado los problemas a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven par:

Dirigir los cuidados.

Identificar los resultados esperados.

Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, como, cuando y cuanto.

Existen dos tipos de objetivos:

Objetivo de enfermería o criterio de proceso.

Objetivo del paciente/cliente o criterios de resultado.

NORMAS GENERALES PARA LA DESCRIPCION DE OBJETIVOS

Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.

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

Elaborar objetivos cortos.

Hacer específicos los objetivos.

Cada objetivo se deriva de solo un diagnóstico de enfermería.

Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

OBJETIVOS DE ENFERMERIA:

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermera hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.

A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.

A conocer su estilo de vida y ayudarle a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de la enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de lo que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar/disminuir o dirigir.

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que << identificación de las actuaciones propias y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares. , Dé 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>>. Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de que la

persona hace, piensa y siente con respeto al mismo, a la enfermedad, al medio que lo rodea, etc., esto es reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se describen a tiempo a:

-Objetivo a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas y días, estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

-Medio plazo: Para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación

-Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo existen dos tipos:

Uno abarca un periodo prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.

Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo, este no requiere de la acción directa de enfermería ya que acompaña a los objetivos a corto plazo.

OBJETIVO DEL CLIENTE/PACIENTE:

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas

detectados y responsabilidad de la enfermera. Los objetivos del cliente se anotan en términos de que se espera que haga el cliente, esto es como conducta esperada.

Las principales características de los objetivos del cliente son:

Debe ser alcanzables esto es, asequibles para conseguirlos.

Deben ser medibles, ahí se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.

Deben ser específicas en cuanto contenidos (hacer experimentar o aprender) y a sus modificadores (quien, como, cuando, donde, etc.) así al verbo se le añaden las preferencias e individuales, ejemplo el paciente caminara (verbo) por el jardín (donde) después de comer(cuando) durante 15 minutos(cuanto).

Los contenidos se describen como verbo y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje quisiéramos aportar los ámbitos que B. Bloom hace del aprendizaje, referido como objetivos de la educación.

Cognoscitivo: Estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisa actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), los objetivos abarca desde un mero repaso a la alta originalidad

Afectivos: son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a intereses actitudes, conceptuaciones, valores y tendencias emotivas

Psicomotores: estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación, neuromuscular, son habilidades

ACTUACIONES DE ENFERMERIA

Las actuaciones de enfermería son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones localizadas hacia las causas de los problemas, es decir las actividades de ayuda deben ir encaminadas a limitar los factores que contribuyen al problema.

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

Del modo bifocal de los diagnóstico de enfermería, podríamos decir que se desprenden la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnóstico enfermero, como de las complicaciones fisiológicas, para ellos el modelo lo establece dos tipos de prescripciones: Enfermera y Médica.

Prescripción de enfermera: Son aquellas en que las enfermeras puede prescribir independientemente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción, las cuales tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.

Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico. , Representan tratamiento de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja. La enfermera toma decisiones independientes tanto en los diagnóstico de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento. También hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y cualificación de los distintos testamentos que van intervenir con nosotros. , También influyen el recurso financiero.

Vamos haber ahora el tipo de actividades de enfermería, Iyer (1989)

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

Interdependiente: son aquellas actividades que las enfermeras llevan a cabo junto a otro miembro del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistente social, experto en nutrición, fisioterapeutas médicos. , etc.

Independientes: son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica son actividades que no requieren la previa de un médico.

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

Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.

Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería empírico-analítico,

hermenéutico- interpretativo- y socio crítico éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermera.

Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otros, aunque tengan diagnóstico enfermero y médicos iguales o similares.

Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.

Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.

Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

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

Promoción de la salud.

Prevenir las enfermedades.

Restablecer la salud.

Rehabilitación.

Acompañamiento en los estados agónicos.

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

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

El diagnóstico enfermero real:

Reducir o eliminar factores contribuyentes.

Promover mayor nivel de bienestar.

Controlar el estado de salud.

Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

Reducir o eliminar los factores de riesgo.

Prevenir que se produzca el problema.

Controlar el inicio de problemas.

Para el diagnóstico enfermero posible:

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

Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

Para problemas interdependientes:

Controlar los cambios de estado del paciente.

Manejar los cambios de estado de salud.

Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera V el médico.

La determinación de la actuación de enfermería que es necesaria para resolver o disminuir el problema requiere de método. Los pasos a seguir son los que siguen:

Definir el problema (diagnostico).

Identificar las acciones alternativas posibles.

Seleccionar las alternativas factibles.

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

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

Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problemas/diagnostico de enfermería.

Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.

Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.

Consulta y remisión a otros profesionales.

Realizaciones de acciones terapéuticas de enfermería.

Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por sí mismo.

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

Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones

Remitir la situación al profesional adecuado existan signos y síntomas de complicaciones, potenciales

Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescrita por el médico (por ejemplo: lavado de sonda naso gástrico, cada 2 horas con suero fisiológico)

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

La fecha

El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación

Especificación de quien (sujeto)

Descripción de que, donde, cuando, como y cuanto

Las modificaciones a un tratamiento estándar y por ultimo la firma

DOCUMENTACION EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith- Kenney y Christense (1986), "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".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante.

Los cuidados individualizados.

La continuidad de los cuidados.

La comunicación.

La evaluación, Bower (1982).

Para la actualización para los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnóstico, los resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados

PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales

Diagnostico de enfermería/ problemas interdependientes

Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterio de resultado)

Ordenes de enfermería (actividades).

Evaluación (informe de evolución).

Hunt (1978) desarrollo tres documentos para recoger toda la información necesaria para la enfermería.

Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.

Documento donde se registra: los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería

Documento de evaluación.

De una manera u otra en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS:

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

Individualizados: permiten documentar los problemas del paciente, los objetivo del plan de cuidado y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda mas tiempo en elaborar.

Estandarizado: según Mayer(1983) << un plan e cuidados estandarizado es protocolo específico de cuidados, apropiados para aquellos paciente que padecen los problemas normales o previsible relacionados con él diagnóstico concreto o una enfermedad>>

Computarizado: requiere la información previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Kahl et al (1991) nos indica que la información de los servicios de salud, la documentación tiene a disminuir. Veamos cuales son los objetivos de la informatización de los planes de cuidados, mediante la revisión de autores que hace serrano sastre, M.R. (1994) recogen de autores como Hannah (1988), hoy (1990), Kahl (1991) y otros, los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería y estos son:

Registrar la información de manera rápida, clara, y concisa.

Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan.

Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación. Con otros servicios de salud.

Evitar la repetición de los datos.

Facilitar datos a la investigación y a la educación.

Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la informatización de la documentación enfermera según Kahl et al (1991).

Eliminación del papeleo.

Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.

Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.

2.3.3.4 Ejecución.

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

Continuar con la recopilación y valoración de datos.

Realizar las actividades de enfermería.

Anotar los cuidados de enfermería existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.

Dar los informes verbales de enfermería.

Mantener el plan de cuidados actualizados.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución de plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como otros miembros del equipo. En esta fase se realizaran todas las intervenciones enfermera dirigida a la resolución de problemas (diagnósticos enfermero y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

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

2.3.3.5 EVALUACION:

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

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

El proceso de evaluación consta de dos partes.

Recopilación de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

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

1.-Aspecto general y funcionamiento del cuerpo.

Observación directa, examen físico.

Examen de la historia clínica.

2.-Señales y síntomas específicos.

Observación directa.

Entrevista con el paciente.

Examen de la historia.

3.-Conocimiento:

Entrevista con el paciente.

Cuestionario (Tes.).

4.-Capacidad psicomotora (habilidades).

Observación directa durante la realización de actividad.

5.-Estado emocional:

Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.

Información dada por el resto del personal.

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

Entrevista con el paciente.

Información dada por el resto del personal.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados de los enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar.

El paciente ha alcanzado el resultado esperado.

El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos pueden conducir a plantearse otras actividades.

El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no aparece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

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

Medir los cambios del paciente/cliente.

En relación a los objetivos marcados.

Como resultado de la intervención enfermera.

Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final. A la hora de registrar se debe evitar los términos ambiguos como << igual >> << poco apetito >>. Es de mayor utilidad indicar lo que hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica.

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

MODELO CONCEPTUAL VIRGINIA HENDERSON (1897).

Antecedentes históricos.

DATOS BIOGRAFICOS.

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.

1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la escuela de enfermería del ejército en Washington D. C.

1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva Cork.

1922 inicia su carrera como docente.

1926 ingresa al Teachers Collage de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.

1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.

1930 a su regreso del Teachers Collage es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas de esta universidad hasta 1948.

1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and Practice of Nursing, de Berta Harper publicado en 1939.

1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.

1953 ingresa a la universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de enfermería.

1953 hasta 1958 trabajó en el proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien editó durante cinco años una encuesta nacional sobre la investigación de enfermería la cual publicada en 1964.⁵⁶

1959 a 1971 dirige el proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la universidad de Yale: este fue diseñado para un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y la literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.

1960 Su folleto basic principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.

1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la universidad de Yale.

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes universidades:

Catholic University.

Pace University.

University of Rochester.

University of Western Ontario.

Yale University.

Old Dominion University.

Boston College.

Thomas Jefferson University.

Emery University.

Es honrada con el primer premio Chistine reimann, con el premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos, fue elegida miembro honoraria de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

1983 recibió el premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

La biblioteca internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

1978 publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.

⁵⁶ Furukawa C. Y. Howe J.K. Virginia Henderson in nursing theories Practice Group 1995.

1988, en la convención de American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996

.FUENTES TEORICAS.

Tres factores la condujeron a compilar su propia definición de enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado en su propio interés en el resultado de cinco años de investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería de 1955. Henderson clasifico su trabajo, como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Obras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich, Cariline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr. Edward Thorndike, Dr. George Deaver, Bertha Harper, e Ida Orlando

TENDENCIA Y MODELO

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia u ayuda, “ Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o

en menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en a categoría de enfermería humanística como el arte y ciencia ".⁵⁷

Conceptos principales

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo mas pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña la situación, Henderson parte de que todos los seres humanos tiene una variedades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando esta sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplica n a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Definición de Enfermería.

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o recuperación (o una muerte

⁵⁷ Inernet Tendencias y modelos más utilizados en enfermería. El proceso de atención de enfermería HTTP // www.albarraorg/abril pp15-17.

tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible

Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno.

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

Persona (paciente)

Es un individuo necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad

Necesidades.

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

Respirar normalmente.

Comer y beber de forma adecuada.

Evacuar los desechos corporales.

Moverse y mantener una postura adecuada.

Dormir y descansar.

Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).

Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.

Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.

Evitar peligros y no dañar a los demás.

Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.

Profesar su fe.

Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.

Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.

Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

SUPUESTOS PRINCIPALES

La enfermera tiene como única función ayudar a los individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formar en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas

AFIRMACIONES TEORICAS

Relación enfermera – paciente:

Se establece tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente a los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

METODO LOGICO.

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

La salud independencia/ dependencia y las causas de la dificultad.

Virginia Henderson desde una filosofía humanista, considera que toda la persona tiene determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido buscan y tratan de lograr la independencia y por tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener el estado óptimo la propia salud (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno/a mismo/a, sobre la base de sus propias capacidades, de las 14 necesidades básicas). Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres faltas y que identifica como “falta de fuerza”, “falta de conocimiento” o “falta de voluntad”, las cuales se desarrollan mas adelante.

El concepto de independencia puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar acabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Como hemos dicho anteriormente, el modo de satisfacer las propias necesidades así como la forma en que cada uno manifiesta que esta necesidad esta satisfecha, es totalmente individual. Por ello, los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades también son específicos y únicos para cada individuo. A modo de ejemplo. Tomemos la necesidad de “usar prendas de vestir adecuadas”: Todo el mundo necesita usar prendas adecuadas de vestir como medio de protección física y psicóloga. En una persona adulta valoraríamos el nivel de satisfacción de esta necesidad teniendo en cuenta aspectos tales como la adecuación de la ropa elegida según características físicas personales, adecuación a la temperatura externa, capacidad psicomotora para vestirse o desvestirse, adecuación de la ropa de acuerdo al rol social que desempeña, armonización de los complementos. , organización de su vestuario, cuidado de la ropa, etc., Sin embargo, en un niño de tres años la valoración se varía en los aspectos referentes a su capacidad para

efectuar gestos sencillos (desabrochar botones, desatar lazadas, etc.), capacidad para identificar prendas de vestir y calzado relacionados con situaciones concretas (botas de agua, ropa para ir al colegio, etc.), capacidad para elegir adecuadamente una de ellas (las botas de agua cuando llueve), capacidad para llevar a cabo algunas acciones para evitar ensuciarse (ponerse la servilleta para comer)

Como puede observarse en este ejemplo y como se ha comentado anteriormente, con los criterios de independencia deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuáles varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Todo ello a su vez, modifica sensiblemente los criterios de independencia considerados como parámetros de normalidad en cada caso concreto.

La DEPENDENCIA puede ser considerada en una doble variante. Por otro 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 conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de independencia deben considerarse – al igual que los de independencia – de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales). De acuerdo con este enfoque, una persona con una alteración física que necesite seguir una dieta determinada debe ser calificada como dependiente ya no puede ser considerada, debe ser calificada como dependiente si no sabe como confeccionarla, si no quiere o si no puede por falta de capacidades psicomotoras. Sin embargo, en el momento en que este déficit sean subsanados, esta dependencia ya no puede ser considerada como tal, aunque la alteración física persiste.

Las causas de dificultad.

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

1.- falta de fuerza: Interpretamos por FUERZA, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona si no también la capacidad del individuo para llevar a termino las acciones pertinentes a la situación lo cual vendrá determinado por el estado emocional estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

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

3.-Falta de voluntad. Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada ala situación y en la relación y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Cabe añadir que las presentes de las tres causas o de alguna de ellas pueden dar lugar a una dependencia total o parcial casi todo temporal o permanentes aspectos estos deberán ser valorados para la aplicación de las intervenciones correspondientes. El tipo de relación (suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

2.4.2.3 Rol profesional cuidados básicos de enfermería y equipo de salud

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

Como dice Henderson. Este es el aspecto su trabajo de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación

Los cuidados básicos de enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de necesidades básicas descrito anteriormente, en el sentido de que. Tal como afirma la autora "los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado de un análisis de las necesidades humanas". Son universalmente los mismos por que todos tenemos necesidades comunes: sin embargo, varían constantemente por que cada persona interpreta a su manera estas necesidades. En otras palabras. La enfermería se compone de los mismos elementos identificables. Pero estos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona. De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar. Considerando que colabora con los demás miembros del equipo como estos colaboran con ella "en la planificación y ejecución de un programa global ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en su hora de su muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir otras actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia

En relación al paciente. Henderson que todo el miembro del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que primordialmente su misión consiste en asistir a esta persona, si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él y para él no coopera en su desarrollo se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo. El paciente o usuario es visto pues como un sujeto activo y responsable de propia salud que participa en las decisiones y en el logro de sus metas

ENTORNO

Diversos autores han criticado a Henderson el hecho de no incluir el concepto de entorno de una manera específica dentro de su modelo. Sin embargo si se analiza el contenido del modelo Henderson. Vemos que la autora menciona unas veces de forma implícita y otra explícita. La importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales,). Para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados. Así pues. Aunque no dedique un capítulo al análisis de estos aspectos, podemos afirmar que estos están contemplados sistemáticamente en la descripción de la característica de las 14 necesidades básicas y de los factores que las influyen.

APLICACIÓN DEL MODELO DE V. HENDERSON

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

EN LA ETAPA DE VALORACION Y DIAGNOSTICO

Sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis de datos y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:

El grado de independencia / dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades

Las causas de la dificultad en tal satisfacción

La inter-relación de necesidades con otras

La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

EN LAS ETAPAS DE PLANIFICACION Y EJECUCION

Sirve para la formulación de objetivos de independencia sobre la base de las causas de la dificultad detectadas. En elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo - siempre que sea posible – en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiaran la etapa de ejecución.

3. Finalmente, en la etapa de EVALUACION, el modelo de Henderson ayuda determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenido y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo mas rápidamente posible. Evidentemente, esto no significa que nosotras le proporcionemos la independencia, si no que nuestra actuación va encaminada a ayudarle a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.

La guía para la valoración de las 14 necesidades básicas cuya pretensión es la de ayudar a la identificación de las manifestaciones de independencia y dependencia en la satisfacción de las mismas.

Otro aspecto a tener en cuenta es el de los factores que influyen la satisfacción de las necesidades ya que ellos son los que individualizan su esencia y permiten identificar los valores adecuados en su satisfacción desde la unicidad de la persona. Estos factores son por una parte BIOFISIOLÓGICOS que hacen referencia a las condiciones genéticas de la persona y al funcionamiento de sus aparatos o sistemas de acuerdo con su edad etapa de desarrollo y estado general

de salud. Los PSICOLÓGICOS se refieren a sentimientos, pensamientos, emociones inteligencia, memoria psicomotricidad, nivel de conciencia, sensopercepción y habilidades individuales y de relación finalmente los aspectos SOCIOCULTURALES se refieren al entorno físico de la persona y a los aspectos socioculturales de este entorno que están influenciando a la persona, el entorno sociocultural incluye lo relativo a los valores y normas que proporciona la familia la escuela las leyes y políticas por las que se rige la comunidad de referencia, todo ello mediatiza las propias creencias y valores que se van elaborando a través de las influencias intergeneracionales familiares y de los grupos con los que la persona se relaciona. La valoración de todos estos factores debe ser relacionada con salud y no con otras variables

El considerar las necesidades desde el punto de vista implica forzosamente contemplar al individuo como un sistema abierto que continuamente intercambia materia, información y energía con el entorno. En este sentido Henderson reconoce que la persona tiene recursos reales y potenciales que en situación de normalidad quiere utilizar para alcanzar su independencia.

GUIA PARA LA VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES

Siguiendo el modelo de V.Henderson.

NECESIDAD DE OXIGENACION

- **BIOFISIOLÓGICOS.** edad, alineación corporal, talla corporal nutrición e hidratación sueño reposo, ejercicio, función cardíaca, función respiratoria, estado de la red vascular (arterial y venosa)
- **PSICOLÓGICOS** Emociones, (miedo, ira, tristeza, alegría, etc.) ansiedad estrés, inquietud, irritabilidad, etc.,

- **SOCIOCULTURALES** Influencia familiares y sociales (hábitos y aprendizaje tales como estilo de vida, hábito de fumar) entorno físico próximo, entorno físico de la comunidad.

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION

- **BIOFISIOLOGICOS** edad talla constitución corporal y patrón de ejercicio.
- **PSICOLOGICOS** emociones, pensamientos y sentimientos respecto a la comida, bebida
- **SOCIOCULTURALES** Influencias familiares y sociales, (hábito y aprendizaje) status socioeconómico, entorno físico y lejano religión, trabajo,

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- **BIOFISIOLOGICOS** edad nivel de desarrollo, nutrición e hidratación y ejercicio
- **PSICOLOGICOS** emociones, ansiedad, estrés, estado de ánimo
- **SOCIOCULTURALES** organización social, estilo de vida, hábitat, entorno adecuado, influencias familiares, y sociales (hábitos, aprendizajes, aspectos culturales condicionantes, clima

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

- **BIOFISIOLOGICOS** constitución y capacidad física (nivel de energía individual, edad y crecimiento y desarrollo físico)
- **PSICOLOGICO** 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, entorno físico próximo y lejano.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

- **BIOFISIOLOGICOS** edad alimentación e hidratación
- **PSICOLOGICOS** estados emocionales, ansiedad, estrés, estado de ánimo hipnograma (características del sueño de la persona) .
- **SOCIOCULTURALES** influencias familiares y sociales, prácticas culturales siesta, trabajo, entorno próximo del hábitat (iluminación ruido, colores, mobiliario) entorno lejano, clima, altitud temperatura) creencias y valores, estilo de vida (horario de trabajo)

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

- **BIOFISILOGICOS** Edad desarrollo psicomotor, talla corporal, tipo de actividades
- **PSICOLOGICOS** Emociones (alegría, tristeza, ira) personalidad de base, estado de ánimo y auto imagen.
- **SOCIOCULTURALES** influencias familiares estatus social trabajo, cultura, moda, creencias, religión, significado personal de la ropa entorno próximo.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

- **BIOFISIOLOGICOS** Edad, sexo, ejercicio, tipo de alimentación, ritmos circadianos.

- **PSICOLOGICOS** ansiedad emociones

- **SOCIOCULTURALES** Entorno físico próximo y lejano, raza o procedencia étnica, geográfica, status económico

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

- **BIOFISIOLOGICOS** Edad, desarrollo, alimentación, ejercicio, movimiento, temperatura corporal.

- **PSICOLOGICOS** emociones, estado de ánimo inteligencia, auto imagen, psicomotricidad

- **SOCIOCULTURALES** cultura educación corrientes sociales, modas, organización social, influencias familiares, ambiente lejano.

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

- **BIOFISIOLOGICOS** edad etapa del desarrollo, mecanismos de defensa fisiológicos (termorregulación, inmunológicos) estabilidad psicomotora

- **PSICOLOGICOS** mecanismos de defensa, métodos de afrontamiento (competencias personales estrés, estabilidad psíquica personalidad de base, emociones, y diferentes estados de ánimo.

- **SOCIOCULTURALES** sistema de apoyo familiar y social, cultura religión educación, estatus socioeconómico, rol social, estilo de vida, organización social valores y creencias, entorno lejano (clima, temperatura, humedad, ruido, etc.)

NECESIDAD DE COMUNICARSE

- **BIOFISIOLÓGICOS**, integridad de los órganos de los sentidos, edad, etapa de 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, cultura, estatus, social, rol, nivel educativo, influencias familiares y socioculturales, profesión.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

- **BIOFISIOLÓGICOS** etapas de desarrollo, integridad del sistema neuromuscular
- **PSICOLÓGICOS** emociones, actitudes, estado de ánimo, personalidad de base, pensamientos, inteligencia, percepción puntual del entorno (catástrofes, enfermedades) sociocultural
- **SOCIOCULTURALES** religión, creencias, (sentido de la vida y de la muerte, deseo de comunicación, con un ser supremo, deseo de vivir con una filosofía o ideales personales noción de trascendencia, infraestructura familiar y social

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

- **BIOFISIOLÓGICOS** Edad etapas de desarrollo, constitución y capacidades físicas

- **PSICOLOGICOS** emociones. personalidad de base, inteligencia y estado de ánimo

- **SOCIOCULTURALES** Influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizaje y valores, creencias y demandas sociales) cultura, educación, rol, estatus, posibilidad de realizar un trabajo satisfactorio.

NECESIDAD DE JUGAR, PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

- **BIOFISIOLOGICOS** edad, etapa de desarrollo, constitución capacidades físicas

- **PSICOLOGICOS** Madurez personal, sensopercepción inteligencia, pensamientos, emociones, motivación, personalidad de base, humor de base, estado de ánimo, auto concepto.

- **SOCIOCULTURALES** Cultura, rol social, influencias familiares y sociales; estilo de vida.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

- **BIOFISIOLOGICOS.** Edad, etapa de desarrollo, capacidades físicas.

- **PSICOLOGICOS** emociones, capacidad intelectual, motivación (significado del aprendizaje importancia del conocer y aprender sobre si mismo) carácter (activo, pasivo) estado de ánimo.

- **SOCIOCULTURALES,** educación, nivel socioeconómico, estatus según instrucción o educación influencias familiares y sociales, raza, religión, creencias de salud relacionadas con el sexo masculino o femenino.

2.6 Etapa de crecimiento y desarrollo en la edad adulta intermedia.

La edad adulta intermedia, que en este material se define aproximadamente como los años que van desde los 40 hasta los 65, tiene muchos determinantes.

Examinaremos en forma sintética la salud en la edad adulta intermedia, comentando la menopausia, el período crítico masculino y los cambios físicos que se presentan en los dos sexos. También miraremos rápidamente la manera como los procesos de pensamiento de las personas adultas difieren de los de la gente más joven. Finalmente, examinaremos las satisfacciones que la gente de edad intermedia obtiene de su trabajo, así como los efectos del agotamiento (desgaste), el desempleo y el reto de cambiar carreras en mitad de la vida. Como consecuencia de todo esto, explorará la famosa “crisis de mitad de vida” y miraremos las relaciones que los adultos de edad intermedia tienen con la gente importante en sus vidas sus cónyuges, amigos y las generaciones a ambos lados de ellos - sus hijos y sus padres -.

Antes de internarnos a los contenidos, pregúntese...

¿Qué cambios físicos experimentan los hombres y las mujeres durante los años intermedios, y cómo los manejan?

¿Cómo es el funcionamiento intelectual en la edad adulta intermedia?

¿Por qué algunas personas continúan su educación o cambian de carrera en la mitad de la vida?

¿Qué beneficios obtiene de su trabajo la gente de edad intermedia?

“Salud, dinero y amor - y el tiempo para gastarlo -. Este brindis español inspiró a los autores de un libro sobre la edad intermedia, para usarlo como título de un capítulo, al encontrarlo como el “resumen ideal de lo que la edad intermedia puede ofrecer”.

Se podría pensar que, después de pasar por una etapa llena de productividad, vida sexual, y dinero, al pasar a los 40 años - la edad intermedia (40 a 65 años)- se llega a la época de torpezas, barrigas, dolores y arrepentimientos por la juventud perdida, pero muchas personas en este periodo la consideran la mejor época de su vida.

En general, la gente de edad intermedia de hoy en día está en buena condición física, financiera y psicológica. Es probable que esté en sus años de máximas ganancias y, puesto que usualmente sus hijos están completamente crecidos o casi crecidos, muchos están en la posición financiera más segura de sus vidas.

Los adelantos médicos y el conocimiento del cuidado preventivo y la buena condición están manteniendo de manera general en buena salud física y la generación actual de gente de edad intermedia. Y una de las mayores fuerzas de la edad intermedia proviene de haber vivido lo suficiente para adquirir experiencia social y profesional valiosa, y tener oportunidades de utilizar esa experiencia.

Esta "época primordial" de la vida tiene sus tensiones, por supuesto. El adulto de la edad intermedia se da cuenta de que su cuerpo no es lo que una vez fue. En una sociedad orientada hacia la juventud y la buena condición, las arrugas, los hundimientos y los dolores musculares agudos son señales no bienvenidas pues indican la proximidad de la vejez. Las aparentes señales de envejecimiento pueden herir a la gente que está buscando trabajo o que se encuentra dentro de una institución donde la mayoría de la población es gente "joven". Esto es significativo porque el trabajo que hace la gente ejerce una gran influencia en la forma como se siente ante esta época de la vida.

La edad intermedia es una época de hacer inventarios. La gente reevalúa sus aspiraciones anteriores sobre la carrera elegida y qué tan bien se ha realizado.

Durante la transición de la adultez temprana y la intermedia algunas veces se modifican metas o se incursiona en actividades totalmente diferentes de las esperadas.

La reevaluación - que se extiende a las relaciones íntimas y otros aspectos del estilo de vida- sucede debido a un cambio en la orientación en el tiempo de las personas. En vez de pensar en el período de su vida desde el punto de vista de los años que ya ha vivido, la gente empieza a pensar en el tiempo que le queda por vivir. Comienza a darse cuenta de que posiblemente no puede hacer todo lo que quiere y está ansiosa - muchas veces desesperadamente- de sacar el máximo provecho de sus años restantes.

Esta comprensión incita a mucha gente a cambiar de actividad profesional, a otra de dejar su cónyuge y a algunas más a jubilarse

En esta parte del material trataremos en forma sintética algunos de los problemas físicos e intelectuales de la edad intermedia. Nos centramos en la salud, en el funcionamiento sensorial y psicomotor, y en formas características en las que la gente piensa y aprende en la mitad de la vida. Revisaremos algunas características del proceso educativo del adulto y el papel del trabajo, considerando sus satisfacciones y el estrés y el reto estimulante de un cambio de actividad profesional. Exploramos los problemas sociales y emocionales y las relaciones íntimas de esta época de la vida

DESARROLLO FISICO

Desde la temprana edad adulta hasta los años intermedios, en general suceden cambios biológicos tan gradualmente, que con dificultad se perciben - hasta, hasta que un día, un hombre de 45 años, se da cuenta que no puede leer sin lentes, o

una mujer de 55 años admite que no es tan rápida como solía realizar sus actividades domésticas.

El funcionamiento físico y la salud son usualmente buenos en estos años, a pesar de que no están en el nivel máximo del de la edad adulta temprana. La mayoría de la gente acepta los cambios en sus capacidades reproductoras y sexuales - menopausia y período crítico masculino- y en la disminución de la agilidad al caminar, pero suele haber alguna angustia por la disminución del atractivo físico.

CAMBIOS FISICOS

Funcionamiento sensorial y psicomotor

Vista, oído, gusto y olfato. A medida que los cristalinos del ojo se vuelven menos elásticos con la edad, su foco no se ajusta tan fácilmente; en consecuencia, mucha gente desarrolla presbicia - hipermetropía asociada a la vejez- y necesita anteojos para leer; seguramente usted ha notado que estas personas, para leer, comienzan a estirar el brazo y luego lo contraen para afocar mortalmente el objetivo; “¿te sobra vista o té falta brazo?”- suelen decir sarcásticamente sus conocidos -. También se experimenta una leve pérdida en la nitidez de la visión y necesitan cerca de un tercio más de luminosidad para compensar la pérdida de luz que llega a la retina. La miopía, sin embargo, tiende a nivelarse en estos años.

Hay también una pérdida gradual de la audición, especialmente en lo que respecta a los sonidos en las frecuencias más altas, esta condición es conocida como presbiacusia. Después de los 55 años, la pérdida de la audición es mayor para los hombres que para las mujeres, la mayor parte de la pérdida de la audición durante estos años no es percibida, puesto que está limitada a los niveles de sonido que son poco importantes para el comportamiento cotidiano.

La sensibilidad del sentido del gusto empieza a disminuir alrededor de los 50 años, particularmente la habilidad de discriminar "los matices más finos del gusto", los alimentos que pueden ser muy sabrosos a un joven puede parecer insípida a una persona de edad intermedia, a menos que se le agreguen condimentos. La sensibilidad al olfato parece sostenerse bien, es uno de los últimos sentidos que se disminuye.

Fuerza, coordinación y tiempo de reacción

A pesar de que hay una disminución gradual en fuerza y coordinación durante los años intermedios, la pérdida es tan pequeña que la mayoría de la gente escasamente la nota. Diez por ciento de reducción en la fuerza física desde su máximo en los 20 años no significa mucho para la gente que, rara vez, si alguna vez lo hace, emplea toda su fuerza en sus vidas cotidianas. Cuanto menos se esfuerce la gente, menos puede hacer. La gente que lleva una vida sedentaria pierde la tonicidad muscular y se vuelve aún menos inclinada a esforzarse físicamente. La gente que hace el esfuerzo de conservarse activa durante la edad adulta obtiene los beneficios de más fibra y elasticidad después de los 60 años.

El tiempo de reacción simple disminuye a cerca de 20%, en promedio, entre los 20 y los 60 años y decae después de estos últimos. Las habilidades motrices complejas, se incrementan durante la infancia y la juventud pero disminuyen gradualmente después de que la gente ha alcanzado su completo desarrollo.

Los trabajadores industriales hábiles, en sus 40 y 50 años son usualmente más productivos que nunca, en parte debido a que, generalmente, son más escrupulosos y cuidadosos. Además, es menos probable que los trabajadores de edad intermedia tengan lesiones que los incapaciten en el trabajo - resultado, sin duda, de la experiencia y el buen juicio, que hace más que compensar cualquier reducción de la coordinación y las habilidades motrices –

Cambios en la capacidad reproductora y sexual

Uno de los cambios fundamentales de la edad intermedia - la disminución de las capacidades reproductoras- afecta a los hombres y mujeres de manera diferente. La capacidad de las mujeres para dar a luz hijos se termina durante este período; los hombres, a pesar de que pueden continuar engendrando hijos, empiezan a experimentar una disminución de la fertilidad y en algunos casos, de la potencia.

El climaterio masculino

A pesar de que los padres pueden continuar engendrando hijos hasta muy avanzada edad, algunos hombres de edad intermedia experimentan una disminución de la fertilidad, la frecuencia de las eyaculaciones y un aumento de la impotencia. Además, la mayoría de los hombres de edad intermedia parecen tener fluctuaciones cíclicas en la producción de hormonas. La etapa inmediata previa a la andropausia se caracteriza por cambios fisiológicos, emocionales y psicológicos. Involucra al sistema reproductor y otros sistemas del cuerpo- generalmente comienza alrededor de 10 años después el climaterio femenino - y el patrón de síntomas varío alrededor de 5%. Los hombres de edad intermedia experimentan síntomas tales como depresión, fatiga, insuficiencia sexual y achaques físicos vagamente definidos. Puesto que los investigadores no han encontrado relaciones entre los niveles hormonales y los cambios de temperamento, es probable que las quejas de la mayoría de los hombres están sujetas a la presión ambiental como las de las mujeres. Algunos de los problemas pueden estar relacionados con eventos inquietantes de la vida, tales como la enfermedad del hombre o su esposa, problemas de negocios o de trabajo, la partida de la casa de los hijos o la muerte de los padres.

Apariencia y adaptación sexual

En esta época suele evidenciarse un doble enfoque relacionado con la entrada al envejecimiento. Los cabellos encanecidos, la piel engrosada y las “patas de gallo” que son consideradas como prueba de experiencia, madurez y maestría en los hombres, son miradas como señales indicadoras de que “está entrada en años”, en las mujeres. Una vez que estas señales de juventud se han ido, también lo ha hecho (a los ojos de muchos hombres) el valor de una mujer como compañera sexual y romántica, y aún como presunta empleada o socia de negocios.

Pérdida de la capacidad de reserva física

Muchos de los problemas de salud que se originan en la edad intermedia son debidos a la pérdida de la capacidad de reserva física, es decir, la habilidad de los órganos y sistemas del cuerpo para aplicar un esfuerzo extra en épocas de estrés o disfunción.

Los cambios físicos más comunes incluyen:

- Habilidad disminuida para bombear sangre.
- Funcionamiento disminuido de los riñones.
- Secreción disminuida de enzimas en el tracto gastrointestinal, que llevan a la indigestión y al estreñimiento.
- Debilitamiento del diafragma.
- Ensanchamiento de la glándula prostática en el hombre (el órgano que rodea el cuello de la vesícula urinaria), que causa a menudo problemas de vesícula y problemas sexuales.

Algunos de estos cambios son el resultado directo del envejecimiento de los órganos. Sin embargo, los factores de comportamiento y el estilo de vida pueden

afectar su regulación y su extensión. La gente envejece a diferentes ritmos, y la decadencia de los sistemas del cuerpo es gradual.

SALUD

Problemas de salud

Las enfermedades más comunes de la edad media son el asma, la bronquitis, la diabetes, los desórdenes nerviosos y mentales (irritación o depresión), la artritis, el reumatismo, los deterioros de la vista y el oído, y el mal funcionamiento o las enfermedades de los sistemas circulatorio, digestivo y genito-urinario. Estas enfermedades, sin embargo, no necesariamente avanzan en la edad intermedia, mientras tres quintas partes de personas de 45 a 64 años de edad tienen estas condiciones crónicas, aunque dos quintas partes entre los 15 y 44 años ya las padecen.

Un importante problema de salud en la edad intermedia es la presión sanguínea alta, también conocida como hipertensión. Este desorden, que es peligroso porque a menudo predispone a la gente a los ataques del corazón, afecta a 1 entre 5 adultos.

Causas de la muerte

Actualmente, cuando la gente tiende a vivir más, la muerte en la edad intermedia parece prematura pero no tan inesperada como en la infancia o en la edad adulta temprana. Ahora es más probable que la muerte provenga de causas naturales que de accidentes o violencia. Las tres principales causas que conducen a la muerte entre los 35 y los 54 años son el cáncer, los ataques al corazón y los accidentes; entre los 55 y 64 años, las causas son el cáncer y enfermedades del corazón.

DESARROLLO INTELECTUAL

La expresión “Loro viejo no aprende a hablar”, no se aplica a la gente de esta edad. La gente de edad intermedia y mayor, puede y realmente continúa aprendiendo nuevos “trucos -”mañas”, dicen algunos -”, y nuevas habilidades, y puede recordar los que ya conoce bien. De aquí que la expresión más indicada sería “viejo zorro”.

No hay una evidencia de descenso en muchas clases de funcionamiento intelectual antes de los 60 años y hay, inclusive, incremento en algunas áreas como el vocabulario, habilidades e información general - cultura -. La gente de edad intermedia puede aprender esto, a menos que piense que no puede. Además, la gente de edad intermedia muestra una marcada ventaja para solucionar los problemas de la vida cotidiana, la cual procede de su capacidad de sintetizar su conocimiento y su experiencia.

EL PROCESO INTELECTUAL

Inteligencia y cognición

Mientras la inteligencia fluida (habilidad de manejar nuevo material o situaciones) típicamente disminuye durante la edad adulta, la inteligencia cristalizada (habilidad de solucionar problemas con base en el procesamiento automático de información almacenada) a menudo se incrementa durante la edad intermedia. Por ejemplo, las habilidades verbales ascienden, especialmente entre la gente que utiliza sus capacidades intelectuales regularmente, bien sea en el trabajo o a través de la lectura u otro ejercicio mental.

Cambios de cognición en la edad adulta intermedia.

Los adultos están usualmente más preocupados en cómo utilizar el conocimiento para propósitos prácticos que en adquirir conocimiento y habilidades para su propio bien, usan sus habilidades intelectuales para solucionar problemas de la vida real asociados con la familia, negocios o responsabilidades sociales. Este desarrollo cognoscitivo de la edad intermedia se relaciona con la creencia de Erikson (que se tratará más adelante) de que la gente de edad intermedia se interesa en la labor de la generatividad -responsabilidad de establecer y dirigir a la generación venidera -.

Características de los pensadores maduros

Piaget caracterizaba el uso de la lógica formal como el nivel de pensamiento más alto en la persona, pero el pensamiento maduro es más complejo y dirige una llamada de atención hacia otros aspectos. Cuando la gente centra sus energías intelectuales en solucionar problemas reales, aprende a aceptar la contradicción, la imperfección y la concesión como parte de la vida adulta.

El *pensamiento maduro*, contiene cierta cantidad de subjetividad y confianza en la intuición, antes que en la lógica pura - característica del pensamiento operacional formal -. Los pensadores maduros tienden a personalizar su razonamiento, utilizando los frutos de su experiencia cuando se les dirige una llamada para encargarse de las situaciones ambiguas. De este modo, la experiencia contribuye a la habilidad superior de los adultos maduros para solucionar problemas prácticos, la cual algunas veces se llama "sabiduría".

El estudiante adulto

Normalmente, en esta época de la vida, la mayoría de las personas ya cuentan con un nivel de estudios estable; es decir, quienes llegaron hasta la secundaria en la adolescencia ya no ingresan al bachillerato. Quienes abandonaron los estudios de bachillerato o los de licenciatura raras ocasiones prosiguen el siguiente nivel educativo. No obstante, cada día es más probable encontrar en las aulas a personas de mayor edad de la esperada - de acuerdo al nivel que corresponda -.

Hoy en día se puede encontrar uno con estos casos: Una mujer se casó a los 17 años, dio a luz y crió a 3 hijos, y fue a la universidad a los 40 para egresar como profesionista cerca de los 45; Un mecánico automovilístico de 50 años toma un curso nocturno de filosofía sin créditos estudiantiles sólo por el placer de conocer información que considera le hace falta. Un profesionista de la física, de unos 49 años, se inscribe a un seminario sobre recientes avances en la medicina endocrinológica. Estos casos ejemplifican el auge en la educación continua, el aspecto creciente más rápido de la educación norteamericana y europea en la actualidad, y una alternativa en desarrollo en nuestro país.

Por otro lado, podemos observar en nuestras comunidades que personas mayores de 35 años asisten a la escuela para aprender a leer y escribir. Como dato colateral, cabe mencionar que más del 10% de los adultos mexicanos de 17 a 22 años, participan en cursos de educación para adultos utilizando medio tiempo - aún en forma gratuita -. La mitad de estos estudiantes son de 35 años o más.

¿Por qué van los adultos a la escuela o toman cursos?. Casi dos terceras partes de los que toman clases de tiempo parcial lo hacen por razones relacionadas con sus trabajos pues buscan preparación que les ayudará a desempeñar mejor su función; por ejemplo, los profesionales en los campos de rápido desarrollo como el derecho, la medicina, la psicología y la ingeniería necesitan ir al paso de los

nuevos adelantos de la ciencia y la tecnología. Mucha gente estudia para prepararse en los que será su *modus vivendus* o para prepararse para diferentes clases de trabajo. Algunas mujeres que han dedicado los años de su edad adulta temprana a los trabajos caseros y a la maternidad regresan a la escuela para ampliar su cultura - incluso para fortalecer su ejecución como responsables de su hogar o su vida matrimonial -. La gente que ve aproximarse la jubilación puede desear ampliar su cultura y sus habilidades para hacer un uso más productivo e interesante de su nuevo tiempo libre. Y algunos adultos simplemente disfrutaban del aprendizaje y desean continuar haciéndolo.

En los casos de analfabetismo suele manifestarse la necesidad de pertenencia - de la que se habló al principio de este documento, en la perspectiva humanística -, en otros casos lo hacen para evitar comparaciones negativas por parte de sus nietos.

Los aprendices maduros tienden a estar más motivados que los aprendices de edad tradicional ya que se han dado cuenta que el aprendizaje no está limitado al salón de clase sino que también ocurre en forma relativamente informal - en casa, en el trabajo y en otra parte diferente a una escuela clásica -. Lo que les puede faltar en habilidades académicas específicas lo compensan en la riqueza y variedad de las lecciones de la vida, las cuales aplican el material que enfrentan cuando regresan a la escuela.

No obstante que la experiencia de la vida ayuda bastante a estos adultos, son a menudo más ansiosos y menos confiados en sí mismos que sus compañeros de clase más jóvenes. Así mismo, tienen una serie de problemas prácticos que la mayoría de los estudiantes más jóvenes no tienen. Pueden tener dificultad para hacer las tareas escolares en sus ocupados horarios y para manejar la marcha del curso, la paternidad y los trabajos. El transporte y la atención de los niños pueden presentar dificultades, y los amigos y la familia no siempre los apoyan. Incluso se

puede notar una ambivalencia ¿comento que estoy asistiendo a la escuela o me quedo callado? La respuesta esperada puede ser del agrado del estudiante cuando se le reconozca su “valor”; pero también se pueden escuchar sarcasmos que le hagan sentir incomodo: ¿Y a que horas sales al recreo? ¿Te dejan tarea o prácticas cuando ves el tema de educación sexual? ¡Tan grandecito! ¿Y tu uniforme?, etc.

Para ayudar a satisfacer las necesidades de los estudiantes adultos, un creciente número de instituciones educativas, se están volviendo más flexibles en la fijación de horarios, proporcionándoles oportunidades a para que se inscriban a horarios en tiempo parcial y para que hagan una gran parte de su trabajo independiente. En algunas instituciones los estudiantes pueden seguir un programa de estudio académico diseñado a la medida, trabajar en la casa y registrarse de vez en cuando con consejeros supervisores, también pueden registrarse en asignaturas que más convengan a sus intereses. Esta opción esta íntimamente relacionada con la educación abierta.

Como parte colateral a esta alternativa se encuentra la educación a distancia, situación que permite al adulto apropiarse de conocimientos específicos de algún tema que se trate en otro lugar del mundo, al mismo tiempo que se encuentre en su país, y con la posibilidad de hacer preguntas - y recibir respuestas- en el momento. Esta alternativa se está desarrollando con excelentes resultados en instituciones públicas (U.N.A.M. y el I.P.N.), así como en las privadas (ITSM).

Las universidades no son los únicos sitios que ofrecen cursos de educación para adultos. Las escuelas públicas, las organizaciones comunales, las empresas comerciales, los sindicatos, las sociedades profesionales y las agencias gubernamentales también lo hacen. En México nos seguimos preocupando, personal e institucionalmente, por elevar nuestros niveles educativos; convencidas están las comunidades que el conocer promueve mejores estilos de vida. En la

compleja sociedad de hoy, la educación nunca termina y a pesar de que no todo el aprendizaje tiene lugar en la escuela, más y más gente está encontrando algún tipo de aprendizaje formal importante para su marcha con los retos y oportunidades del mundo del trabajo, así como para el desarrollo de su completa capacidad intelectual o el bienestar social.

TRABAJO

Patrones de trabajo

Durante la edad adulta intermedia, es probable que el trabajador típico se ajuste a una de dos descripciones. El o ella están en la cumbre de una carrera escogida durante la edad adulta temprana, ganando más dinero, ejerciendo más influencia en la comunidad laboral y mereciendo más respeto que en cualquier otro período de la vida; o en el comienzo de una nueva vocación, posiblemente estimulada por la reevaluación de sí mismo, que tiene lugar durante la mitad de la vida. Una variación en este segundo patrón es la de algunas mujeres que ingresan o reingresan al ámbito laboral que requiere de *mano de obra* o “aceptan” tomar un trabajo muy exigente en tiempo o dedicación, debido al agotamiento de sus reservas económicas o la necesidad de continuar apoyando a sus hijos - sea que estén estudiando o que tengan problemas en su propia familia -.

Las diferencias sexuales en el trabajo

Las posiciones más altas en los negocios, el gobierno y las profesiones están aun dominadas por los hombres, a pesar de que las mujeres han tenido un progreso significativo en éste y otros campos. En general, las mujeres ganan menos que los hombres y enfrentan barreras tanto en conseguir empleos como en los ascensos. A pesar de que la mitad de las mujeres de edad intermedia ahora si realizan trabajos remunerados, comparado con sólo cerca de 20% en los años 20, muchas

de estas mujeres apenas han ingresado al destacamento de trabajadores por primera vez en sus vidas adultas o han reingresado a ella después de “haberse retirado” para concentrarse en criar a sus hijos. Tales mujeres a menudo enfrentan no sólo la discriminación de edad y de sexo sino la real desventaja de competir con gente que tiene una ventaja inicial de 20 años. Esta brecha de sexo puede estrecharse a medida que la actual generación de adultos jóvenes, la mayoría de los cuales han estado trabajando ininterrumpidamente durante los años de crianza de sus hijos, lleguen a la edad intermedia.

La gente que sigue el segundo patrón de carrera está obteniendo más atención en estos tiempos como parte de una tendencia hacia una vida con múltiples carreras.

La discriminación sexual, como se vio en la edad adulta temprana- sigue siendo un obstáculo para las mujeres de nuestra sociedad. De hecho, no es extraño escuchar “Mejor búscate alguien que te mantenga”, cuando una mujer adulta intermedia ingresa a trabajar.

Tensiones de trabajo

Cuando los trabajadores están insatisfechos con sus trabajos, es a menudo debido a uno de una serie de factores estresantes:

Falta de ascensos o aumentos de sueldo.

Baja paga.

Trabajo monótono y repetitivo.

No participación en la toma de decisiones

Carga pesada u horas extras de trabajo.

Problemas de supervisión (sobre todo por gente joven).

Descripciones no claras del trabajo.

Un jefe que no estimula.

Incapacidad o renuencia a manifestar frustración o ira.

Dificultad para manejar las responsabilidades de hogar y trabajo.

Insuficientes descansos (aumento de cansancio).

Hostigamiento sexual (para ambos sexos).

Estos factores están relacionados con una serie de enfermedades físicas y emocionales, a pesar de que los vínculos específicos son difíciles de establecer. El estrés puede provocar agotamiento emocional y un sentimiento de que uno ya no puede realizar nada en el trabajo. Es especialmente común entre la gente de profesiones humanísticas como la medicina, la enseñanza, el trabajo social o la psicología que el estrés ataca a esos profesionales que han sido los más dedicados y que se sienten frustrados, ahora, por la inhabilidad de ayudar a la gente tanto como quisiera o como lo hicieron antes. La sensación de impotencia física o mental y la falta de control es usualmente una respuesta al estrés que se convierte en algo cotidiano. Los síntomas, que vienen gradualmente, pueden incluir fatiga, insomnio, dolores de cabeza, gripes persistentes, problemas estomacales, abuso de alcohol o tabaco (incluso de medicamentos que deben ser controlados por el médico) y dificultades para congeniar con la gente. El profesional agotado puede dejar un trabajo repentinamente, alejarse de la familia y los amigos, y hundirse en la depresión.

Algunas medidas que parecen ayudar a los trabajadores agotados incluyen la reducción de horas de trabajo y la toma de descansos, incluyendo los fines de semana largos y las vacaciones; otras alternativas más comunes pueden ser la práctica de ejercicio, escuchar música o hacer meditación. Pero lo más importante es que los adultos, jóvenes o intermedios- comprendan que esto (todo lo que se ha comentado en este material) es un proceso "normal" (cuando menos es muy probable que le suceda a mucha gente) dentro del desarrollo del individuo y que la aceptación de estas y otras etapas críticas del hombre se circunscriben a un contexto bio psico social.

Desempleo

El factor estresante más grande de todos - motivo por el que se toca por separado de la lista anterior- relacionado con trabajo, es la repentina o inesperada pérdida de un trabajo. Los trabajadores que derivan su identidad de su trabajo (incluso su vida), los hombres que definen la hombría como la manutención de una familia y la gente que define su valor desde el punto de vista del valor - en dinero - de su trabajo, pierden más que su salario cuando son liquidados. Pierden un pedazo de sí mismos y con él su autoestima. Las mujeres están tan propensas como los hombres a sentirse económica, psicológica y físicamente afligidas por la pérdida de un trabajo. Debido a los estereotipos culturales, la pérdida de empleo en el hombre puede llevar, junto con las demás características físicas, a estados depresivos de alto riesgo para su equilibrio mental.

Cambio de carreras en la mitad de la vida.

Las historias de cambios de vida profesional o *modus vivendus* en la mitad de la vida se incrementan en estos tiempos. Con las expectativas de hoy en día de una vida más larga, mucha gente de edad intermedia - al darse cuenta de que no desea continuar haciendo lo mismo los próximos 20 años- se orientan en direcciones totalmente nuevas. Otros se ven forzados por el desempleo - por causas tecnológicas o económicas- a buscar "nuevos mundos". Un trabajador de edad intermedia puede sentirse presionado por los trabajadores más jóvenes que están ascendiendo en la escala de puestos y podría, más bien, cambiar por completo de trabajo que tratar con la competencia. Otra persona de edad intermedia puede pensar "estoy cuesta abajo" o "he llegado tan lejos como he podido en esta compañía", y puede buscar el reto de un trabajo que ofrezca más oportunidad de progreso o desarrollo personal.

Algunos eventos comunes de la edad intermedia afectan en general la estructura de vida de las personas y, en particular, estilos de vida. El vacío del hogar, cuando el hijo más joven se va de casa puede llevar a una reorientación que va desde los asuntos familiares hasta las consideraciones sobre la carrera. El entusiasmo de una mujer por su primer trabajo fuera de casa puede inspirar a su marido a buscar una nueva línea de trabajo que proporcionará similar conmoción. El divorcio o la viudez pueden forzar a una mujer a trabajar por necesidad más que por elección y, posiblemente, a tratar de encontrar un trabajo mejor remunerado.

La gente que después de años de trabajo ha pagado la hipoteca o ha hecho profesional al último hijo, puede sentirse libre para tomar empleo con cargas de trabajo más livianas, cambiarse a puestos que traigan menos dinero pero más satisfacción o a meterse en negocios aventurados, arriesgados pero emocionantes. Otra gente repentinamente se da cuenta de que está mal preparada para la jubilación y se centra en acumular una reserva mientras aún es hábil para las ganancias substanciales.

¿Cómo les va a los que cambian de modo de vida?

La respuesta puede depender en parte de si el cambio es libre o forzado. La gente que escoge hacer un cambio libremente puede apresurarse a un despido o a una jubilación forzada como una oportunidad de desarrollo y probablemente disfrute más de su vida mientras contribuye con su valiosa experiencia a nuevas organizaciones y negocios.

A quienes se ven forzados a cambiar de modo de vida les puede resultar positivo o indiferente después de haber afrontado con una posición más crítica a su autovaloración.

LA EDUCACION PARA LA VIDA

Como se ha observado hasta aquí, el estilo de vida - íntimamente relacionado con la salud, las relaciones sociales, el trabajo, la vida sexual y la moralidad -, no se elige de una lista de alternativas que nos presente la vida, tampoco esta supeditada al destino azaroso. El estilo de vida se va conformando desde los primeros años de nuestra vida y se fortalece cuando llegamos a la edad adulta (de hecho, una de las características que distinguen al adulto es la adjudicación de una responsabilidad reconocida por la sociedad). Sin embargo, si es posible modificar parcial o totalmente este estilo cuando se llega a la adultez intermedia. Estos cambios son posibles cuando se cuenta con un acervo de habilidades y conocimientos para afrontar los siguientes retos que nos presentará la vida. ¿Dónde obtenemos estos recursos? Por un lado, la educación juega un papel muy importante en este proceso ya que, a su vez, para incursionar en estudios especializados, se requiere de una preparación educativa básica - hoy en día se requieren conocimientos a nivel licenciatura -. La experiencia de la vida juega otro importante papel ya que la información "teórica" obtenida en las aulas no tiene valor si no ha sido llevado a la practica - combinada con las propias limitaciones de la vida real -. Aunque los prototipos de estilo de vida que nos muestran los medios masivos de comunicación son inalcanzables para la mayoría de la gente en nuestro país, apoyan a que el individuo compare su estado actual de estilo de vida con las posibles alternativas que el mundo ofrece. Las relaciones sociales nos permiten - como cuando se está entre los 4 y 8 años de edad- comparar con nuestro entorno inmediato lo que somos, tenemos y aspiramos.

LA PROSPECTIVA Y LA CREATIVIDAD EN APOYO AL MANTENIMIENTO DE ESTILO DE VIDA

La **prospectiva**, en forma sencilla, es la mirada hacia el futuro; no sólo en términos idealistas sino como la probabilidad -controlada- de los aconteceres que

se presentarán como producto de la propia intervención del individuo. ¿Cómo podrá intervenir el adulto en los acontecimientos futuros? Con la experiencia personal que los últimos años le han brindado, la información compilada a través de las instituciones educativas, el auto aprendizaje, la interacción con otras personas que tienen otro tipo de información y experiencia, el individuo cuenta con un equipo de herramientas que pueden ser aplicadas en términos más positivos; pero si todos los adultos cuentan con estas “herramientas” ¿Por qué no todos los adultos mejoran su estilo de vida en la etapa intermedia? Más aún, ¿Por qué un buen número de senectos sufren su última etapa? La **creatividad** viene aquí a señalarse como un principio fundamental para la generación de nuevas alternativas de acción. No se necesita ser un Albert Einstein o un Salvador Dalí para generar ideas revolucionarias en la ciencia o las artes. En nuestro contexto cotidiano basta con aprovechar las experiencias cotidianas y romper con los estereotipos que la misma cultura nos ha impuesto, es buscar diferentes caminos para llegar al mismo fin - con la posibilidad de seleccionar las mejores y no las mas cortas-. No todo mundo ejerce su creatividad o no todas la aplican en forma prospectiva, se limitan a aplicar esquemas ya conocidos para resolver problemas que le vienen en el presente. Cada día es más común encontrar a jóvenes adultos hablando de prospectiva con este enfoque y es ya una realidad en personas y grandes instituciones la ejercitación combinada de esto y la creatividad, situación con la que cambian más fácilmente de estilo de vida. La continua reciprocidad de estos dos elementos parece apoyar en el mantenimiento de los estilos de vida que convienen más a las personas, estableciéndose -además- un equilibrio entre las posibilidades y las limitaciones.

2.6.1 Proceso de cicatrización

Es importante conocer el proceso biológico de la cicatrización de las heridas para obtener una recuperación general óptima. La reparación de los tejidos lesionados

depende de la capacidad de las células para dividirse por mitosis, éstas puestas pueden ser:

Células permanentes o amitóticas en tejido nervioso y muscular estriado principalmente.

Células estables cuando tienen mitosis ocasionales en: vísceras (hígado, riñón), glándulas y exocrinas.

Células lábiles que muestran mitosis toda su vida.

Con base en la multiplicación celular o aumento de masa protoplasmática remanente sin división celular, la cicatrización puede realizarse por tres formas:

Regeneración o sustitución del tejido lesionado por uno de igual tipo, por respuesta natural del organismo.

Cicatrización o reparación de la lesión por tejido conjuntivo fibroso.

Trasplante (auto, homo o hetero) o sustitución parcial o total de un órgano.

En las heridas asépticas la cicatrización se realiza con una reacción tisular mínima y sin complicaciones en un lapso de 8 a 145 días, dependiendo de varios factores, los cuales pueden ser:

Generales:

Edad: a mayor edad, mayor problema en la reparación tisular. Estado nutricional: un aporte adecuado de vitaminas, aminoácidos esenciales, proteínas, carbohidratos, electrolitos y agua en la alimentación, incrementa la reparación tisular.

Inmunidad: la presencia de anticuerpos en el organismo, limita las posibilidades de infección.

Estado fisiológico: problemas de anemia, deshidratación, etc., disminuyen la resistencia a la infección y retardan la cicatrización.

Locales:

Tipo de lesión: el tipo de reparación tisular, está en razón directa a la extensión del daño.

Sitio de herida: los sitios con movimiento, impiden la cicatrización en el tiempo señalado.

Riego sanguíneo: cualquier restricción en la circulación sanguínea, retarda el proceso de cicatrización (vendajes, suturas, etc.).

Otros:

La presencia de infección, cuerpos extraños, edema o tejido desvitalizado, dificultan y retardan el proceso de cicatrización.

Presión y tensión en heridas que obstaculicen el riego sanguíneo, alteren la organización química del colágeno e interrumpen la circulación linfática.

Estos factores influyen en el tipo de cicatrización que pueden ser:

Primera intención o unión primaria. Se presenta cuando no ha habido pérdida de sustancias y los bordes de la herida se ponen en contacto.

En esta parte se informará únicamente sobre la restitución tisular por cicatrización en la que existe una interrelación de respuestas celulares, respuestas vasculares y sustancias intercelulares intervinientes.

El proceso biológico de la cicatrización de heridas, independientemente de su naturaleza biológica, química o física, presenta dos fases, las cuales tienen una duración variable de acuerdo a los factores señalados y tipo de tejido lesionado.

Fase productiva, inicial, de sustrato, catabólica o inflamatoria. En esta fase se acumulan elementos humorales y celulares en el área lesionada y se depuran los restos de sangre, necrosis, etc., posteriores a la lesión.

Fase fibroplástica, secundaria, anabólica o proliferativa. Está destinada reparar los tejidos lesionados por granulación y producción de colágeno para lograr una fuerza tensional en la herida.

El proceso de cicatrización se inicia con la presencia del agente agresor en las células, las cuales, una vez lesionadas, liberan sustancias o mediadores tendientes a dilatar paredes vasculares y, por ende, aumento del aporte sanguíneo en la zona afectada (rubor y calor); al disminuirse la velocidad circulatoria, pasan a espacios tisulares, agua, electrolitos, proteínas plasmáticas, fibrinógeno y leucocitos (formación de edema). El suero y la linfa se coagulan por presencia de exudados sobre fibrinógeno (Tumoración) y estimulan los receptores del dolor (dolor). Los bordes de la herida se ponen en contacto por la formación del coágulo de sangre, suero y linfa.

Los líquidos tisulares continúan en aumento y después de tres a cuatro días hay un rápido crecimiento de fibroblastos, los cuales elaboran colágeno, sustancia albuminoidea del tejido conjuntivo de sostén; simultáneamente los capilares ser

III METODOLOGIA

RESUMEN DEL ESTUDIO DE CASO

El siguiente estudio de caso se realizo en un cliente adulto joven el cual fue contactado en el hospital en el área de curaciones, se le informó y solicitó su consentimiento para realizar el proceso de atención de enfermería con fines de titulación.

Para la valoración se utilizó un instrumento hecho con base a necesidades considerando las esferas, biológicas, psicológicas, sociales y cultural espiritual (fuentes de dificultad) con el cual se valoraron las 14 necesidades.

Ya habiendo obtenido la información se organizó y clasificó por necesidades siendo los ejes para su análisis el grado de satisfacción estableciendo dos posibles diagnósticos.

Independiente

Dependiente

De este último se identificó el grado de dependencia el cual pudo haber estado en las dos siguientes opciones

Totalmente dependiente

Parcialmente dependiente

También se identificó cuales fueron las causas de dificultad que a la luz de Henderson pueden ser Falta de conocimiento, falta de voluntad y falta de fuerza, las cuales pueden estar condicionadas por las fuentes de dificultad (biológica, psicológica, social y cultural espiritual).

En el caso del cliente se encontró que su grado de dependencia es parcial, estando afectadas las necesidades que a continuación se describen

Necesidad de nutrición e hidratación

Necesidad de eliminación

Necesidad de descanso y sueño

Necesidad de termo regulación

Necesidad de higiene y protección de la piel

Necesidad de aprendizaje

De las cuales para fines de titulación sólo se presentan

Necesidad de nutrición e hidratación

Necesidad de termo regulación

Necesidad de eliminación

Necesidad de higiene y protección de la piel

Debido a que el tiempo que se requería para ayudar al cliente era a corto plazo ya habiendo identificado las fuentes de dificultad se integraron los diagnósticos de enfermería a través de l formato PES con base a ello se eligió el rol de enfermería el cual pudo ser de acompañamiento, ayuda, enseñanza, la cual permitió establecer los objetivos, las metas tipos de intervención, dependiente, independiente, interdependiente, y así como los criterios de evaluación par poder llevar acabo la evaluación y la retroalimentación de los diagnósticos e intervenciones.

VALORACION

La etapa de valoración es la primera fase del proceso de enfermería en donde se recopilan los datos sobre el estado de salud del cliente a través de diversas

La etapa de valoración es la primera fase del proceso de enfermería en donde se recopilan los datos sobre el estado de salud del cliente a través de diversas fuentes, incluyendo al cliente como fuente primaria, al expediente clínico a la familia o cualquier otra persona que tenga contacto con el cliente, las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia, en esta etapa se determina

El grado de interdependencia; dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.

Las causas de dificultad en tal satisfacción.

La interrelación de unas necesidades con otras.

La identificación de los problemas y su relación con las fuentes de dificultad identificadas

Para la valoración del señor M.A.A. se utilizaron los siguientes métodos (entrevista, observación. Investigación bibliográfica, y método clínico), las fuentes de información fueron de tipo primario a través del cliente y como fuentes secundarias el expediente clínico, bibliografía, y como instrumento de registro se utilizó.

ANEXO 1 hoja de valoración de necesidades.

ANEXO 2 historia clínica

A continuación se presenta la hoja de valoración de necesidades e historia clínica.

3.2.1. Hoja de valoración de necesidades

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: AAM Edad: 44 años Peso: 78 Kg Talla: 1.60

Fecha de nacimiento: 5 – enero – 1960 Sexo: Masculino Ocupación: Chofer de taxi

Escolaridad: 2° Secundaria Fecha de admisión: 13- octubre – 2004 Hora: 23 hrs.

Procedencia: Cd. Nezahualcoyotl Fuente de información: Directa

Fiabilidad (1 – 4): 3 Miembro de la familia / persona significativa: Esposa

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

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

Oxigenación

Subjetivo:

Diseña debido a: _____ Tos productiva seca: NO Dolor asociado con la respiración: Normal 20x' Fumador: NO Desde cuando fuma / cuántos cigarros al día / varía la cantidad según su estado emocional:

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: FC-72x' FR-20x' T/A 130/80
Temp. – 38.2

Tos productiva / seca: No presenta Estado de conciencia: consciente, bien orientado

Coloración de piel / lechos ungueales / peribucal: adecuada coloración de piel y tegumentos

Circulación del retorno venoso: Normal sin alteraciones

Otros: _____

Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): Irregular, generalmente realiza su alimentación fuera de casa debido a su trabajo, su consumo es abundante en grasas y carbohidratos, acompañado de refresco, sólo realiza una comida en su casa (cena).

Número de comidas diarias: 1 a 2 Trastornos digestivos: Gastritis

Intolerancia alimentaria / alergias: Ninguna

Problemas de la masticación y deglución: Ninguna

Patrón de ejercicio: No realiza ejercicio por la falta de tiempo, a veces sale a caminar por las tardes en compañía de su esposa.

Objetivo:

Turgencia de la piel: Normal

Membranas mucosas hidratadas / secas: Presenta piel y mucosa hidratadas

Características de uñas / cabello: En buen estado sin resequedad

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Normal, refiere ocasionalmente sentir dolor de espalda por exceso de trabajo

Aspecto de los dientes y encías: Dentadura completa con presencia de caries

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Presenta herida quirúrgica en fosa iliaca derecha de hisciente con presencia de calor, rubor y secreción purulento no fetido

Otros: _____

Eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Orina 1 ó 2 veces al día, evacuación 1 diaria, características de las heces, orina y menstruación: Heces de consistencia dura, orina escasa, concentrada en color y olor

Historia de hemorragias / enfermedades renales / otros: Ninguna

Uso de laxantes: Naturales (jugo de naranja) Hemorroides: No

Dolor al defecar / menstruar / orinar: No

Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: No cambia su patrón de eliminación

Objetivo:

Abdomen / características: Blando, abundante panículo adiposo con herida quirúrgica antes mencionada

Ruidos intestinales: Peristalsis normal

Palpación de la vejiga urinaria: Normal

Otros: _____

Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Sin problemas
Ejercicio /tipo y frecuencia: No realiza ejercicio
Temperatura ambiental que le es agradable: El frío

Objetivo:

Características de la piel: Hidratada
Transpiración: Normal, escasa
Condiciones del entorno físico: Su habitación es confortable, con temperatura adecuada e iluminación
Otros: Presenta temperatura de 38.2° C

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

Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: Sistema músculo esquelético con fuerza, firmeza en la marcha, adecuado tono muscular, postura adecuada, sentado, parado y acostado, permanece sentado la mayor parte del tiempo por su trabajo
Actividades en el tiempo libre: Salir a pasear con su familia y ver televisión
Hábitos de descanso: Duerme alrededor de ocho horas diarias
Hábitos de trabajo: Dedica a su trabajo de doce a catorce horas

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético / fuerza: Se observa con firmeza

Capacidad muscular tono / resistencia / flexibilidad: Capacidad de resistencia

Posturas: Por momentos adopta un ligero encorvamiento referido por cansancio

Ayuda para deambulación: Realiza la marcha solo, poco lento por la presencia de dolor en la herida quirúrgica

Dolor con el movimiento: En herida quirúrgica

Presencia de temblores: No Estado de conciencia: Consciente, bien orientado

Estado emocional: Es una persona tranquila, solo que en el momento le preocupa no trabajar a su ritmo debido a su herida quirúrgica dehisciente.

Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: Después de su jornada laboral Horario de sueño: Por las noches

Horas de sueño: Alrededor de ocho horas Siesta: No acostumbra por falta de tiempo

¿Padece insomnio? : No consintió el sueño con facilidad por el cansancio

A que considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse? : Algunas veces cuando duerme menos de lo acostumbrado

Objetivo:

Estado mental: ansiedad / estrés / lenguaje: Preocupación

Ojeras: No Atención: Sí Bostezos: ocasional Concentración: Sí

Apatía: _____ Cefaleas: No refiere

Respuesta a estímulos: Normales

Otro: _____

Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: No le gusta usar ropa que le haga sentir cómodo en su trabajo

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

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? : No su religión no influye en su forma de vestir

¿Necesitas ayuda para la selección de su vestuario? : El solo elige la ropa de cambio diario, algunas ocasiones su esposa elige su ropa sin ocasionarle problemas

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Sí

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Cuenta con capacidad para vestirse

Vestido incompleto: No Sucio: No Inadecuado: No Otros: Prefiere el uso de pantalón de mezclilla y playeras de algodón

Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: Diario

Momento preferido para el baño: En las mañanas

Cuántas veces se lava los dientes al día: Una a dos veces

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

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

Objetivo:

Aspecto general: Aseado, ropa limpia

Olor corporal: Hace uso de lociones y cremas

Halitosis: No, acostumbra el uso de antisépticos bucales

Estado del cuero cabelludo: Adecuada implantación, hidratado

Lesiones dérmicas, que tipo: Presenta herida quirúrgica en fosa iliaca derecha, de hiscente con presencia de rubor, calor y dolor, secreción, purulenta no fétida en cantidad escasa, con drenaje pen-roce

Otros: _____

Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Que miembros componen su familia de pertenencia: Esposa, cuatro hijos y yerno

Como reacciona ante una situación de urgencia: Se comunica con su familia, investiga que esta pasando y acude al lugar adecuado

Conoce las medidas de prevención de accidentes: Sí

En el hogar: Sí

En el trabajo: Sí

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? : No solamente por enfermedad

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? : No solamente por enfermedad

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Trata de buscar una solución rápida a sus problemas

Objetivo:

Deformidades congénitas: Ninguna

Condiciones del ambiente en su hogar: Agradable, adecuada iluminación y temperatura

Trabajo: Taxista, su entorno es variable, dependiendo el lugar donde este

Otros: _____

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

Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: Casado Años de relación: 25 años Vive con: su esposa hijos y un yerno

Preocupaciones estrés: pago del taxi propio Familiares: No

Otras personas que puedan ayudar: No

Rol en la estructura familiar: Jefe de Familia

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad estado: si tiene mas comunicación con su esposa

Cuanto tiempo pasa solo: la mayor parte del tiempo

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: Tiene poca convivencia con amigos vecinos y familiares

Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? : sí Tipo de trabajo: taxista

Riesgos: si Cuanto tiempo le dedica a su trabajo: 12 a 14 horas

¿Esta satisfecho con su trabajo? : si le agrada comenta ser suficiente para vivir al día pero no para darse lujos.

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y /o las de su familia? : si pero no para darse lujos

¿Esta satisfecho (a) con el rol familiar que se juega? : si solo que le gustaría tener mas tiempo para convivir con ellos

Objetivo:

Estado emocional /calmado/ ansioso/ enfadado/ retraído/ temeroso/ irritable/ inquieto/ eufórico: por lo regular es una persona tranquila y así se mantiene.

Otros: Le ocasiona preocupación su enfermedad ya que no puede trabajar como acostumbra

3.2.2. Historia clínica

DATOS DE IDENTIFICACION

13-10-04

Nombre: A.A.M

Edad: 44 años

Sexo: Masculino

Estado Civil: Casado

Religión: Católico

Ocupación: Chofer de taxi

Escolaridad: Primaria

Lugar de procedencia: León Guanajuato

Residencia: Agua Azul Nezahualcoyotl, Estado de México.

Teléfono: Cuenta con el servicio.

Datos del Servicio: Hospital General de México. Unidad: Cirugía General 307

Expediente: 1074310

Cama: 28

Persona significativa: Esposa

Hábitos higiénicos

*** Perfil del paciente:**

Aseo, baño diario, cambio de ropa cada tercer día, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, lavado de dientes 1 o 2 veces al día.

Alimentación: irregular, ya que por el trabajo como en la calle y sólo realiza una comida en casa.

Eliminación: Orina 3 ocasiones al día, evacuación 1 vez al día.

Descanso: Por las noches alrededor de 8 horas.

Deportes: No practica por falta de tiempo.

* Trabajo: Chofer de taxi trabaja de 12 a 14 horas con descanso en fin de semana un día, taxi propio en pago actualmente.

Composición familiar: Familia nuclear integrada, Esposa 44 años, Hija casada de 24 años estudiante de medicina, hijo 22 años Ingeniero en Electrónica, Hija 21 años estudiante, Hija 19 años estudiante, Yerno.

Rutina cotidiana; trabajo con pocas horas de descanso, por lo regular sale a pasear fines de semana con la familia.

Procedimiento actual:

Inicia hace 3 días con dolor de epigastrio tipo ardoroso de moderada intensidad sin automedicarse acude a consulta iniciando tratamiento antiespasmódico y ciprofloxacino, sin mejoría

Dx- Pb cuadro enteral.

Se observa paciente bien orientado con buen estado hidrico, normocefalo, adecuado implantación de cabello, ojos simétricos, campos limpios ventilados, auscultación cardiaca normal, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, motilidad intestinal, Mc Burney positivo, Rowing positivo, descompresión positivo esfínter normotónico, paredes sin tumoraciones, ampulla rectal con presencia de materia fecal, genitales normales de acuerdo a edad y sexo, extremidades sin alteraciones.

Antecedentes Hereditarios:

Madre diabética, hipertensa de 78 años, Padre fallecido el año pasado por Ca de prostata, Primos Maternos fallecidos por Ca.

Antecedentes personales patológicos:

No recuerda enfermedades de la infancia, hospitalizado hace 9 meses por Cirugía de estapedictomía de oído derecho, niega alergias y traumatismo.

Datos de importancia:

Habita en casa propia con todos los servicios, niega tatuajes, niega tabaquismo, alcoholismo ocasional en reuniones sociales, ingreso \$3,500 aproximadamente mensuales, cuenta con un salario variable, esposa trabaja por las noches en cocina, hijos estudiantes, actualmente pagando taxi propio.

Tratamiento hospitalario:

Ayuno

Canalizar con solución mixta 5% 1000 p/8 hrs.

Solución Fisiológica 0.9% 1000 p/8 hrs.

Solución Glucosada 5% 500 p/8 hrs.

- Ranitidina 50mg iv c/8 hrs.
- Preparar para quirófano.

CGE y signos vitales c/4 hrs.

Cirugía realizada 13-10-04 23hrs.

En decúbito dorsal bajo anestesia general se coloca campos estériles previa asepsia antisepsia se realizó incisión tipo Mc Burney en rosa iliaca derecha hasta cavidad peritoneal presentando salida de líquido serohemático y hematopurulento.

Engrosamiento del meso con tejido inflamatorio, se realiza lavado quirúrgico, se cierra Hx Qx con colocación del penrose.

Hallazgos quirúrgicos

Apéndice lisiada con tejido inflamatorio perilesional.

Ingreso al servicio de cirugía general V-307.

1er día de estancia hospitalaria lo cursa con dolor a sitios adyacentes en Hx Qx con salida de material seropurulento, en ayuno, con alto riesgo de formación de fisura y formación de absceso y presencia de infección.

Inicia tratamiento con antibiótico (metronidazol 500mg iv c/8 hrs, amikacina (1rg iv c/24) analgésicos (ketorolaco 30mg iv c/8 hrs, metamizol 1gr iv c/8 hrs).

Curación de herida quirúrgica con solución fisiológica por irrigación, vendaje abdominal deambulacion.

3.3. DIAGNOSTICO

Para el diagnóstico de enfermería se utilizó un formato ideado por el pasante que le ayudará al análisis de los datos contando con uno en el ámbito general y otro específico

ANEXO 3 Hoja para el análisis de las necesidades

ANEXO 4 Hoja de valoración de las necesidades

El primer formato ayuda a identificar el grado de satisfacción de la necesidad por parte del cliente (Independiente, dependiente) y el segundo ayuda a conocer las causas y fuentes de dificultad para poder ubicar el rol de enfermería

A continuación se presenta el análisis de las necesidades del cliente:

3.3.1 ANALISIS GENERAL DE LAS NECESIDADES

Necesidad	Causas de dificultad					
	Indep.	Dep.	Inter Dep.	F. Fuerza	F.Voluntad	Falta de conocimiento
Oxigenación	X					
Nutrición e hidratación		X				
Eliminación		X				
Moverse y mantener una buena postura		X				
Descanso y sueño	X					
Usar prendas de vestir adecuadas	X					
Termorregulación		X		X		X
Higiene y protección de la piel		X		X		X
Evitar los peligros	X					
Comunicarse	X					
Vivir sus creencias y valores	X					
De trabajar y realizarse	X					
Jugar y participar en actividades recreativas	X					
Aprendizaje	X					

TERMORREGULACION.

BIOLOGICO	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL - ESPIRITUAL
<p>El cliente se encuentra en una habitación con adecuada temperatura Rubor facial.</p> <p>A la medición alta temperatura presenta 38.2"°c, FC. 86x Presenta Hx Qx en abdomen con rubor, calor y dolor presenta secreción.</p> <p>Diaforesis.</p>	<p>Manifiesta preocupación debido a que no cede refiere sentirse desesperado.</p>	<p>Acostumbra bañarse con agua tibia cuando presenta hipertermia y tomar antipiréticos (Naproxen).</p>	

- Diagnóstico real: Hipertermia, relacionado con infección de herida quirúrgica manifestado por calor al tacto, taquicardia, rubor facial.
- Diagnóstico potencial: Riesgo de deshidratación. Riesgo de aumento de la infección y presencia de convulsiones
- Objetivo: Disminución de la hipertermia, mantener la normotermia. Proporcionar información de los cuidados de su herida quirúrgica.
- Metas: Ausencia de signos y síntomas de hipertermia como taquicardia, rubor facial y diaforesis

NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS.

BIOLOGICO	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL-ESPIRITUAL
<p>El cliente se observa limpio en región de fosa iliaca derecha presenta herida quirúrgica dehisciente expuesta, presencia de calor, dolor y rubor, secretando y rubor, secretando contenido purulento no fétido. Presenta temperatura de 38°C.</p>	<p>La limpieza para el cliente es importante para su autoconcepto y su interacción social. Para él es importante más ahora por la presencia de la infección de su herida quirúrgica sin importarle la cicatriz que le quede. La cicatriz que le quede. Desconoce los cuidados que debe tener con su piel particularmente en el sitio de su herida quirúrgica. Al preguntarle acerca de los cuidados de su Hx Qx Manifiesta no saberlos.</p>	<p>Para él es importante el verse bien ante los demás y la higiene es un factor importante en la presentación lo cual favorece su realización.</p>	<p>Él cree que por una limpieza inadecuada presenta infección en el sitio de su herida quirúrgica. Cuenta con estudios de primaria, hábitos higiénicos con baño y cambio de ropa diaria.</p>

- Diagnóstico real: ·Deficit de conocimientos, relacionado con el cuidado de su herida quirúrgica, manifestado por la expresión verbal, observándose que su herida quirúrgica presenta datos de infección y dehiscencia.
Deterioro de la integridad cutánea relacionado con presencia de infección manifestando por dehiscencia, rubor, calor, edema en sitio de herida quirúrgica D x de fortaleza, relacionado con automasen y la higiene de la piel.
- Diagnóstico potencial: ·Riesgo de reingreso hospitalario. Lavado quirúrgico. Uso de antibióticos de 4^ª y 5^ª generación.
- Objetivo: ·Orientar al cliente sobre los cuidados que debe tener con relación a la higiene y protección de la piel y a los cuidados de su herida quirúrgica. ·Ayudar al cliente a que adquiera la habilidad motriz para la limpieza de su herida quirúrgica.
- Meta inmediata: ·Después de haber proporcionado la información, el cliente hará la devolución de la misma.
·Mejorará la integridad cutánea, con desaparición de la infección.

NECESIDAD DE ELIMINACION.

BIOLOGICO	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL-ESPIRITUAL
Refiere que en el día solamente presenta una evacuación, de consistencia dura, y orina de 2 a 3 veces al día. Manifiesta verbalmente que su orina es escasa en cantidad y frecuencia y muy concentrada en color y olor. Antes de evacuar refiere dolor abdominal. Ingiere pocos líquidos.	Refiere verbalmente sentir sensación de satisfacción al realizar esta necesidad ya que en ocasiones se encuentra trabajando y se tiene que aguantar hasta terminar su servicio o encontrar un lugar adecuado.	Debido a su entorno laboral, no cuenta con un lugar específico, hace uso de los servicios públicos. No tiene patrón de horario para su eliminación. Su alimentación es acompañada con refresco.	No acostumbra la ingesta de líquidos, algunas ocasiones toma un litro de agua natural, pero le es más agradable con saborizantes artificiales.

Diagnostico real:

- Deficit de volumen de líquidos relacionado con la falta de ingesta de líquidos manifestado por la presencia de orina escasa y concentrada y la presencia de evacuaciones de consistencia dura
- Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de líquidos manifestado por evacuaciones duras y disminución de la frecuencia de su eliminación.

Diagnostico potencial: ·Riesgo de infección de vías urinarias relacionado con la continencia urinaria voluntaria.

Objetivo: ·Informar al cliente la importancia de una dieta balanceada y la ingesta de líquidos. ·Ayudar a establecer una dieta balanceada.

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION.

BIOLOGICO	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL-ESPIRITUAL
<p>De acuerdo a los datos obtenidos en la valoración se identifica que su dieta no es identificada ya que no realiza su alimentación con los aportes necesarios así como la irregularidad en cuanto al horario y lugar La calidad de su alimentación es abundante en grasas y carbohidratos y pobre en nutrientes y líquidos y se considera fibra que no es balanceada Poca ingesta de líquidos. A la exploración se observa abundante panícula adiposa en abdomen y extremidades y herida</p>	<p>Él sabe la importancia de su alimentación, manifiesta verbalmente que cuando esta preocupado o angustiado disminuye su apetito y cuando tiene ansiedad le da por estar comiendo frituras todo el día mientras esta trabajando.</p>	<p>Solo realiza una comida en compañía de su familia (cena) por la falta de tiempo en su trabajo, (taxista) come por lo regular fuera de su casa.</p>	<p>Su trabajo lo realiza lejos de su casa, por lo que dispone de poco tiempo para comer por lo regular su alimentación es de tortas, tacos, quesadillas, refresco y algunas veces, comida corrida, refiere no estar acostumbrado a tomar agua natural.</p>

quirúrgica dehisciente.

- Diagnostico real: ·Desequilibrio nutricional con la ingesta abundante de grasas y carbohidatos manifestado por abundante panícula adiposa. Deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteración del estado nutricional manifestado por herida quirúrgica dehisciente.
- Diagnostico Potencial: ·Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso manifestado por sobrepeso ·Riesgo de estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de fibras y líquidos.
- Objetivo: ·Ayudar al cliente a establecer una dieta balanceada. ·Informar al cliente sobre la importancia de una dieta balanceada.

NESECIDAD DE OXIGENACION.

BIOLOGICO	PSICOLOGICA	SOCIAL-CULTURAL
Cliente que no presenta dificultad para respirar, adecuada coloración de piel y tegumentos, refiere agitación al realizar ejercicio siendo muy esporádico, ruidos cardiacos normales F.C. 78x F.R. 20x T/A 130/80	Manifiesta no percibir algún cambio en su respiración al presentar cambios emocionales.	No acostumbra realizar ejercicio por la falta de tiempo, no fuma ni en reuniones sociales conoce las consecuencias de fumar y lo evita.

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

BIOLOGICO	PSICOLOGICA	SOCIAL.	CULTURAL
El cliente tiene una complexión de sobrepeso encontrándose sentado en una posición con ligero encurvamiento al caminar, realiza su marcha en adecuada postura.	Refiere preferencia por caminar ya que la mayor parte del día se encuentra sentado debido a su trabajo. El caminar le produce una sensación de relajación y descanso.	En compañía de su esposa algunas ocasiones sale a caminar por las tardes los fines de semana.	No practica ningún deporte por falta de trabajar, por lo regular se acuesta a ver televisión. Acostumbra en algunas ocasiones cuando siente tensión familiar.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

BIOLOGICO	PSICOLOGICA	SOCIOCULTURALES
<p>El cliente duerme en cama matrimonial en compañía de su esposa. Se observa con cansancio duerme por lo regular alrededor de 6 a 8 hrs. , Diario por las noches en una habitación, con adecuada iluminación y temperatura, paredes color claro, con almohada suave y pijama de algodón.</p>	<p>Refiere tener sueño profundo, sintiéndose algunas veces con cansancio al levantarse lo que le ocasiona mal humor. En situaciones de ansiedad, su patrón de sueño se modifica despertando una o dos veces durante la noche. El dormir le produce placer.</p>	<p>No acostumbra tomar siestas durante el día, normalmente cuando necesita descansar ve televisión o lee, lo que le ayuda a conciliar pronto el sueño.</p>

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

BIOLOGICO	PSICOLOGICA	SOCIAL-CULTURAL
<p>Se observa el cliente con ropa adecuada limpia, en buen estado, manifiesta usar ropa de acuerdo al clima, decide por si mismo la ropa que usa diario, cuenta con un espacio adecuado para tener su ropa limpia y en orden lo que le favorece la elección de ello.</p>	<p>Refiere ser importante la imagen que presenta en su trabajo, sintiéndose con seguridad el traer ropa limpia y en buen estado, prefiere usar ropa que le haga sentirse cómodo en su trabajo.</p>	<p>Acostumbra cambio diario de ropa, su entorno social y religioso no interfieren en su forma de vestir. El uso de lociones y perfumes es un complemento de vestir.</p>

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

BIOLOGICO	PSICOLOGICA	SOCIOCULTURALES
<p>El cliente dice conocer las medidas de prevención en el hogar y en su trabajo, separan las sustancias tóxicas y de limpieza, las tensiones emocionales las canaliza comunicándose con su familia. Por lo regular no se realiza revisiones médicas periódicas conoce las consecuencias de tipo de drogas, café y cigarros La reacción familiar ante su enfermedad es de apoyo emocional.</p>	<p>Menciona sentir menos preocupación sintiendo el apoyo familiar y su compañía, siente tranquilidad al saber que sus hijos no tienen adicciones.</p>	<p>Es de religión católica siempre al salir de su casa se encomienda a dios y reza lo que le da seguridad en su trabajo se siente protegido y acompañado espiritualmente Hace oración al levantarse, al comer y al dormir.</p>

NECESIDAD DE COMUNICARSE.

BIOLOGICO	PSICOLOGICA	SOCIOCULTURALES
<p>Comunicación verbal directa clara, congruencia al hablar, tono de voz adecuada, cuenta con una actitud facilitadora de relación. Debido a su trabajo le gusta relacionarse con la gente y tener buena convivencia, Tiene más confianza y comunicación con su esposa.</p>	<p>Para él es importante presentar una imagen de buena relación social ya que hace más agradable el ambiente laboral y de confianza en sus clientes, se considera una persona alegre, accesible. Se siente satisfecho con la relación familiar que tiene roles de trabajo y estudio.</p>	<p>Acostumbra hacer la platica a la gente que solicita sus servicios, respetando de igual manera si no les agrada platicar. La familia acostumbra reunirse cuando tienen algún problema y entre todos procuran buscar solución.</p>

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

BIOLOGICO	PSICOLOGICA	SOCIALO-CULTURAL
<p>M. A. A. Adulto masculino con sus capacidades neurológicas integras de religión católico.</p> <p>Creencias acordes a su religión</p>	<p>Manifiesta sentir tranquilidad al creer en algo. Sintiendo protección individual y familiar, el creer en Dios y sentir que está a su lado le proporciona seguridad y paz espiritual.</p>	<p>Acostumbra a asistir a misas dominicales y los días festivos, su religión no interfiere en su forma de vestir</p>

NESECIDAD DE REALIZARCE Y TRABAJAR.

BIOLOGICO	PSICOLOGICA	SOCIAL-CULTURAL
<p>M.A. A. Se encuentra en una etapa de desarrollo adulto-jóven integridad física sin limitaciones para realizar su trabajo.</p>	<p>Se considera una persona inteligente con un estado de animo, alegre, tranquilo se siente realizado en su trabajo y en su rol familiar y social, el ver a sus hijos realizados le proporciona satisfacción.</p>	<p>Tienes buena relación social con sus compañeros de trabajo y vecinos. El trabajo con el que cuenta lo considera suficiente para cubrir sus necesidades.</p>

NECESIDAD DE JUGAR/ PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

BIOLOGICO	PSICOLOGICA	SOCIAL-CULTURAL
<p>Cliente de edad adulta en sus ratos libres lee periódico le gusta ver televisión, o escuchar música, cuenta con un juego de barajas y dominó, que utiliza para recrearse con sus hijos</p>	<p>Se siente satisfecho cuando realiza éstas actividades, refiere mejorar su relación y convivencia familiar.</p>	<p>Desde niño sus padres le enseñaron que los juegos de mesa favorecen la unión familiar, acostumbra jugar con sus hijos cuando hay tiempo, y cuando siente tensión familiar.</p>

NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

BIOLOGICO	PSICOLOGICA	SOCIAL
<p>Cuenta con todas sus capacidades físicas e intelectuales, es de carácter pasivo, le gusta aprender lo desconocido, lee actualmente demuestra interés por aprender a cuidar su salud y sobre todo a él cuidado de su herida quirúrgica y técnicas de curación. Dialoresis.</p>	<p>Manifiesta preocupación por desconocer los cuidados que debe tener en cuanto a su estado de salud.</p>	<p>Cuenta con estudios de primaria, considera que el aprendizaje mejora la comunicación y permite ampliar su nivel cultural.</p>

Analizada la información se integran los diagnósticos de enfermería con ayuda del formato PES, los cuales forman parte del plan de atención estos diagnósticos fueron de tipo real y potencial.

3.4. PLANEACION.

En esta etapa se realiza la formulación de objetivos de independencia sobre la base de las causas de dificultad detectas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda), más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo –siempre que sea posible- en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda), más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guíaran la etapa de ejecución.

Para planear las intervenciones de enfermería se utilizo un formato anexo 5 el cual contempla iniciales del cliente necesidad diagnóstica de enfermería, objetivos metas, criterios de evaluación, intervenciones de enfermería, fundamentación científica y evaluación.

A continuación se presenta los planes de atención:

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad: de estar limpio y proteger sus tegumentos

Cliente: M.A.A.

Diagnóstico real:	Hipertermia, relacionado con infección de herida quirúrgica manifestado por calor al tacto, taquicardia, rubor facial.
Diagnóstico potencial:	Riesgo de deshidratación. Riesgo de aumento de la infección. Y presencia de convulsiones
Objetivo:	Disminución de la hipertermia. Proporcionar información de los cuidados de su herida quirúrgica, mantener la normotermia.
Metas:	Ausencia de signos y síntomas de hipertermia, como taquicardia, rubor facial.
Criterios de valuación:	En el menor tiempo posible lograr mantener una temperatura entre 35.8 ° C y 37. 2 ° C.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Valorar la medición de la temperatura utilizando gráficas</p> <p>Aplicar medidas de enfriamiento por medios físicos o baño de regadera.</p> <p>Administrar antipiréticos según prescripción médica si no cede a los medios físicos.</p> <p>Proporcionar un ambiente confortable y agradable para el cliente.</p>	<p>El calor del cuerpo dilata el mercurio contenido en el bulbo del termómetro y una cámara de contricción que evita su regreso.</p> <p>La fiebre es un síndrome invaluable de la mayor parte de las enfermedades infecciosas e inflamatorias actuando como un mecanismo de defensa.</p> <p>La aplicación de frío y el uso de antipiréticos favorecen la disminución de la temperatura.</p> <p>El orden y la limpieza son factores que incrementan la seguridad psicológica y el bienestar.</p>	<p>Se lleva a cabo una representación gráfica de la temperatura indicando su evolución.</p> <p>Se logra mantener una temperatura entre 35.8 y 37.2 ° C</p> <p>El cliente manifiesta ausencia de los signos y síntomas de hipertermia y disminución de las molestias.</p>

PLAN DE CUIDADOS.

Necesidad: De eliminación

Cliente: A.A.M.

Diagnóstico real:

-Deficit de volumen de líquidos relacionada con la falta de ingesta de líquidos manifestado por la presencia de orina escasa y concentrada y presencia de evacuaciones de consistencia dura.

-Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de líquidos manifestado por evacuaciones duras y disminución de la frecuencia de su eliminación.

Diagnóstico potencial:

·Riesgo de infección de vías urinarias relacionado con la continencia urinaria voluntaria.

Objetivos asistenciales de enfermería.

-Informar al cliente la importancia de aumentar la ingesta de líquidos y el consumo de alimentos ricos en fibra

Meta:

-Favorecer en el cliente el aumento de la ingesta de líquidos
Desaparecen las molestias al evacuar.

Criterios de evaluación.

-El cliente expresará en forma gradual un aumento de la ingesta de líquidos.
Modificará sus hábitos alimenticios.

Expresará disminución de molestias al evacuar y miccionar modificando su consistencia en sus evacuaciones y concentración de la orina.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Fomentar cambios en la dieta de acuerdo a sus limitaciones de tiempo y aumentar, la ingesta de fibras y nutrientes como frutas frescas con piel, salvado, nueces y semillas, pan de grano integral y cereales.</p> <p>Frutas y verduras cocidas, zumo de frutas.</p> <p>Recomendar la ingesta de 8 vasos de agua al día.</p> <p>Animarle a que salga a pasear (si el tiempo lo permite) enseñarle al cliente el papel del ejercicio en el desarrollo y mantenimiento de un patrón aceptable de evacuación intestinal.</p> <p>Proporcionar estímulos para la deposición (café, zumo de ciruelas).</p> <p>Darle a conocer la importancia de una dieta balanceada disminuyendo el consumo de grasas y carbohidratos.</p>	<p>Una dieta equilibrada estimula el peristaltismo y conserva el equilibrio correcto de líquidos.</p> <p>Los líquidos ayudan a conservar suaves las heces fecales y facilitan la hidratación.</p> <p>La ambulación y movimiento ayuda a mejorar el peristaltismo.</p> <p>La actividad influye a la eliminación intestinal al mejorar el tono muscular y estimula el apetito y peristaltismo.</p> <p>El volumen y consistencia de la deposición se ven influidos por los patrones dietéticos.</p>	<p>El cliente manifiesta aumentar gradualmente la ingesta de líquidos así como el aumento en el consumo de frutas frescas y alimentos ricos en fibras.</p> <p>El cliente expresa disminución en las molestias al evacuar siendo su expulsión con mayor facilidad.</p> <p>Mejora la densidad y concentración de la orina.</p> <p>En sus ratos libres realiza ejercicio o sale a caminar.</p> <p>Conoce la importancia que la modificación de sus hábitos alimenticios, dedicando más tiempo en su alimentación, mejorando la calidad.</p>

PLAN DE CUIDADOS.

Necesidad: De nutrición e hidratación.

Cliente: A.A.M.

Diagnóstico real:	-Desequilibrio nutricional relacionado con la ingesta abundante de grasas y carbohidatos manifestado por abundante panícula adiposa. Deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteración del estado nutricional manifestado por herida quirúrgica dehiscente.
Diagnóstico potencial:	·Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso manifestado por sobrepeso. Riesgo de estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de fibras y líquidos.
Objetivo:	-Ayudar al cliente a establecer una dieta balanceada. Informar al cliente sobre la importancia de una dieta balanceada y el aumento en la ingesta de líquidos y el consumo de alimentos ricos en fibra. Aumentar el nivel de actividad intestinal.
Meta:	-Aumento de la ingesta de líquidos, desaparecerá las molestias al evacuar.
Criterios de evaluación.	-El cliente expresará en forma gradual un aumento de la ingesta de líquidos. Modificará sus hábitos alimenticios. Expresará disminución de molestias al evacuar y miccionar modificando su consistencia en sus evacuaciones y concentración de la orina.

3.2.1. Hoja de valoración de necesidades

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____ Fecha de admisión _____ Hora: _____

Procedencia: _____ Fuente de información: _____

Fiabilidad (1 - 4): _____ Miembro de la familia / persona significativa: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

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

Oxigenación

Subjetivo:

Diseña debido a: _____ Tos productiva seca: _____ Dolor asociado con la respiración: _____ Fumador: _____

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

Objetivo:

Registro de signos vitales y característicos: _____

Temp. _____

Tos productiva / seca: _____ Estado de conciencia:

Coloración de piel / lechos ungueales / peribucal:

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____

Número de comidas diarias: _____ Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentaria / alergias: _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____ **Objetivo:** _____

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas / secas: _____ Características de

uñas / cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspecto de los dientes y encías: _____

Otros: _____

Eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____

Historia de hemorragias / enfermedades renales / otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar / menstruar / orinar: _____

Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación:

Objetivo:

Abdomen / características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio /tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

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

Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético / fuerza: _____

Capacidad muscular tono / resistencia / flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para deambulación _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horas de sueño: _____

_____ Siesta: _____

¿Padece insomnio? : _____

A que considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse? : _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad / estrés / lenguaje: _____

Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____

Concentración: _____

Apatía: _____ Cefaleas: _____

Respuesta a estímulos: _____

Otro: _____

Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

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

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

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

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

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Otros: _____

Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

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

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

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, que tipo: _____

Otros: _____

Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Que miembros componen su familia de pertenencia: _____

Como reacciona ante una situación de urgencia: _____

Conoce las medidas de prevención de accidentes: _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? : _____

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo: _____

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

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

Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

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

Preocupaciones estrés: _____ Familiares: _____

Otras personas que puedan ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad estado: _____

Cuanto tiempo pasa sola: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo:

Habla claro: _____ Confusa:

Dificultad en la visión: _____ Audición:

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

Otros:

Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?

Principales valores personales: _____

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

Objetivo:

Hábitos específicos de vivir (grupos social religioso):

¿ Permite el contacto físico?: _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?

Otros: _____

Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? : _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica a su trabajo:

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

¿Esta satisfecho (a) con el rol familiar que se juega? :

Objetivo:

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

Otros:

3.2.2. Historia clínica

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre:

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

Religión:

Ocupación:

Escolaridad:

Lugar de procedencia:

Residencia:

Teléfono:

Datos del Servicio:

Expediente:

Cama:

Persona significativa:

Hábitos higiénicos

* **Perfil del paciente:**

Alimentación:

Eliminación:

Descanso:

Deportes:

Trabajo:

Composición familiar:

Rutina cotidiana;

Procedimiento actual:

Dx:

Antecedentes Hereditarios:

Antecedentes personales patológicos:

Datos de importancia:

Tratamiento hospitalario:

Cirugía realizada 13-10-04 23hrs.

Hallazgos quirúrgicos

Análisis de necesidades.

				Causas de dificultad		
Necesidad	Indep.	Dep.	Dep.	F. Fuerza	F.Voluntad	Falta de conocimiento
Oxigenación						
Nutrición e hidratación						
Eliminación						
Movilización						
Descanso y sueño						
Vestirse y elegir ropa adecuada						
Termorregulación						
Higiene y protección de la piel						
Comunicación						
Espiritual sufrimiento						
Trabajar y realizarse						
Actividades recreativas.						
Aprender.						

VALORACION DE NECESIDADES

NECESIDAD DE:

BIOLOGICO	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL-ESPIRITUAL

Diagnostico real:	
Diagnostico Potencial:	
Objetivos asistenciales de enfermería.	
Meta:	

PLAN DE CUIDADOS.

Necesidad:

Cliente:

Diagnóstico real:

Diagnóstico potencial:

Objetivos asistenciales de
enfermería.

Metas:

Criterios de evaluación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION

A continuación se presenta el análisis de las necesidades del cliente:

BIBLIOGRAFIA.

1. Waldow. V. (1998) **Cuidado Humano. O. Rescate Necesario.** Editorial Sagra. Luzzatto. Brasil, p.p- 56-62.
2. Mayeroff. M. (1971). **A. Arte de servir Ao Próximo Para Servir A Si Mesmo.** Editora Récord. Brasil, p.p –16.
3. Boff. L. (1999). **Saber Cuidar, Etica do Humano-Compaixao Pela Terra.** Brasil. Editora Vozos, p.p. 90-92.
4. Donahue, p. (1993). **Historia de la Enfermería.** España. Editorial Doyma. P. 86
5. Bettinelli. L. (1998). **Cuidado Solidario.** Brasil. Passo Fundo: Pe. Berthier.
6. Watson. J. (1998). **Nursing: Human Science and Human Care. A. Theory of Nursing.** New York: National League for Nursing. P.
7. Cisneros. G. (2000). **La Visión del Cuidado Humano en el Próximo Milenio.**

Trabajo presentado y publicado en las Memorias del Taller El Cuidado Humano de Enfermería. "Disquisiciones sobre el Cuidado Humano en la Postmodernidad", Valencia.

Canales Alvarado Pineda "Metodología de la investigación" Manual para el Desarrollo del Personal de la Salud 1era edición editorial Limusa, México, D.F. 1992 p. p. 87-206.

Marriner Tommo y a. Modelos y Teorías de enfermería 4ta edición Editorial Masby. España. 1999.

Ruby L. Wesley teorías y modelos de enfermería editorial. Mc Graw Hill Interamericana Sa. Editorial México 1998.

Hernández Canesa J. Fundamentos de enfermería Teoría y Métodos Editorial Mc Graw Hill interamericana. España 1999 152 p.