



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**“ESTUDIO DE CASO A UN CLIENTE ADULTO CON
ALTERACION EN LA NECESIDAD DE NUTRICIÓN, ELIMINACIÓN,
MOVERSE, MANTENER UNA BUENA POSTURA E HIGIENE Y
PROTECCIÓN DE LA PIEL.”**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA PRESENTA:**

GARCÍA MARTÍNEZ MARÍA ISABEL BRAULIA.

No. DE CUENTA: 9736298-0

ASESORA:

L.E.O RIVERA MONTIEL ANGELINA

MARZO DEL 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

****DEDICADO****

A Dios, por haberme permitido vivir hasta el día del término de mi carrera profesional.

A Mis Padres, por el apoyo incondicional que me otorgaron durante todos estos años.

A Mis Profesores, por haberme transmitido su conocimiento que me permitió entender el verdadero significado de la enfermería.

INDICE

PAGINA

INTRODUCCIÓN.	I
OBJETIVOS.	III
JUSTIFICACIÓN.	IV

DESCRIPCIÓN DEL MARCO TEORICO

2.1- ENFERMERÍA

2.1.1 Antecedentes históricos (Resumen).....	1
2.1.2 Concepto de enfermería.....	14
2.2.3 Metaparadigma de enfermería.....	14

2.2 CUIDADO

2.21 Antecedentes Históricos. (Resumen).....	21
2.22 Concepto de cuidado.....	26

2.3 PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

2.3.1 Antecedentes Históricos (Resumen).....	32
2.3.2 Concepto de PAE:.....	33
2.3.3 Objetivos.....	35
2.3.4 Valoración	35
a) Concepto.	
b) Objeto.	
c) Métodos de valoración.	
d) Fuentes de información (directa e indirecta)	
e) Técnicas.	
f) Instrumentos.	
2.3.5 Diagnostico	37

a) Concepto.	
b) Objetivo.	
c) Formato PES (problema, etiología, signos y síntomas)	
d) Etiquetas diagnósticas de la NANDA.	
2.3.6 Planeación	43
a) Concepto.	
b) Objetivos.	
c) Tipo de intervenciones (independientes, dependientes e interdependientes).	
2.3.7 Ejecución	44
a) Concepto.	
b) Objetivo.	
2.3.8 Evaluación	45
a) Concepto.	
b) Objetivo.	
2.4 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON	
2.4.1 Antecedentes de Virginia Henderson.....	46
2.4.2 Influencias teóricas.....	48
2.4.3 Principios- fundamentos-supuestos.....	49
2.4.4 Principales conceptos.....	53
a) Independencia.	
b) Dependencia.	
c) Rol de enfermería.	
d) Necesidades.	
e) Causas de dificultad.	
2.4.5 Las 14 necesidades.....	55
2.5 Proceso Atención De Enfermería y el Modelo Conceptual de Virginia Henderson	
2.5.1 Valoración.....	56
2.5.2 Diagnóstico.....	56
2.5.3 Planeación.....	56
2.5.4 Ejecución.....	56
2.5.5 Evaluación.....	57
2.6 Marco Teórico Específico.	
2.6.1 ¿Qué es la diabetes?.....	59
2.6.2 Nutrición.....	64
2.6.3 Encías enfermas o gingivitis.....	70
2.6.4 Infección de Vías Urinarias.....	77
Plan de atención de enfermería	84
Valoración de las necesidades	85

1. Necesidad de oxigenación.....	85
2. Necesidad de nutrición e hidratación.....	87
3. Necesidad de eliminación.....	92
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.....	94
5. Necesidad de descanso y sueño.....	96
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.....	98
7. Necesidad de termorregulación.....	99
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.....	101
9. Necesidad de evitar peligros.....	103
10. Necesidad de comunicarse.....	105
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.....	106
12. Necesidad de trabajar y realizarse.....	107
13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.....	108
14. Necesidad de aprendizaje.....	110
Conclusión diagnóstica.....	111
Diagnósticos de enfermería.....	114
1. Necesidad de nutrición.....	114
2. Necesidad de higiene y protección de la piel.....	118
3. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.....	120
4. Necesidad de Eliminación.....	123
BIBLIOGRAFIA.....	125
ANEXOS.....	127
1. Cuestionario para valorar necesidades del “Adulto Joven”.....	128
2. Ejercicios para mejorar la circulación venosa.....	133
3. Ejercicios para columna vertebral.....	136

INTRODUCCIÓN

Desde el comienzo de la vida, el hombre ha tenido la necesidad de cuidados y es desde entonces que han existido, con objetivo de preservar la vida con la plena satisfacción de sus necesidades fundamentales, con el surgimiento de las enfermedades surge la necesidad de crear un lugar donde se brinden cuidados especializados siempre proporcionados por las mujeres, siguiendo ordenes médicas siendo por esta necesidad que surge la practica de enfermería.

En México la enseñanza formal de la enfermería surgió dirigida por los médicos, por esta razón se orientó y se definió como un servicio auxiliar de la medicina, desvirtuándose su naturaleza original, se identificó como una actividad biológica, clínica y técnica y que paulatinamente fue perdiendo autoridad, autonomía y espacios de práctica. Siempre guiando el cuidado por el paradigma biomédico, conductista. Y fue hasta 1945 cuando surge un cambio al separar la Escuela de enfermería de la Facultad de Medicina y comienza a ser dirigida por enfermeras que contaban ya con un nuevo concepto de cuidado proporcionado por la primera teórica de enfermería Florence Nightingale, donde los cuidados deberían estar enfocados a ayudar a las personas a potencializar sus capacidades de auto cuidados que le ayudarían a encontrar la sanción, que contribuyo a la revisión y elaboración de un nuevo plan de estudios.

En su historia, la carrera de enfermería ha tenido un proceso lento de desarrollo, pues durante 63 años ha tenido que sortear desviaciones con respecto a su propia naturaleza de arte y ciencia del cuidado a la vida, fue muy prolongado el proceso para reconocerle la necesidad de su formación a nivel superior, además es reciente su autonomía como escuela y mucho más su autonomía como profesión. Sin embargo la enfermería ha evolucionado a partir de que se reconoce la importancia de asegurar la continuidad de la vida, enfrentar la enfermedad y la muerte, esta evolución hoy en día permite valorar la naturaleza de la enfermería profesional y su función social en beneficio de la salud de la población, ya que hoy a través de su practica cotidiana dirige su labor hacia el individuo, la familia, comunidad, trabajadores, escolares, ancianos y diversos escenarios de trabajo.

La enfermería es más que la auxiliar del médico, es quien integra al ser humano como un todo conformando cada uno de sus aspectos, psicológico, social, cultural y espiritual y por lo tanto cada uno de estos también puede estar alterado y solo la enfermera le da importancia, cuando se encuentra frente a una persona sana o enferma.

Por esta razón los profesionales de enfermería tenemos el compromiso de realizar nuestra práctica profesional orientada a promover factores de vida sana, atenuar riesgos a la salud que contribuirán a disminuir las enfermedades poniendo en práctica todos nuestros conocimientos.

Y es precisamente el Proceso Atención de Enfermería uno de los ejes más importantes de nuestra profesión por que a través de él tomamos decisiones acerca de los cuidados que debe recibir nuestro paciente, en base a las necesidades afectadas detectadas en la valoración, según el grado de independencia o dependencia, que permite elaborar diagnósticos reales, potenciales y de salud, elaborando las acciones enfocadas a ayudar a la persona en su autocuidado, evaluando conjuntamente con la paciente y mediante la observación si ha existido algún cambio en su estado de salud regresando nuevamente a la valoración, donde se ven reflejadas las acciones realizadas por nosotros, que a veces no son tomadas en cuenta y que reflejan un cambio significativo en el cuidado de salud del paciente.

Tomando en cuenta 2 ejes, uno conceptual que nos ayuda a centrarnos en las necesidades de la persona, no a la enfermedad y el otro Metodológico antes mencionado (PAE), se realizó el estudio de caso dirigido a un paciente, de 48 años de edad previo consentimiento informado, diagnosticada hace 2 años de Diabetes Mellitus Tipo II, con domicilio en Cd. Nezahualcoyotl estado de México, con alteración en la necesidad de nutrición, eliminación, moverse, mantener una buena postura, higiene y protección de la piel.

El estudio de caso cuenta con un marco teórico que fundamenta la acción disciplinar y científica acerca de la enfermería, el cuidado, el Proceso Atención de Enfermería, el modelo conceptual de Virginia Henderson y las 14 necesidades fundamentales, se elaboro un plan de Atención de Enfermería donde se aplican los 5 pasos del PAE, anexando la investigación documental realizada que sustentará las actividades plasmadas en el plan de atención de enfermería, elaborando por último las conclusiones a las que llegue previa evaluación del impacto que tuvo en la recuperación de su independencia que reducirá el riesgo de complicaciones futuras, demostrando la capacidad que tenemos los profesionales de enfermería.

OBJETIVOS

- Elaborar y aplicar un Proceso Atención de Enfermería donde se de un seguimiento continuo de calidad de los cuidados de enfermería, con el fin de prestar una mejor asistencia a la población, demostrando la aportación que otorga el profesional de enfermería al sistema nacional de salud.
- Mediante la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, tomando en cuenta las 14 necesidades enfocadas a la persona, identificar el grado de independencia o dependencia, y establecer planes para resolverlos.

JUSTIFICACIÓN

La atención de enfermería en México es considerada una parte importante del sistema de salud, en lo que respecta a la fuerza de trabajo que representa. Y debido a la puesta en marcha de programas de reforma del sector salud y a la creciente demanda de los servicios profesionales por parte de nuestra población, se han puesto en marcha 23 programas de formación de profesionales de enfermería a nivel licenciatura y más de 230 programas universitarios a nivel de diplomados que nos habla de una necesidad de tener cada vez más gente capacitada para brindar atención de calidad que nos exige el mercado de trabajo.

A través del tratado de libre comercio, se abren las puertas para que profesionales de enfermería de otros países puedan ejercer la enfermería en nuestro país, así como nosotros poder buscar fuentes de empleo fuera de México, lo que nos exige tener un nivel competitivo en cuanto a conocimientos y habilidades para ejercer la enfermería de manera universal. Esto se ve reflejado en el proyecto de iniciativa trilateral para el avance de enfermería, donde se creó el sistema nacional de acreditación para la certificación de enfermería.

Por tanto la finalidad de este estudio de caso es que el pasante de enfermería demuestre que cuenta con los conocimientos cognitivos y reflexivos, donde aplica el pensamiento crítico, y que cuenta con habilidades y destreza que garantiza un cuidado profesional de calidad con calidez humana que lo hará competitivo en el mismo nivel de otros profesionales de enfermería.

MARCO TEORICO

2.1 Enfermería

2.1.1 Antecedentes históricos

Historia de la formación profesional de la enfermería en México

Las prácticas de atención a la salud tienen su origen en las acciones de cuidado encaminadas a ayudar a las personas a superar situaciones que ponen en peligro la existencia, o a recuperar la vitalidad después de sufrir alguna lesión, enfermedad o disfunción orgánica. En las diferentes épocas y culturas la necesidad de prolongar la vida ha requerido actitudes de ayuda para satisfacer las necesidades básicas, orientadas a asegurar la continuidad de la vida, apoyar al nacimiento e inculcar hábitos y costumbres para conservar la salud.

Las profesiones de la salud tienen el compromiso de realizar actividades relacionadas con esta función social -cuidar y mantener la vida-, y con los esfuerzos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Las actividades relacionadas con el mantenimiento de la vida han sido asumidas y encomendadas predominantemente a las mujeres, dada su función protectora y materna; por su parte, las actividades formales de terapéutica, guiadas por la ciencia y la tecnología, han sido desempeñadas por hombres, antes sacerdotes o chamanes, ahora médicos que, históricamente, se han preocupado por aplicar el conocimiento de la estructura y el funcionamiento del cuerpo humano, bases biológicas que hicieron de los hospitales, desde el siglo XIX, un lugar para la exploración y tratamiento de la enfermedad, lo cual subordinó los sistemas de cuidados.

En el caso de México la enseñanza formal, tanto de la enfermería como de la obstetricia, surgió dirigida por los médicos. Por esta razón, la primera se orientó y se definió como un servicio auxiliar de la medicina, desvirtuándose su naturaleza original. La segunda se identificó como una actividad biológica, clínica y técnica y que, paulatinamente, fue perdiendo autoridad, autonomía y espacios de práctica hasta que desapareció como profesión, pues la carrera de partera se integró en enfermería, con la denominación de una especialidad médica.

La carrera de enfermería en México ha estado determinada por el proceso de institucionalización de los servicios de salud iniciada en el siglo XIX y asumido como tarea de Estado.¹

¹ Hernández CJ Historia de la enfermería "Un análisis histórico del cuidado" Madrid España 1995. Landa E. "Algo sobre los deberes de la enfermera hacia los enfermos", En sociedad de Cirugía 2da. Asamblea nacional de cirujanos, Memoria México Ediciones de la Sociedad de cirugía; 1938.

Conviene mencionar que durante la Colonia, el cuidado de los enfermos fue asumido por los religiosos que arribaron a México con fines de evangelización y que ante la presencia de las epidemias respondieron a las necesidades de los enfermos con la fundación de hospitales, en los cuales conjugaron el cuidado del alma con el del cuerpo.

Posteriormente, numerosas órdenes religiosas dedicadas al cuidado de los enfermos se integraron a los hospitales, con el propósito de brindar una labor altruista paralela a los intereses de la Iglesia. Como consecuencia de la confrontación entre el Estado y la Iglesia la función de cuidar a los enfermos quedó abandonada con la expulsión de las órdenes religiosas, decretada por Benito Juárez; sin embargo, las Hermanas de la Caridad cubrieron durante treinta años más hasta que Lerdo de Tejada las expulsó en 1874.

Los hospitales pasan a depender de la Beneficencia Pública en 1877, lo cual agudizó las condiciones críticas de los establecimientos destinados para la atención de los enfermos, pues el cuidado de los mismos quedó bajo la responsabilidad de personas sin preparación específica y sin otra motivación que la de un trabajo remunerado.

Los avances científicos en el campo de la salud hacían evidente la necesidad de mejorar los servicios hospitalarios, proceso que se inició como respuesta a las demandas de salud de una población creciente y que implicó, entre sus proyectos, el establecimiento del Hospital General de México. El Doctor Eduardo Liceaga tuvo un papel en la concreción del proyecto; muchas de las ideas introducidas en la nueva institución fueron obra de él, pero entre estas innovaciones lo que interesa a la historia de la enfermería es la organización de la enseñanza formal de las enfermeras.

El programa inicial establecía que se debía inculcar el orden, la limpieza y el uso del uniforme. Se centraba en el aprendizaje de los procedimientos: preparación de la unidad del paciente, tendido de camas, observación de síntomas especiales, registro de los pacientes, tanto en el Hospital de Maternidad e Infancia como en el Hospital de San Andrés, hasta la inauguración de la Escuela de Enfermeras en el Hospital General el 9 de febrero de 1907. Las enfermeras que asistieron a esos cursos fueron nombradas enfermeras primeras y segundas en el Hospital General, donde terminaron su formación cuando la escuela fue formalmente establecida.²

La escuela de enfermería fue inaugurada el 9 de febrero de 1907, siendo su director el doctor. Fernando López y Sánchez Román, también director del Hospital. Quedó reglamentado que la carrera se haría en dos años e incluiría las materias de anatomía y fisiología así como curaciones en el primero; higiene y

² Hernández CJ Historia de la enfermería "Un análisis histórico del cuidado" Madrid España Landa E. "Algo sobre los deberes de la enfermera hacia los enfermos", En sociedad de Cirugía 2da. Asamblea nacional de cirujanos, Memoria México Ediciones de la Sociedad de cirugía; 1938.

curaciones en general, en el segundo, y pequeña farmacia y cuidados de los niños, parturientas y enajenados, utilizando como libro de texto el *Manual Práctico de la Enfermera* del doctor. Bourneville, uno de los requisitos de ingreso era haber terminado la educación primaria.

Las funciones que desempeñaban las enfermeras en los servicios incluían, además de los procedimientos técnicos señalados para la enseñanza, actividades de carácter administrativo como el control de la...”ropería y de los útiles”... que la enfermera primera debía recibir y entregar... “por libreta” al inicio y al termino de la guardia. Estas funciones ya estaban establecidas en el Hospital de Maternidad e Infancia, según se aprecia en el reglamento de 1873: *pasar visita con los directores, administrar medicamentos, cambiar ropa, cuidar del aseo y orden de las instalaciones, material y equipo, así como llevar su control, ejecutar las órdenes de los directores, asistir a todas las operaciones para ayudar en las mismas y auxiliar en las curaciones*. Estas funciones les correspondían tanto a las enfermeras “mayores” como a “menores”, con la diferencia de que la primera distribuía y supervisaba, mientras que las segundas las ejecutaban “subordinadas a las enfermeras mayores”. Las enfermeras vivían en el Hospital y no podían... “separarse ni un momento sin permiso del Director..., y dejando en su lugar a una persona idónea que la supla”.

De lo anterior se desprenden las características que marcaron de origen a la carrera de enfermería: ser exclusiva para mujeres (a pesar de que existía la figura del enfermero), ser auxiliar del médico, con formación rígida, disciplinaria, eminentemente técnica, centrada en la enfermedad, de bajo nivel educativo y diseñada por los mismos médicos, quienes hasta 1974 orientaron la carrera al saber “básico” de la medicina, dejando a las mismas enfermeras que enseñaran la propedéutica hospitalaria para un eficiente cuidado de los enfermos.

Con la reapertura de la Universidad Nacional el 22 de septiembre de 1910, las escuelas profesionales se integraron a ella. El 16 de diciembre de 1911, la Escuela de Enfermeras del Hospital General se incorpora a la Universidad a través de la Escuela de Medicina, donde permaneció hasta 1945 año en que por primera vez contó con instalaciones propias.

En 1912 se estableció el plan de estudios vigente hasta 1943. Incluía cuatro cursos en dos años para la carrera de enfermería: anatomía, fisiología e higiene, primer curso de clínica para enfermeras, patología, farmacia y terapéutica, el segundo curso de clínica para enfermeras y dos años para la carrera de obstetricia; se tenía que estudiar la primera para poder acceder a la segunda.³

Los programas de este primer plan de estudios universitarios, elaborados por médicos, definieron el papel de la enfermera y los conocimientos que debían adquirir. El doctor. Lamiq, profesor de la escuela desde su inauguración en el Hospital General y autor de uno de los primeros manuales sobre enfermería,

³ Lamiq E. Tratado de enfermería, “Guía de la enfermera” Casa Editorial Gante 1914.

señalaba en ese texto: “es absolutamente necesario que se de bien cuenta (la enfermera) de cual es su papel, que no es otro sino de ayuda al médico, aplicando estrictamente y sabiamente, sus prescripciones y poniendo, además, de su parte cuanto pueda para hacer menos penosa la dolencia al enfermo, evitando o impidiendo todo lo que pueda serle perjudicial.”

La enfermera debía tener conocimientos especiales para salvar la vida del paciente en casos de urgencia, cuando el médico no estuviera presente, para evitar complicaciones y para aplicar debidamente las prescripciones del médico. También debía conocer a fondo la asepsia y antisepsia para evitar infecciones y contagios, así como aplicar las técnicas de aislamiento y desinfección.

Durante esta primera etapa de educación formal prácticamente no hubo cambios en el plan de estudios original, con excepción de las modificaciones registradas en 1939, cuando además se exigieron los estudios de secundaria para el ingreso, requisito que ya se había autorizado desde 1933 en el Consejo Universitario.

En esta etapa se definió el carácter auxiliar de la enfermería a la medicina, así como las “cualidades” que sus miembros debían desarrollar para esa función humanística, propia de la “mujer”, sucesora de las Hermanas de la Caridad. El Dr. Eduardo Landa, en la Segunda Reunión de Cirujanos (1938) la describió así “... *La enfermera... debe gozar... de cualidades morales... a fin de poder ejecutar su dominio cabal y provechoso en todas las ocasiones que el médico demande su colaboración... bondad, prudencia, paciencia, tolerancia, discreción, abnegación, desinterés, pulcritud y cariño. Íntegra, verídica, fraternal, cuidadosamente observadora al lado del enfermo, es la insustituible auxiliar de los médicos... (y llega al extremo de exigirle) olvidarse de sí misma (sin que) descuide su propio ser; cuando precisamente el ejercicio de su ministerio requiere no sólo de integridad moral, sino a la vez, el goce de salud completa”.*

Con el auge de las especialidades como rasgo dominante de la medicina de la época, simultáneamente se empiezan a perfilar las especialidades hospitalarias, como complemento o continuidad de la carrera de enfermera general.

Para 1940 era frecuente encontrar enfermeras que administraban anestias, encargadas de anfiteatros, salas de operaciones, ayudantes en rayos X, fisioterapeutas, parteras en maternidad, en infectología, en fisiología, laboratorista, puericultoras, y visitadoras. Muchas, carecían de formación específica, pero el ejemplo de los cursos de anestias y de rehabilitación, animaban más la idea de cursos posttécnicos.

En este periodo se observaban cambios en la enseñanza estimulados desde afuera, entre ellos las transformaciones en el sistema de atención a la salud, las reformas en los hospitales y la regulación de la Enfermería y de la Obstetricia por la Ley General de Profesiones de 1945. Así mismo se establece el Estatuto General de la UNAM y con ello la separación de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina.

Con relación a la modificación de los planes de estudio se destaca haber aumentado la duración de la carrera de enfermería a tres años (1946), la incorporación paulatina de nuevas asignaturas (higiene y medicina preventiva, microbiología, parasitología, práctica de laboratorio, asistencia a enfermos de medicina, enfermería médica, organización de hospitales, psicología, higiene mental, enfermería psiquiátrica y dietética), la ampliación de los contenidos en otras materias (ética aplicada en trabajo social y andrología en ginecología), la reubicación de asignaturas y el cambio en el número de horas.

En 1947 se establece una reforma al proyecto educativo de enfermería, se hace énfasis en *la base científica de la medicina, el contenido humanista, prácticas avanzadas como enfermería quirúrgica y fisioterapia, se establecen los primeros laboratorios y en la carrera de obstetricia se amplían las prácticas de maternidad... y se incorpora la asignatura de medicina preventiva al plan de estudios.*

Otra reorganización curricular surge entre 1949 y 1950, la cual promueve una ampliación de contenidos para reforzar el conocimiento de las enfermedades infecciosas y patologías emergentes, se fortalece la idea de la enfermería rural y se desarrolla la capacidad de educadora en las alumnas para la salud.

Para estos cambios se necesitó contar con un profesorado de enfermería suficiente para cubrir las demandas tanto del plan de estudios como de las estudiantes, lo que motivo a la creación del primer curso de formación de instructoras.

Después del Seminario de Zimapán en 1957 se reestructura el plan de estudios, dándole básicamente un enfoque sanitario y profiláctico; se ampliaron los contenidos humanistas y sociales a través del aprendizaje de la deontología y legislación, y las prácticas en enfermería comunitaria. Se crean los laboratorios de fisiología y bioquímica, y microbiología y parasitología, así como se inician las prácticas análogas de la propedéutica de enfermería. Un año más tarde se forma un grupo piloto *con alumnas que habían cursado el bachillerato o bien lo estaban cursando, con la idea de iniciar la integración de la enfermería en el campo superior o técnico – científico en México, situación que algunos países de América del Sur ya habían iniciado.* Este proyecto, y otro con similares características organizado en 1964, no tuvieron éxito; sin embargo, fueron la semilla para que en 1967 se exigiera el bachillerato como requisito para ingresar a la Licenciatura en enfermería.⁴

Con la creación de Licenciatura en enfermería se suprime la carrera de partos y los contenidos que se estudiaban en ésta –prácticamente se fusionan los dos planes de estudio, el de enfermería y el de obstetricia-. El plan de estudios tenía un marcado enfoque biomédico, orientado al estudio de las enfermedades:

⁴ Alatorre E. “El proceso Histórico de la Educación de Enfermería en México”, XIII Reunión de Licenciados Enfermería, Memoria México ENEO-UNAM; 1992.

diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, prevención y de ahí deducir las acciones de enfermería.

Desde que la Escuela logra su autonomía se empezó a considerar que fuera dirigida por las propias enfermeras, la idea se empieza a fortalecer y las enfermeras comienzan a destacarse como profesoras en las escuelas, ponentes en eventos académicos y administradoras, tanto en el campo educativo como en los servicios. Ya como profesoras o como parte del grupo directivo, las enfermeras promovieron la necesidad del nivel universitario. En 1967 se concluye el plan de estudios y se aprueba la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que inicia en 1968.

Durante este periodo surgen los nuevos cursos postécnicos de especialización: Educación Básica para Enfermeras Instructoras y Enfermería Pediátrica (en 1952), Enfermería cardiológica y Enfermería psiquiátrica (en 1965), y Administración y Supervisión de los Servicios de Enfermería (en 1968).

Para apoyar la enseñanza, se instaló una biblioteca con textos especializados de enfermería, muchos de los cuales eran norteamericanos. Para 1948, por invitación del Rector Salvador Zubirán, Lucille Petry -directora de la División de Enfermeras en Servicio Público de Salubridad de Estados Unidos- visitó la escuela y presentó un plan de estudios norteamericano; además, un informe sobre sus observaciones con respecto a la escuela.

Las maestras de enfermería participaron en cursos de actualización docente y aquellas con experiencia profesional, estudios de licenciatura y cursos postécnicos se fueron ubicando en niveles de responsabilidad académico-administrativa lo que, finalmente, repercutió en 1975 cuando, por primera vez, la enfermera Marina Guzmán Vanmeeter de Cisneros fue designada como directora de la ENEO.

La expansión del sistema institucional de atención a la salud y la necesidad de apoyar la creación y el desarrollo de las nuevas carreras universitarias brindaron las condiciones para que las enfermeras se propusieran grandes retos e importantes proyectos, entre éstos: ampliar la oferta educativa, adecuar los planes de estudio, promover la superación académica, ofrecer mejores servicios a los estudiantes y conformar una organización académico-administrativa al nivel de una institución universitaria.

Es así que en 1974 se reestructura el plan de estudios con una metodología universitaria para el diseño curricular, lo que permitió sentar las bases para una enseñanza dinámica, con eje en la historia natural de las enfermedades, énfasis en la formación para la investigación, organización por áreas de conocimiento y

cierta flexibilidad a través de una asignatura donde se pretendía profundizar en ramas de interés profesional.⁵

Una de las primeras medidas fue crear, en 1975, el Curso especial transitorio para obtener el grado de licenciado en enfermería, cuyo objetivo era regularizar al personal de enfermería que contaba con el bachillerato, particularmente a las profesoras enfermeras, proyecto que promovió la Organización Panamericana de la Salud y que pronto se extendió en otras instituciones educativas del país.

El curso transitorio se impartió por diez años; posteriormente la estrategia de nivelación se continuó en 1988 con el programa, aún vigente, de “ingreso a años posteriores al primero”, a través del sistema de Universidad Abierta, sistema que también se estableció en 1975 como una de las estrategias de expansión de la oferta educativa ante la necesidad de incrementar el número de enfermeras profesionales en el país, según se mencionaba en el Plan Nacional de Salud de la época.

Esta estrategia de profesionalización resultó tan exitosa que, en colaboración con instituciones de salud y escuelas de enfermería, en la actualidad se ha extendido a veintidós estados de la República Mexicana.

De 1987 a 1991 la comunidad académica de la ENEO se da a la tarea de evaluar el plan de estudios, sus contenidos, metodología y condiciones de formación profesional, lo que culminó en la creación de un proyecto curricular específico para el nivel licenciatura; se organiza por áreas de conocimiento, teniendo como eje el ciclo vital humano, con una orientación importante hacia la investigación, la administración de los servicios de enfermería y la obstetricia.

Este plan de estudios fue consecuencia de un gran proceso participativo, un profunda evaluación y un cuidadosos proyecto de planeación curricular; se logró la aprobación de un plan de estudios exclusivo para la licenciatura de enfermería y obstetricia que, por una parte, satisface las expectativas sobre el contenido y metodología del proceso enseñanza-aprendizaje para la enfermera profesional y por otra, cumple con la posibilidad de su actualización permanente. Así también a partir de 1996 se suprimió el ingreso a la carrera de nivel técnico en el sistema escolarizado de la ENEO, con el propósito de destinar los recursos a la formación del nivel Licenciatura y al inicio y desarrollo de los estudios de posgrado.

A partir de la aprobación del Plan Único de Especialización en Enfermería en 1996 los programas posttécnicos se han transformado en especialidades para las egresadas de nivel superior; actualmente la ENEO ofrece siete especialidades en enfermería clínica y salud pública.

⁵ Alatorre E. “El proceso Histórico de la Educación de Enfermería en México”, XIII Reunión de Licenciados Enfermería, Memoria México ENEO-UNAM; 1992.

En la década pasada la escuela intensificó su proceso de desarrollo. Así, se aumentó la matrícula de nivel superior, se disminuyó el ingreso al nivel técnico, se continuó ofreciendo más servicios de apoyo a la formación, se ampliaron instalaciones, se mejoró sustancialmente el equipamiento de los laboratorios de enfermería y, principalmente, ocurrió un cambio cualitativo entre los profesores de enfermería, como consecuencia de las numerosas actividades de superación académica. Este cambio permitió reconocer la esencia de enfermería como profesión del cuidado del individuo sano y enfermo, establecer la diferencia entre curar (función del médico) y cuidar (función de la enfermera), reconocer las características del rol de colaboración y la importancia del rol independiente, así como definir el perfil de la enfermera técnica y las competencias de la enfermera profesional.

En consecuencia el Comité de Desarrollo Curricular se dio a la tarea de actualizar el plan de estudios de acuerdo con la evaluación de los primeros egresados de este nuevo plan así mismo por las recomendaciones hechas por el Comité Interinstitucional de Evaluación de la Educación Superior de Ciencias de la Salud (CIEES) centrándose en la flexibilización del plan de estudios.

Se diseñó una nueva fundamentación del plan de estudios orientada hacia lo disciplinario, lo que generó la incorporación de contenidos específicos de la enfermería en los diversos programas que lo conforman, con énfasis en el cuidado como eje de la formación y el método enfermero como elemento indispensable para proporcionar el cuidado. Así también cada programa se actualizó a través de un trabajo colegiado en su contenido, experiencias clínicas y bibliografía.

Es así que el actual plan de estudios se considera un ejemplo de contenidos disciplinarios, propuesta metodológica de enseñanza y prototipo de la formación profesional de la enfermería en el país y que actualmente es utilizado en dieciséis instituciones educativas de enfermería incorporadas a la UNAM en todo el país.

En su historia, la carrera de enfermería ha tenido un proceso lento de desarrollo, pues durante 63 años ha tenido que sortear desviaciones con respecto a su propia naturaleza de arte y ciencia del cuidado a la vida. Fue muy prolongado el proceso para reconocerle la necesidad de su formación a nivel superior, además es reciente su autonomía como escuela y mucho más su autonomía como profesión. La profesión de enfermería tiene que valorar aún la pertinencia de su formación en el pregrado o en la especialidad, debe enfrentar el problema de ser una carrera de baja demanda, fortalecer la investigación disciplinar y contribuir mejor a resolver el déficit de enfermeras profesionales y la calidad del cuidado de enfermería que requiere nuestra sociedad.⁶

⁶ Alatorre E. "El proceso Histórico de la Educación de Enfermería en México", XIII Reunión de Licenciados Enfermería, Memoria México ENEO-UNAM; 1992.

No hay duda que la carrera y la institución han conseguido aprovechar las favorables condiciones que se dieron para impulsar el avance profesional, mucho se ha logrado en el propósito de ubicar la profesión en el nivel universitario y como una práctica de interés público, así también se encuentra en posibilidades de desarrollo de la disciplina a partir de la investigación y de la docencia universitaria en el nivel de posgrado, con la elaboración y aprobación por el Consejo Técnico de la ENEO del Plan de Estudios de la Maestría en Enfermería en diciembre del año pasado.

La práctica social de la profesión de enfermería

La enfermería ha evolucionado a partir de que se reconoce la importancia de asegurar la continuidad de la vida y enfrentar la enfermedad y la muerte. Esta evolución hoy en día permite valorar la naturaleza de la enfermería profesional y su función social en beneficio de la salud de la población.

Tradicionalmente la profesión ha sido identificada como una práctica centrada en el enfermo, con una fuerte connotación humanística. Estas concepciones se relacionan con su origen, su historia y su evolución, así como las costumbres sociales de atender enfermos y la enfermedad.

La profesión de enfermería de hoy, a través de su práctica cotidiana, dirige su labor hacia el individuo, la familia y la comunidad, los trabajadores, los escolares y los ancianos, entre otros, y en diferentes escenarios (social, político, asistencial y gerencial).

Desde la perspectiva actual de la salud y de la profesión el núcleo fundamental de su existencia como práctica profesional es el cuidado de la salud de los individuos y los grupos, lo que significa favorecer el desarrollo armónico del ser humano en sus diferentes espacios, fortalecer, reforzar sus capacidades y potencialidades en pro del cuidado de su salud, del logro de sus aspiraciones de vida y bienestar.

Este cambio de la práctica de enfermería ha influido notablemente las transformaciones en el panorama socio-político y económico de México:

- 1) El avance de la salud pública y su contribución al desarrollo de la salud generando nuevos modelos interdisciplinarios de intervención del fenómeno salud-enfermedad en grupos.
- 2) La nueva concepción de la salud, que es vista como un fenómeno multifactorial relacionado con aspectos biológicos, culturales y sociales. Lo que implica para la práctica de enfermería visualizar el cuidado a la salud en diferentes ámbitos y no solo al cuidado de los enfermos.
- 3) El desarrollo teórico, conceptual y práctico de la profesión de enfermería que ha mostrado que ésta tiene las capacidades necesarias para incursionar en

escenarios diversos donde la salud y la enfermedad se expresan como fenómenos sociales humanos vinculados con los diversos modelos de desarrollo social.

- 4) Las políticas internacionales y nacionales en materia de salud, particularmente la estrategia de Atención Primaria en Salud que permitió a la comunidad valorar y reconocer prácticas en enfermería como modelos de atención en salud (niños, ancianos, materno infantil), la conformación de grupos en riesgo y su participación en los programas de salud que contribuyen a la ampliación de cobertura.

Por lo anterior y la experiencia acumulada la profesión de enfermería, hoy se reconoce la necesidad de un rol ampliado de la práctica en diversos ámbitos, entre los que se destacan la salud escolar, la salud laboral, la movilización de las comunidades en la búsqueda de mejores condiciones de salud y la salud ambiental, entre otras.

En los últimos veinte años se inició un fuerte movimiento caracterizado por un interés sobre las acciones de profesionalización de la enfermería a partir de un control sobre el sistema de educación, el reclutamiento y capacitación del personal en las diferentes instituciones del sector salud para enfrentar el déficit de enfermeras y la calidad de su práctica.

Hoy, como consecuencia de un movimiento universal para la construcción de la enfermería como disciplina, se ha alcanzado, en algunas sociedades, niveles avanzados de formación; surgen teorías científicas para el cuidado enfermero que guían la práctica y la investigación formal y se tiene un profundo interés por reglamentar el ejercicio profesional para distinguir las funciones profesionales de las técnicas auxiliares y se logra identificar los contenidos científicos que fundamentan el cuidado enfermero y sus aportes en el proceso vital humano. Se favorece una tendencia de reencuentro con la naturaleza de la enfermería, su compromiso social, sus valores su filosofía, su arte y su ciencia.

Se puede reconocer que la profesión ha evolucionado a partir de mejorar sus niveles y delimitar el contenido de su formación como disciplina profesional. En este proceso la educación universitaria ha contribuido de manera significativa y ahora las funciones de docencia e investigación resultan determinantes para apresurar la transición hacia una enfermería profesional más humana.⁷

Dicha estrategia debe considerar corregir el déficit de enfermeras profesionales superar el desequilibrio, su distribución, retener un número suficiente de enfermeras y parteras en áreas subatendidas, garantizar condiciones de trabajo, estimulantes, equitativas, monitoreo de la calidad del cuidado, promover un sistema de enseñanza de enfermería de pregrado y posgrado que responda a las

⁷ Salas S. "Enfermería Universitaria de la ENEO" Legados y Tendencias México Editorial Gante; 1997.

necesidades de salud de la población, que contribuya a mejorar las competencias, desarrollar el conocimiento de la disciplina de enfermería y fortalecer los valores profesionales. La práctica de enfermería en México presenta una gran heterogeneidad, en 1999 el Sistema Administración de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) reportó que en los servicios de salud laboraban 152,157 personas en enfermería; el 61,51 % corresponde a personal profesional. En el mismo informe el mayor número de enfermeras se encuentran laborando en el IMSS (51,98%), el 28,29% en la Secretaría de Salud, el 9,81% en el ISSSTE, el resto en otras instituciones públicas y privadas. En el Distrito Federal se concentra, según datos de Entidad Federativa, el 22,46% del personal de enfermería, siguieron el estado de México con 6,46%, Veracruz 5,73%, Nuevo León 5,61% y Jalisco 4,97%. Por otro lado, según el SIARHE el mayor porcentaje de enfermeras (55,19%) labora en instituciones hospitalarias de segundo nivel de atención, el 18,44% se encuentra ubicado en instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención y 21,81% en el primer nivel. El DIF concentra el mayor número de personal de enfermería (45,85%) en este nivel de atención, la Secretaría de Salud el 31,5%, el IMSS con 20,26% y 16,29% en el ISSSTE.

Con la reforma en el sistema de salud la función de la enfermería profesional se valora como un servicio que, además de contribuir a la recuperación de la salud, orienta y guía a los individuos y sus familias en su capacidad de evitar la enfermedad; un servicio que se fundamenta en un modelo integral de la salud y que humaniza el cuidado. Por ello, la práctica actual de la enfermería profesional se orienta a promover factores de vida sana, atenuar riesgos a la salud y contribuir a disminuir las enfermedades.

La enfermería desarrolla las potencialidades de un individuo visualizándolos como un todo; en esta concepción la persona no es vista como un enfermo que requiere tratamiento ni como un ente separado de su familia y su medio ambiente. Ahora se visualizan los aspectos fundamentales en la vida del individuo para promover su salud, estilos de vida saludable y prevenir la aparición de la enfermedad o bien atenuar las complicaciones resultado de la misma.

La sociedad ha permitido redefinir la práctica de enfermería a partir del reconocimiento y el valor social que le da a dicha actividad profesional. El rol de la enfermera está cambiando influido por desarrollos científicos y por la regulación del ejercicio profesional. Además, existen otros elementos que han influido, desde la sociedad, en el cambio de rol de la enfermería actual: el consentimiento informado, los derechos del paciente, la estandarización de la práctica, el desarrollo de la investigación y la docencia y los proyectos de evaluación de la calidad, entre otros. Aunado a estos cambios se observa una transformación cualitativa de la práctica de enfermería: mayor habilidad para la valoración, planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones, mayor autonomía profesional y mejores niveles de formación.

En la ENEO-UNAM se ha reconceptualizado a la enfermería a partir de un trabajo grupal e interprofesional; hoy la escuela concibe la enfermería como la disciplina y

el arte del cuidado a la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral con el propósito de que utilice al máximo sus potencialidades para la vida. Por tanto, sus campos de acción son todos los espacios en donde la persona se desarrolla y atiende.

La Secretaría de Salud de México caracteriza las tendencias de la práctica de enfermería como un servicio científico-social propio, centrado en el concepto integral del hombre y en preposiciones de carácter científico derivadas del planteamiento teórico-científico de los cuidados y de una identidad profesional y disciplinar. El desarrollo de la profesión en las instituciones de salud a partir de la oferta de estudios de posgrado de nivel especialidad, maestría y doctorado hace pensar que la enfermería mexicana está avanzando para cumplir con el objetivo principal de la profesión: el cuidado de la vida e integridad del hombre en la salud y en la enfermedad.

Para finalizar se mencionarán algunas recomendaciones que establece la Secretaría de Salud. La necesidad de legitimar el ejercicio profesional de la enfermería, atendiendo que su potencial de desarrollo enfatiza la posibilidad de realizar funciones de asistencia, gerencia, docencia e investigación, en los diferentes roles como proveedor, coordinador y auditor de las funciones genéricas y en los escenarios que incluyen los tres niveles de atención a la salud; con un grado de autonomía congruente a su formación ética y profesional (SSA 1999).

En este sentido existe la necesidad de institucionalizar las tareas de la enfermera profesional y su liderazgo en la atención a los enfermos; pero más específicamente las funciones potenciales que está en condiciones de realizar en apoyo a la estrategia de atención primaria, reconociendo que los problemas de salud, las reformas en sistemas de servicio y el avance de las ciencias biomédicas exigen un cambio de paradigma en la práctica de la enfermería profesional, condición que requiere una reconceptualización de su práctica, distinguir el tipo de relación con las competencias de la enfermera técnica y de la ayudante de enfermería, y el nivel de participación, responsabilidad, autonomía e interacción con otros profesionales o técnicos de la salud, a partir de las cuales se puedan caracterizar las funciones de una enfermera profesional.⁸

⁸ Salas S. "Enfermería Universitaria de la ENEO" Legados y Tendencias México Editorial Gante; 1997.

2.1.2 CONCEPTO DE ENFERMERÍA

El servicio prestado a las personas y a las familias, por tanto a la sociedad. Se basa en una arte y una ciencia que moldea actitudes, competencias intelectuales y habilidades técnicas de cada enfermera para convertirlas en un deseo y una capacidad de ayudar a las personas enfermas o sanas a afrontar sus necesidades de salud y que se pueden desempeñar bajo una dirección médica, general o específica.

El término anglosajón nurse con el que se designa a la enfermería se deriva de las palabras latinas como nutriré (alimentar) y nutrix (mujer que cría). Estas palabras fueron ampliando su significado según evolucionaba la sociedad, así, la aparición de mujeres que lactaban y criaban niños de otras, llevó este término a la palabra nodriza. La palabra enfermería es más bien contemporánea del término enfermedad (infirmas), por lo que se define de forma más concreta como cuidador de enfermos/enfermero-a. Por lo tanto sus actividades se reflejan en los cuidados más elementales, que son los relacionados con la supervivencia: los cuidados durante el parto, la crianza, la lactancia y el destete.

2.1.3 META PARADIGMA DE ENFERMERÍA

Los distintos paradigmas que han guiado la actuación de enfermería: categorización, integración y transformación. Tienen los cuidados de enfermería en la profesión, su contribución a mejorar la salud humana desde un enfoque holístico, para proporcionar mayor satisfacción, bienestar, lo que ha facilitado el reconocimiento social de la enfermería. Se ha tenido como referente teórico el modelo de cuidados, la aplicación metodológica del proceso de atención de enfermería que permite solucionar las necesidades afectadas. Estos criterios significan la epistemología de la enfermería y sustentan sus campos de actuación.

LA FILOSOFÍA EN ENFERMERIA; INVESTIGACION METODOLOGICA EN ENFERMERIA; MODELOS DE ENFERMERIA; ENFERMERIA HOLISTICA

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que se han ido sucediendo a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia, para cuyo conocimiento es necesario abordar los diferentes paradigmas y concepciones que han ido configurando su desarrollo en conjunto con otras ciencias. De ahí la importancia de que el personal de enfermería comprenda los cambios que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades que van

surgiendo, tanto profesionales como de la comunidad a la que brinda sus cuidados.⁹

A partir de la década de los 60, el inicio de la investigación en enfermería constató la falta de sistemas teóricos sólidos que pudieran ofrecer conexiones conceptuales válidas para el ejercicio profesional. Con estas observaciones en el área de la ciencia de enfermería se comienza a usar el concepto de paradigma como referente para el desarrollo de la ciencia y base para múltiples ciencias. Al utilizar este concepto debe hacerse referencia a *Thomas Khun*, que lo utiliza como eje central de su visión de la ciencia a partir de su concepción de "ciencia normal" y de la naturaleza de las evoluciones científicas. Es evidente que la filosofía de la ciencia, dictada por *Khun*, ha servido de gran ayuda para comprender la evolución de la teoría de la enfermería mediante los modelos paradigmáticos de la ciencia.

En los años 80, el desarrollo en las teorías de enfermería fue el característico de los períodos de transición, del modelo de preparadigma al de paradigma, Los paradigmas dominantes (modelos) proyectaban diversas perspectivas sobre la práctica de enfermería, la administración de ciencias, la investigación y los posteriores desarrollos técnicos, es decir, dirigían las actividades de una disciplina y como tal fue aceptada por la mayoría de sus miembros. Es por ello, que en el trabajo que realizan los enfermos se observan características de los distintos paradigmas que se han ido manifestando a lo largo de la historia, los cuales en período de transición se superponen sin que una forma de pensamiento supere totalmente a la anterior. Esto es aplicable a cualquiera de los campos en que se puede orientar el trabajo de enfermería.

Todo lo anteriormente expuesto motivó para reflexionar sobre los distintos paradigmas que ayudan a sustentar las bases del pensamiento en enfermería, identificar los cuidados enfermeros como la esencia de la profesión y describir un modelo de cuidado y un método sistemático, como punto de partida de los cuidados enfermeros.

Paradigmas

"La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas" En este sentido se presentan 3 paradigmas: categorización, integración y transformación, que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería.

⁹ Collière M.F Promover la vida: "De la práctica de las mujeres cuidadoras, a los cuidados de enfermería" Madrid Editorial Mc Wraw-Hill 1993.

Paradigma de la categorización

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas, medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública, la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

Paradigma de la integración

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Los trabajos de enfermería de *V.Henderson*, *H. Peplau* y *D. Orem* quedan enmarcados dentro de este paradigma. Según esta orientación, en los conceptos del metaparadigma de enfermería se observa que:

- La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
- El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integridad.¹⁰

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integridad y en interacción constante con el entorno. La mayoría

¹⁰ Tazón, Ansola, García, “La relación interpersonal fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería”, Madrid Editorial Difusión de avances de Enfermería 2000.

de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería.

Paradigma de la transformación

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina, suponen una orientación de apertura al mundo. Los modelos y teorías propuestos por *R.R. Porse, M.Newman, M. Rogers* y *Walson* quedan encerrados dentro de este paradigma. Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos del metaparadigma de la siguiente manera:

- La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.
- La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo.
- El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

Puede afirmarse que en la evolución de la disciplina de enfermería existe una creciente preocupación por los cuidados que utilizan el conocimiento propio de la disciplina para dispensar cuidados de salud creativos. Este paradigma se encuentra bien definido, pues es el centro de interés de la enfermería y por tanto, el eje de actuación en todos los campos de su práctica. Como describiera *Kerouac*, los cuidados de la persona son el núcleo de la profesión de enfermería, cuando expone. "El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno vive experiencias de salud". Este paradigma cumple las cinco funciones enunciadas por Merton:¹¹

- Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales, de sus interrelaciones, que puede utilizarse para la descripción y el análisis.

¹¹ Tazón, Ansola, García, "La relación interpersonal fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería", Madrid Editorial Difusión de avances de Enfermería 2000.
Marriner, Raile "Modelos y teorías de enfermería" 4ta. Ed. Madrid: Editorial Harcourt;1998.

- Reduce la probabilidad de que existan supuestos, conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita.
- Aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas.
- Promueve el análisis más que la descripción de detalles completos y permite codificar el análisis cualitativo, de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

Los cuidados enfermeros no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y explicación científica que se centra más en el fenómeno que en los detalles que lo originan, permiten mayor aproximación lógica así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina.

Los cuidados de enfermería se reconocen como centro de la profesión, pues están condicionados por la propia sociedad que tiene necesidades específicas de atención; el ser humano busca para el mantenimiento de la vida con una mayor calidad, la forma de satisfacer esta necesidad. Para *King*... las enfermeras proporcionan un servicio especial que satisface una necesidad esencial. Enseñan, guían y orientan a las personas y los grupos a conservarse sanos y les proporcionan cuidados cuando están enfermos."

Se coincide plenamente con el criterio de *King*, teniendo en cuenta el auge que tienen las acciones de promoción y prevención de la salud, encargadas de facilitar a las personas el conocimiento para modificar estilos y modos de vida insanos hacia formas de vida saludables y crear en ellas una conciencia que facilite el autocuidado y la autorresponsabilidad en el proceso salud-enfermedad.

Orem describe los cuidados de acuerdo con su finalidad para la salud de la persona como de prevención primaria, secundaria y terciaria. Esto nos permite entender los cuidados de salud como acciones que contribuyen al bienestar de la persona, lo que hacen que sean considerados necesarios a lo largo de toda la vida y en todas las condiciones de ésta. Los avances que se están realizando en proporcionar un enfoque multidisciplinario individualizado de los cuidados del paciente no pueden sino mejorar el bienestar de la población y emplear mejor los recursos.

En la actualidad, los cuidados se orientan a incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno, es decir, se concibe el cuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo entiende, entonces la intervención de enfermería con esta orientación va dirigida a dar respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de los cuidados y la satisfacción y el bienestar de la persona en su integridad. A partir de esta opción, los fenómenos que despiertan el interés son las respuestas que presenta el ser humano ante distintas situaciones

de salud-enfermedad a lo largo de la vida y esto es, entre otras razones, lo que distingue a la enfermería de otras ciencias. Por ello, además de colaborar con otras profesiones de la salud, como disciplina autónoma debe aportar algo específico y diferenciador del resto: nuestra propia función. Como ya afirmaba *F. Nightingale* a mediados del siglo XIX,... "La enfermería requiere de conocimientos propios, diferentes del conocimiento médico".

Actualmente, la práctica científica de enfermería, por el nivel de desarrollo que ha alcanzado la disciplina, tiene como referente teórico el modelo de cuidado, y como elemento metodológico, el proceso de atención de enfermería para solucionar los problemas de este cuidado. "Método lógico y racional para que la enfermera organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz" Ambos elementos significan la epistemología de enfermería entendida como los fundamentos (modelos de cuidados) y métodos (procesos de atención de enfermería) del conocimiento de enfermería. Estos dos elementos adquieren su verdadero sentido cuando se utilizan en conjunto, pues tratar de explicar y abordar una realidad con un modelo de cuidado sin hacerlo sistemáticamente se queda en un simple ejercicio intelectual, y aplicar el proceso de atención de enfermería sin un modelo teórico de referencia, únicamente sirve para sistematizar actividades aisladas que solo tienen significado para quien aplica el proceso. Utilizados conjuntamente representan la manera científica de ofrecer los cuidados de enfermería y contribuyen al desarrollo y avance de la profesión, lo que quiere decir en otras palabras "Garantizar que todos los enfermeros compartan una misma concepción de persona, salud, entorno y rol profesional, y un mismo lenguaje en la orientación de los cuidados."¹²

¹² Tazón, Ansola, García, "La relación interpersonal fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería", Madrid Editorial Difusión de avances de Enfermería 2000.
Marriner, Raile "Modelos y teorías de enfermería" 4ta. Ed. Madrid: Editorial Harcourt; 1998.

2.2 CUIDADO.

2.2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS.

La idea de aplicar un punto de vista histórico a los orígenes del cuidado “actividad de cuidar” supone, a nuestro juicio, la necesaria elaboración de lo que podríamos denominar un esquema de secuencias, que hunde sus raíces en un pasado anterior al documento escrito, y cuya existencia puede demostrarse analizando las relaciones del hombre con el medio, para intentar descubrir las necesidades básicas y perpetuar la especie. La fuente para argumentar nuestra hipótesis son los objetos exhumados de los yacimientos prehistóricos así como las constantes de civilización derivadas de las necesidades básicas del ser humano, a cuyo conocimiento accedemos a través de la Antropología cultural comparada, y de la Arqueología, entre otras.

El proceso de hominización, favorece irremediablemente, el surgimiento de especies que son capaces de ejercer un mayor control del medio ambiente debido a su cerebración creciente. Por ello no debemos obviar uno de los más importantes descubrimientos legados por el hombre, el fuego: dado la gran influencia que este ejerció sobre los elementos básicos que constituyen la práctica de los cuidados, con el proceso de humanización se incorporan a las prácticas de los cuidados elementos psicológicos y culturales que las desligan de pautas instintivas, lo que supone un aumento en la capacidad de aprendizaje y una mayor variabilidad de comportamientos de la especie, de este modo las actividades vinculadas a la alimentación y al mantenimiento de la vida se diversifican, lo que significa que son cada vez más complejas, los cuidados comienzan a ejercerse según un plan, con medios conscientemente útiles, en interés de la existencia del grupo y de la especie, basados en el conocimiento de las condiciones naturales del medio que habitan y en la regularidad de los fenómenos climatológicos; a lo que debemos añadir sus propias formas de aprendizaje, fundamentadas en la experiencia que proporcionan los principios de la causalidad. El origen de las prácticas de los cuidados debemos pues, buscarlo en las actividades de alimentación y de conservación del grupo, relacionadas esencialmente con los aspectos de supervivencia en los que se desarrolla la vida de los primeros hombres, y enmarcadas dentro del concepto de ayuda existente en las sociedades primitivas, la actividad de cuidar esta ligada, a las peculiaridades biológicas femeninas, siendo sus principales responsabilidades: el mantenimiento del fuego y sus secretos en cuanto a la preparación de alimentos, calor para procurar bienestar y alivio, prácticas para el cuidado de las gestantes, de los partos y de la prole a través de la observación y el aprendizaje de comportamientos que garanticen la continuidad de la especie y de la vida; la recolección de vegetales, que implica la selección de alimentos y la obtención de conocimientos relacionados con sus propiedades, así como su repercusión en las prácticas del cuidado.¹³

¹³ Collier M.F Promover la vida “De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería”, Madrid, Editorial Mc Wraw-Hill, 1993.

El mantenimiento de la continuidad de la vida no podría asegurarse sin todo aquello que contribuye a asegurarla, sin beber, sin cesar en esta indispensable fuente de energía que es el alimento, durante miles de años de evolución, la caza y la recolección habían sido los únicos medios de vida, la caza o la pesca sólo representaban alrededor de un tercio de los recursos alimentarios. Lo esencial de los recursos alimentarios se construye alrededor de la cosecha que proporcionaban las mujeres; al ser físicamente mas grandes, mas fuertes y más rápidos, los hombres salían a cazar en busca de carne, mientras que las mujeres proporcionaban la estabilidad esencial para la comunidad por medio de la recolección de productos vegetales, del cuidado y la educación de los niños. Poco a poco se va a tejer una red de connivencia entre plantas y mujeres que después de haber cogido, cortado, recogido frutos, bayas, nueces, melones, raíces y bulbos, van a aprender a recolectar. Alrededor de los vegetales empezará a hacer lo que sin duda será la más grande alquimia del mundo de la transformación de productos recogidos en polvo, harinas, pastas, o incluso en zumos y brebajes de toda clase.

Así, podemos afirmar que a la mujer-madre le corresponde por imperativos biológicos que la sitúan más cerca de los secretos de la naturaleza, el papel de cuidadora intuitiva, a través de recetas misteriosas repetidas en el más estricto secreto para el hombre y que proporcionaron a las primeras cuidadoras un bagaje de conocimientos sobre esta actividad.

El origen de la práctica cuidadora debemos situarlo en la observación directa de los animales, ya que estos realizaban ciertas acciones significativas para su bienestar, como lamerse las heridas o ingerir hojas con efectos eméticos y purgantes.

Con lo anteriormente expuesto podemos conocer y asumir que desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario ocuparse de la vida para que esta pueda persistir. Los hombres como todos los seres vivos, han tenido siempre la necesidad de cuidados, por que cuidar es un acto de vida que tiene como objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y, de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie.

Es decir que durante millares de años los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. Eran los actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarse todo lo necesario para continuar la vida, en relación con la vida del grupo.¹⁴

¹⁴ Collier M.F Promover la vida "De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería", Madrid, Editorial Mc Wraw-Hill, 1993.

La primera orientación es la que se inscribe en la historia de todos los seres vivos desde el principio de la historia de la humanidad es: asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie, teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para asumir las funciones vitales: recursos energéticos, de ahí la necesidad de alimento, protección contra las inclemencias del frío o del calor por medio de la ropa o del refugio, que dará poco a poco lugar al alojamiento, esta necesidad de asegurar cada día el mantenimiento de estas funciones vitales da lugar a un conjunto de actividades indispensables de las que se hacen cargo hombres y mujeres que, según los recursos locales, se esfuerzan por atenderlas.

Cuidar es, por tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en sus manifestaciones, cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo. Esto ha sido y seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados. Todo esto ha dado lugar a prácticas corrientes: prácticas alimentarias, prácticas de vestimenta, prácticas de habitad, prácticas sexuales. Esta orientación de los cuidados basada en todo aquello que contribuye a asegurar el mantenimiento y la continuidad de la vida nace de lo que Edgar Morín llama la Physis, es decir la ciencia de la naturaleza.

La carrera de la enfermera que ha nacido a partir de los instintos y de las leyes que rigen la condición humana, aparece como el eterno trámite que escolta nuestro destino y sus fatalidades desde el principio de los siglos. Frente al hombre herido por esta o aquella batalla de la vida, ella mantiene gestos donde se mezclan y se encuentran el sentido maternal, la caridad y el amor.

La enfermera se inscribe en el orden social tomando el relevo y continuando lo que las religiosas al servicio de los pobres, de los enfermos y de los desamparados atendían. Basa toda su práctica profesional en los valores morales y religiosos de la mujer consagrada. Hasta la llegada de Florence Nightingale no se le reconoce el dominio de conocimientos que le pertenece. Tiene vocación de servir, pero este servicio que hasta el momento estaba a disposición de los pobres y de los enfermos, cambiara progresivamente de orientación con el desarrollo de la medicina.¹⁵

Los descubrimientos realizados a finales del siglo XIX en el campo de la física y la química, permiten aplicar a la medicina las consecuencias de estos conocimientos y poner a punto tecnologías cada vez más complejas para diagnosticar y posteriormente para tratar las enfermedades. La concepción de los cuidados se modifica totalmente. Los cuidados centrados en el enfermo y su entorno, van a

¹⁵ Collier M.F Promover la vida “De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería”, Madrid, Editorial Mc Wraw-Hill, 1993.

Benavent, Ferrer, francisco, Fundamentos de enfermería “Los cuidados de enfermería”, editorial Manual moderno, 2001.

tener en cuenta la enfermedad. El campo de las actividades médicas se amplía y utiliza técnicas cada vez más elaboradas hasta el punto de que el médico necesita delegar poco a poco las tareas rutinarias que tenían costumbre de realizar así como los cuidados médicos más habituales. Así llega a asegurarse la ayuda de un personal, que se llamará más tarde paramédico, para preparar material que necesita, efectuar los tratamientos curativos más corrientes que prescribe pero de los que no se encarga.

El acto médico exige cada vez más colaboración. El médico necesita ser ayudado en todas sus partes, en la ciudad, en el campo, en el hospital, en el dispensario y en la familia del enfermo. Aquí se deben buscar los signos precoces de la enfermedad y allá, beber en la fuente de las informaciones sobre condiciones de existencia del individuo, aquí aplicar o vigilar un tratamiento y allá consolar, animar, en una palabra preparar, ayudar y perseguir la acción médica y moral del médico. La mayor parte de esta función incumbe a la enfermera. Por otro lado, nadie está mejor adaptado que la enfermera para desarrollarlo. Exige mucha delicadeza.

Servir es la base de la enfermería. Servir a los enfermos, objeto de la finalidad de los cuidados, y por consideración hacia ellos, servir a los médicos, servir a la institución de cuidados y a sus representantes, servir a los enfermos es lo que le da sentido a la práctica de enfermería y lo que la orienta, es lo que guiará su actitud; la actitud y la forma de ser de la enfermera frente a los enfermos es un conjunto de cualidades manifestadas exteriormente, pero que provienen de la educación de los sentimientos y de una vida interior profunda.

Como hemos podido constatar hasta el momento, cada vez que nos hemos esforzado por delimitar la práctica de enfermería, hemos llegado a la definición de un rol. Este rol parece ser resultante de un modelo cultural determinado por la elaboración de un sistema de comportamiento que ha elaborado sus propias reglas de conducta.

A partir de las mujeres consagradas, el rol ya no es el reflejo de un conjunto de actividades en las que se refleja, sino que representa una línea de conducta, un conjunto de aptitudes necesarias para cuidar, por lo tanto el dilema de enfermería se basa en la exigencia de pasar de una profesión de fe basada en un credo, que tiene por finalidad servir.¹⁶

Ninguna profesión tiene razón de ser si no puede justificar que ofrece un servicio necesario para la población, ni da pruebas de capacidad para darlo. Para que pueda haber un reconocimiento eficaz de los cuidados de enfermería como tales, las enfermeras y enfermeros de hoy, están obligados a demostrar que los cuidados de enfermería son la expresión y el cumplimiento de un servicio

¹⁶ Landa E. "Algo sobre los deberes de la enfermera hacia los enfermos", En sociedad de Cirugía 2da. Asamblea nacional de cirujanos, Memoria México Ediciones de la Sociedad de cirugía; 1938.

indispensable en determinadas circunstancias de la vida, servicio que no está cubierto por otros grupos profesionales. Lo que basa la legitimidad de una profesión, como de cualquier otro tipo de profesión, es el hecho accesible de examen crítico, de que es irremplazable queda por tanto probar que la prestación de la enfermería tiene una identidad propia tanto por el campo de competencia que cubre como por el proceso de cuidados propone, así como por la aclaración de la naturaleza del poder de los cuidados de enfermería, de sus limitaciones y de sus dimensiones sociales y políticas.

Cuidar aparece, pues, como el reparto de un poder entre los usuarios de los cuidados y los cuidadores; esto exige ser capaz de situar los límites de la acción curativa, de los cuidados de enfermería. Los cuidados que una persona se proporcionaba a si misma pueden convertirse de la noche a la mañana en cuidados de enfermería, si ya no puede proporcionarlos por accidente o enfermedad, esta dependencia es difícil para las personas cuidadas y también para los cuidadores, tanto más cuando lo que más tarde serán cuidados de enfermería no se pueden forzosamente identificar a primera vista. Así, los límites de los cuidados de enfermería serán siempre difíciles de situar, ya que no pueden fijarse a priori ni determinarse arbitrariamente por lo que dependen de un conjunto de factores relacionados con la situación de los usuarios de cuidados y de los cuidadores.

La asistencia es un ideal moral, más que una conducta orientada al trabajo, e incluye los aspectos más evasivos de la motivación real de la asistencia como una relación transpersonal entre la enfermera y el paciente. La meta que se persigue es preservar la dignidad humana y la humanidad en el sistema de asistencia sanitaria. En opinión de Watson, la asistencia de enfermería profesional se desarrolla a través del estudio combinado de las ciencias y humanidades, culmina en un proceso de atención humana entre la enfermería y el paciente que trasciende el marco espacial, temporal y adquiere dimensiones espirituales.

Según Watson, el objetivo de la enfermería consiste en facilitar la consecución por la persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma que engendre procesos de autoconocimientos, respeto a uno mismo, autocuración y autocuidados, la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de si misma y el paciente. Los pacientes deben satisfacer sus necesidades de orden inferior antes de que se aborden las de superior altura, la comida, la evacuación, y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior mientras que la actividad o inactividad o la sexualidad son necesidades psicofísico de orden superior, el éxito y el efecto son necesidades psicosociales de orden superior, mientras que la autorrealización es una necesidad intrapersonal-interpersonal de orden también superior

Determinar el origen del cuidado es determinar el origen de la vida, desde su inicio, la vida humana ha necesitado del cuidado, el hombre en su evolución ha requerido del hombre, en el hogar la mujer atiende a la mujer en el parto, la mujer brinda el cuidado a los hijos, y esto se difunde de generación a generación, en la

cacería y combate el hombre brinda cuidado al herido, el cuidado ha evolucionado a la par de las necesidades de la humanidad, a tal grado que el cuidado se ha comercializado, y esto es que el cuidado ha trascendido de tal manera que en nuestra actualidad contamos con instituciones dedicadas a cubrir las necesidades demandadas por el ser humano, esto ha originado que el cuidado se profesionalice, en la actualidad el cuidado se brinda en base a fundamento y conocimiento científico, conocimiento que originó la implementación de proceso de atención de enfermería que hoy en día fundamenta a nuestra profesión.

2.2.2 CONCEPTO DE CUIDADO.

El cuidado de enfermería:

La enfermería como práctica social se define a partir del concepto de cuidado, la acción social que realizamos enfermeras o enfermeros es cuidar, es decir interactuamos con otros individuos, colectivos, sanos o enfermos, con el fin de promover su salud y atenderlos durante la enfermedad, prevención, diagnósticos, tratamientos y rehabilitación. El cuidado es una forma de interacción cuyos motivos y fines se encuentran en los horizontes de la salud y la enfermedad; los problemas, intereses y necesidades en el campo de la salud y la enfermedad son lo que difieren el inicio de la interacción; la promoción de la salud y la atención de la enfermedad son los fines intermedios para contribuir, la calidad de vida y el desarrollo de las personas con quienes interactúa.

Los cuidados de enfermería forman parte del conjunto de las actividades de los cuidados, siendo estos una actividad cotidiana y permanente de la vida.

Para Colliere “Cuidar es, ante todo, un acto de VIDA en el sentido que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la VIDA y permitir que ésta se continúe y se reproduzca” (Colliere 1993: 233)

Nos dice que cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía pero, del mismo modo; es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.

Esto ocurre en todas aquellas circunstancias donde la insuficiencia, la disminución, la pérdida de autonomía está ligada a la edad. La curva de los cuidados, que tienen que ser necesariamente proporcionados por otra persona que no sea uno mismo, es inversamente proporcional a la curva de la edad, disminuyendo las necesidades de cuidados desde el nacimiento a la primera infancia y a la adolescencia.¹⁷

¹⁷ Collier M.F Promover la vida “De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería”, Madrid, Editorial Mc Wraw-Hill, 1993.
Marriner, Raile, “Modelos y teorías de enfermería” 4ta.ed. Madrid, Editorial Harcourt ;1998.

En la edad adulta se puede llegar a recibir cuidados en determinadas circunstancias, pero estas mismas personas serán proveedoras de cuidados, aportarán su contribución a los cuidados por medio de la familia y del ejercicio profesional, y todo esto no ocurre sólo en las profesiones llamadas sanitarias.

Para Hall el modelo enfermero proporciona una base para el *cuidado*. Formuló su modelo en un momento en que la sanidad estaba dominada por la práctica de la medicina; sus ideas acerca del control de las enfermeras sobre el cuidado enfermero fueron consideradas revolucionarias.

Su modelo consta de tres círculos entrelazados: el círculo del Núcleo, el círculo del Cuidado y el círculo de la Curación. Cada uno de ellos representa un aspecto específico de la enfermería.

La teoría de Hall se sustenta en una lógica inductiva, que avanza desde las observaciones específicas a los conceptos generalizados. Por ejemplo:

- Los cuidados de enfermería abrevian el tiempo de recuperación del paciente.
- Los cuidados de enfermería facilitan la recuperación del paciente.
- La enfermería profesional mejora los cuidados del paciente.
- Luego “la enfermería completamente profesional acelera la recuperación”

Para Hall el círculo del cuidado, se refiere al cuerpo del paciente.

- Representa el aspecto de “nutrición” del cuidado enfermero.
- Implica el cuidado corporal personal, como el baño y el aseo; la enfermera utiliza el conocimiento de las ciencias biológicas y naturales como base del cuidado.
- Es exclusivo de la enfermería; la enfermera es la encargada del cuidado.
- Incluye la enseñanza, que mejora el cuidado del paciente.

En conclusión podemos decir que para Hall el cuidado es: exclusivo de la enfermera, incluye la enseñanza y utiliza el conocimiento de las ciencias biológicas y naturales para proporcionar el cuidado al paciente.

Por otro lado tenemos la teoría del auto cuidado de Orem y este se basa en los conceptos de autocuidado, la agencia de autocuidado, los requisitos de autocuidado y demanda de autocuidado terapéutico y proporciona la meta del autocuidado del paciente.¹⁸

Autocuidado: abarca todas las actividades llevadas a cabo de forma independiente por un individuo para proporcionar y mantener el bienestar personal durante toda su vida.

¹⁸ Collier M.F Promover la vida “De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería”, Madrid, Editorial Mc Wraw-Hill, 1993.
Marriner, Raile, “Modelos y teorías de enfermería” 4ta.ed. Madrid, Editorial Harcourt; 1998.

Agencia de autocuidado: es la capacidad de un individuo para llevar a cabo las actividades de autocuidado.

Consta de dos agentes: el agente de autocuidado (persona que proporciona el autocuidado) y el agente de cuidado dependiente (persona que proporciona cuidados a otros, como un padre que cuida de su hijo).

Pero sin duda alguna, una de las teóricas que más nos habla del cuidado es Leininger en su Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales.

Leininger sostiene que los elementos que distinguen genuina a la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas se basan en un conocimiento y una práctica asistencial basada en la cultura. Razón principal del estudio de la teoría de los cuidados es que “ante todo, la idea de la asistencia parece un factor crítico para el crecimiento, el desarrollo y la supervivencia de los seres humanos”, un hecho que se prolonga desde los albores de la especie humana.

La segunda razón, en orden de importancia, es el propósito de explicar y comprender plenamente el conocimiento cultural y los roles que asumen las personas que prestan y reciben cuidados en las diferentes culturas, para suministrar una asistencia coherente con cada entorno cultural.

En tercer lugar, el conocimiento adquirido sobre los elementos asistenciales sirve como base para promover la curación y el bienestar de los pacientes y para afrontar la muerte o la supervivencia de las culturas humanas a lo largo del tiempo.

En cuarto lugar, la profesión de la enfermería ha de estudiar la asistencia sistemática desde una perspectiva cultural amplia y holística, para descubrir las expresiones y los significados de los cuidados, la salud, la enfermedad y el bienestar, como parte del conocimiento de la enfermería.

Leininger contempla la asistencia como uno de los conceptos más poderosos de la enfermería y el núcleo central de esta profesión. Con todo, estos conceptos y modelos deben documentarse al máximo para facilitar su comprensión y empleo, de manera que los cuidados basados en una visión cultural se conviertan en guía principal de la terapia transcultural y sirvan para explicar o predecir la práctica de la enfermería.¹⁹

Leininger ha definido numerosos términos dentro de su teoría; a continuación se mencionan los conceptos de cuidados, cuidar, cuidados culturales, diversidad de los cuidados culturales, universalidad de los cuidados culturales, conservación o

¹⁹ Marriner, Raile, “Modelos y teorías de enfermería” 4ta.ed. Madrid, Editorial Harcourt; 1998. Hart lidia “El modelo de introspección, cuidados, curación” Editorial Manual Moderno; 1999.

mantenimiento de los cuidados culturales, adecuación o negociación de los cuidados culturales, rediseño o reestructuración de los cuidados culturales y cuidados (de enfermería) coherentes culturalmente.

- Cuidados (sustantivo) se refiere a los fenómenos, abstractos y concretos, relacionados con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación dirigidas a otras personas que tienen la necesidades evidente o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o su modo de vida.
- Cuidar (verbo) se refiere a las acciones y actividades dirigidas a la asistencia, el apoyo o la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida o de afrontar la muerte.
- Cuidados culturales son todos los valores, creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva y subjetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otra persona o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.
- Diversidad de los cuidados culturales es un concepto que alude a las variaciones y/o diferencias que existen en los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia, dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.
- Universalidad de los cuidados culturales es un término referido a los significados, modelos, valores, estilos de vida o símbolos comunes, semejantes o dominantes que se manifiestan entre las diversas culturas y reflejan las formas en que dichas culturas asisten, apoyan, facilitan o permiten a las personas.
- Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a las personas de una cierta cultura a mantener y/o preservar los valores asistenciales relevantes, con el fin de que alcancen un estado de bienestar, se recuperen de una enfermedad o pueden afrontar discapacidades y/o la muerte.
- Adecuación o negociación de los cuidados culturales comprende las acciones y decisiones profesionales creativas de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a las personas de una cierta cultura a adaptarse o negociar con quienes presentan cuidados profesionales para obtener resultados sanitarios beneficiosos o satisfactorios.
- Rediseño o reestructuración de los cuidados culturales, abarca las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a los pacientes a reordenar, alterar o modificar de forma
- importante su modo de vida para adoptar esquemas de cuidados sanitarios nuevos, diferentes y beneficiosos, respetando los valores culturales y las creencias de dichos usuarios y ofreciéndoles un estilo de vida más saludable y provechoso que el anterior al coestablecimiento de los cambios.
- Cuidados (de enfermería) coherentes culturalmente son todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que se ajustan

cognitivamente a los valores culturales, creencias y modos de vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios.

Leininger ha afirmado que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en suministrar una asistencia coherente con el entorno cultural. En su opinión, las enfermeras deben esforzarse por explicar el uso y el sentido de la asistencia, de forma que los cuidados, valores, creencias y modos de vida cultural suministren una base precisa y fiable para la planificación y puesta en marcha eficaz de una asistencia específica de cada cultura y para la identificación de los rasgos comunes o universales de estas actividades. Sostiene además que las enfermeras no pueden separar las visiones del mundo, la estructura social y las creencias culturales (populares y profesionales) acerca de la salud, el bienestar, la enfermedad o los cuidados cuando trabajan con culturas en las que todos estos conceptos mantienen una estrecha relación. Los factores sociales estructurales, como la religión, la política, la cultura, la economía y el parentesco, son fuerzas notables que influyen en la asistencia y en los modelos de enfermedad y bienestar. También resalta la importancia de descubrir factores asistenciales genéricos (populares, locales, indígenas) dentro de las culturas para compararlos con los cuidados profesionales.

Ahora hablaremos de la Teoría del Cuidado Humano de Watson.

Para Watson, el cuidado es el atributo más valorable que la enfermería puede ofrecer.

Desarrolló sus ideas de los datos sobre las conductas del cuidado, exponiendo las analogías y las diferencias en las descripciones de los cuidados de las enfermeras y los clientes.

Su teoría se basa en suposiciones acerca de la ciencia del cuidado y la presencia de los Factores de Cuidado (componentes estructurales de la ciencia del cuidado)²⁰

La ciencia del cuidado se basa en siete suposiciones acerca del cuidado y son:

- El cuidado puede ser demostrado de manera efectiva y practicado de forma interdisciplinar.
- En el cuidado consta de factores de cuidados que pueden satisfacer las necesidades humanas.
- El cuidado efectivo promueve la salud y el crecimiento del individuo y la familia.

²⁰ Marriner, Raile, "Modelos y teorías de enfermería" 4ta.ed. Madrid, Editorial Harcourt; 1998.
Hart lidia "El modelo de introspección, cuidados, curación" Editorial Manual Moderno; 1999.

- El cuidado responde aceptando a una persona como es y lo que parece, además de lo que podría llegar a ser.
- Un entorno con cuidados ofrece el desarrollo de potencia mientras permite a una persona elegir la mejor acción en un momento concreto.
- El cuidado es igual de importante que la curación; la práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico con el conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ayudar a aquellos que estén enfermos; la ciencia del cuidado y la ciencia de la curación están relacionadas entre sí y no se excluyen la una a la otra.
- La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería; el cuidado conlleva una responsabilidad de la enfermera respecto al problema del cliente; la enfermera y el cliente colaboran para ayudar al cliente a que obtengan control, conocimientos y salud.

Para el Instituto Superior de Investigación para la Calidad Sanitaria (ISICS) nos dice que el concepto “cuidado” está caracterizado por su enfoque holístico en el que se engloban los aspectos biológicos, sociales, psicológicos, culturales y espirituales, que se sustenta en la interacción y la transformación. El cuidado enfermero está sustentado en el conocimiento científico.

Abascal Ramos (2001) en Enfermería en el Tercer Milenio: Fin de la ética del Sacrificio (Colombia) realiza una abundante consulta bibliográfica sobre cuál es la misión de la enfermería, en lo referente a su ejercicio y al concepto de cuidado, se han identificado: Cuidado como: trato humano (un modo humano de ser) al que se le incorporan conocimientos y habilidades ; cuidado como imperativo ético y moral (compromiso personal de mantener la dignidad e integridad de las personas); cuidado como afecto (implicación emocional; empatía, intimidad); cuidado como atención biológica (búsqueda de resultados fisiológicos como indicadores de cuidados) y por último, cuidado como acción terapéutica en el que el paciente percibe sus necesidades y demanda el tipo de cuidado que precisa; la enfermería como profesión ofrece acciones encaminadas a satisfacer dichas necesidades”

Como podemos concluir la base de la profesión de enfermería es el cuidado, que se proporciona al individuo, la familia o la sociedad, teniendo como objetivo una práctica de salud más humana más integral, haciendo necesario que los nuevos profesionales en enfermería integren los conocimientos sobre el cuidado, con los comportamientos éticos que deben de acompañar la práctica profesional.²¹

²¹ Marriner, Raile, “Modelos y teorías de enfermería” 4ta.ed. Madrid, Editorial Harcourt; 1998.
Hart lidia “El modelo de introspección, cuidados, curación” Editorial Manual Moderno; 1999.

2.3 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

2.3.1 Antecedentes históricos.

Antes de que se desarrollara el proceso de enfermería, las enfermeras tenían tendencia a prestar la asistencia basándose en las órdenes redactadas por los médicos y que se centraban en los procesos patológicos específicos más que en la persona que estaba siendo asistida. El cuidado de enfermería que se prestaba con independencia del médico se guiaba frecuentemente por la intuición y la experiencia más que por un método científico.

El término proceso de enfermería y el método de trabajo que implica son relativamente nuevos, en 1955, May creó el término y Jonson (1959) Orlando (1961) fueron de las primeras que lo utilizaron para referirse a una serie de fases, que describen el proceso de enfermería. Desde entonces varias enfermeras han descrito el proceso de enfermería y han organizado las fases de distinta manera, el proceso antes descrito con sus cinco fases es aceptado en la actualidad por la mayoría de los expertos, el uso del proceso de enfermería en la práctica clínica adquirió más legitimidad en 1973 cuando la American Nurses Association publicó la *Standard of Nursing practice* que describen las cinco fases del proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. La mayoría de los estados han revisado desde entonces sus leyes sobre el ejercicio de la enfermería para reflejar estos aspectos de la misma.

El término PAE (proceso atención de enfermería) es relativamente nuevo, ya que fue Hall su creadora en el año de 1955. Desde entonces, se ha descrito de diferentes modos.

Para Wiedenbach (1963) el proceso consta de tres partes: Observación, prestación de ayuda y validación. Más tarde Knowles (1967) sugirió cinco fases para la práctica de enfermería: Descubrir, Investigar, Decidir, Hacer y Distinguir.

En 1967, la Western Interstate Commission on Higher Education (WICHE), describió cinco fases: percepción, comunicación, interpretación, actuación y evaluación. La WICHE definió el proceso como “La interrelación de un cliente con una enfermera en un momento dado, que incorpora la conducta del paciente y de la enfermera y la interacción resultante”.

También en 1967, la facultad de enfermería de la Catholic University of America propuso cuatro componentes para el PAE: Valoración, Planificación, ejecución y Evaluación.²²

²² Kozier, Barbara, “Enfermería Fundamental” 4ta. Ed. Editorial Interamericana McGraw- Hill;1993.

En 1973, la American Nurses' Association (ANA), publicó los criterios de la práctica de enfermería siguiendo las fases del proceso. A partir de aquí, en varios estados se revisaron las historias de enfermería para considerar estos aspectos. Como el proceso de enfermería se desarrolló de ambas maneras, teórica y clínicamente, el término de enfermería ganó un considerable reconocimiento en la literatura de la enfermería, desarrollado entre los años 1950 y 1960, se aplicó a la identificación de problemas y necesidades del cliente. El término no fue aceptado tan fácilmente, aunque muchos autores de enfermería consideraron el diagnóstico de enfermería como básico para la enfermería profesional.

Aproximadamente una década más tarde, Bloch definió los términos que fueron cruciales en enfermería, y encontró que el término diagnóstico, todavía era bastante controvertido.

En 1973, Gebbie y Lavin en St. Louis University School of Nursing ayudaron a organizar la primera conferencia sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería. Los participantes de esta conferencia definieron el diagnóstico de enfermería como la "Conclusión o juicio que tiene lugar como resultado de la valoración de enfermería". Dichas conferencias se celebraron cada dos años ganando apoyo e interés y en 1982, el grupo de conferencia acepta el nombre de Northon American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

En 1980, la ANA declaró que "la enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud actuales y potenciales".

EN 1982, EL Nacional Council of State Boards of Nursing, definió y describió las cinco fases del PE en términos propios de enfermería: Valoración, Análisis, Planificación, Ejecución y Evaluación.

2.3.2 CONCEPTO DE PAE.

Un proceso es una serie de actuaciones o medidas planificadas dirigidas a obtener un resultado u objetivo particular. El proceso de la enfermería es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería, su finalidad es reconocer el estado de salud de un cliente y los problemas o las necesidades reales o potenciales del mismo, organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas y llevar a cabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades, el proceso de la enfermería es cíclico, es decir sus elementos integrantes siguen un orden lógico pero en cualquier momento pueden intervenir más de uno de ellos.²³

El proceso de enfermería proporciona un método para que las enfermeras utilicen sus conocimientos teóricos y prácticos y para prestar sus servicios a los seres

²³ Kozier, Barbara, "Enfermería Fundamental" 4ta. Ed. Editorial Interamericana Mcgraw- Hill; 1993.

humanos a si como para ayudar a los clientes a satisfacer sus necesidades de salud, el proceso de enfermería se caracteriza por unas propiedades exclusivas que le permiten responder a los cambios que sufre el estado de salud del cliente, así el proceso de enfermería es cíclico y dinámico más que estático.

Se centra en el cliente, la enfermera organiza un plan de cuidados según los problemas, en la fase de valoración la enfermera recoge los datos para conocer los hábitos y necesidades del cliente esto le permite incorporar los hábitos al plan de cuidados lo más posible. El proceso de enfermería es interpersonal y de colaboración para asegurar una prestación de cuidados de calidad la enfermera debe compartir con el cliente las inquietudes y problemas a si como participar en la evaluación continua del plan, esto depende de que exista una comunicación abierta y eficaz y una compenetración entre el cliente y la enfermera, para llevar a cabo el proceso atención de enfermería de manera eficaz y plantearse individualmente las necesidades especiales del cliente, la enfermera debe colaborar con cada individuo, familia, grupo o comunidad, otra característica es su universalidad, se puede aplicar a clientes de cualquier edad y en cualquier momento del continuo salud-enfermedad. El proceso de enfermería se dirige hacia las respuestas de un cliente a las enfermedades y demás alteraciones de salud, utilizan diversas técnicas de relación interpersonal e intelectuales para aplicar el proceso de enfermería, las capacidades interpersonales consisten en transmitir la información; escuchar, hacer que coincidan el interés, los sentimientos, los conocimientos, la información, inspirar confianza y obtener los datos de tal manera que respete la dignidad del cliente.

Las habilidades técnicas comprenden el empleo del equipo y la ejecución de las técnicas, las aptitudes intelectuales consisten en analizar, resolver problemas, pensar con espíritu crítico y emitir juicios de enfermería.

Tomar decisiones influye en todos los elementos del proceso de enfermería, las enfermeras deben ser creativas al utilizar el proceso de enfermería, pueden utilizar sus conocimientos teóricos y prácticos para atender a los clientes.

Ventajas de proceso de enfermería.

El proceso de enfermería beneficia a los clientes mejorando la calidad de los cuidados que reciben, un alto nivel de participación del cliente, junto a una evolución continua aseguran el nivel adecuado de calidad de los cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades del cliente, debido a que el proceso de enfermería proporciona unos métodos organizados y sistemáticos, las enfermeras pueden emplear tiempo y los recursos con eficiencia, en beneficio propio de sus clientes.²⁴

²⁴ Kozier, Barbara, "Enfermería Fundamental" 4ta. Ed. Editorial Interamericana Mcgraw- Hill; 1993.

Las enfermeras tienen la ventaja de saber que están prestando cuidados que satisfacen las necesidades de los pacientes con la plena seguridad de su quehacer profesional.

2.3.3 objetivos.

- Identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente.
- Establecer planes para resolver las necesidades identificadas y actuar de forma específica.
- Acelera el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales reduciendo la incidencia de las estancias hospitalarias.

2.3.4 VALORACIÓN.

a) concepto

La valoración consiste en recoger, organizar, ponderar y registrar los datos sobre el estado de salud de un cliente, estos datos se obtienen de diversas fuentes y sirven de base para las actuaciones y decisiones que se toman en fases posteriores.

b) Objetivo:

- Crear una base de datos sobre las respuestas del cliente relativas a la salud o la enfermedad y las posibilidades de controlar necesidades de salud.

c) Métodos de valoración

Recolección de datos: tipos de datos.

1. Objetivos (Signos): son aquellos que se pueden observar o verificar mediante criterios establecidos a través de los sentidos, por ejemplo la coloración de la piel etc.
2. Subjetivos (Síntomas): solo son evidentes para la persona afectada, únicamente ella puede describirlos y verificarlos por ejemplo, el dolor, prurito o la preocupación.

Observación: consiste en recoger información a través de los cinco sentidos, aunque es más utilizada la vista, todos los sentidos se implican en una observación cuidadosa dentro de esta se implican dos aspectos.²⁵

- Reconocer los estímulos.
- Seleccionar, organizar e interpretar los datos.

²⁵ Murray, Mary, Ellen “Proceso Atención de Enfermería” Ed. McGraw-Hill, Interamericana 5ta. Edición; 1996.

La observación es una técnica consistente e intencionada que se desarrolla a través del esfuerzo y de un enfoque organizado. Por consiguiente, la observación implica discriminar entre estímulos.

Entrevista: es una comunicación planificada o una conversación con una finalidad, sus posibles objetivos son recoger datos, dar información identificar problemas o preocupaciones mutuas, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo y aconsejar o realizar una terapia. La entrevista puede ser como un proceso que aplica en la mayoría de las fases el proceso de enfermería, existen dos planteamientos en la entrevista:

Dirigible o Directa: es muy estructurada y obtiene una información específica. La enfermera establece el propósito de la entrevista y la controla por lo menos en principio, preguntando cuestiones cerradas que reclaman un número de datos específicos. Las entrevistas directas son, a menudo, utilizadas para recoger y dar información en un tiempo determinado.

No Dirigible: la enfermera permite al cliente controlar el propósito, asunto del tema y llevar el paso. Se utiliza para ver el problema, aconsejar y valorar la realización.

Normalmente una combinación de planteamientos dirigibles y no dirigibles se apropia durante la entrevista para recoger la información. Las metas de la entrevista para recoger la información son recolectar los datos y dar a conocer el informe.

d) Fuentes de información.

1. Directa: la persona usuaria de los servicios de enfermería es la fuente primaria de información.
2. Indirecta: familiares, amigos, otros profesionales, expediente clínico, bibliografía.

e) Técnicas.

1. observación.
 2. entrevista.
- Exploración física.

f) Instrumentos.

1. instrumento de valoración de necesidades de un adulto mayor.²⁶

²⁶ Kozier, Barbara, "Enfermería Fundamental" 4ta. Ed. Editorial Interamericana Mcgraw- Hill; 1993. Murray, Mary, Ellen "Proceso Atención de Enfermería" Ed. McGraw-Hill, Interamericana 5ta. Edición; 1996.

2.3.5 DIAGNÓSTICO.

a) Concepto.

El diagnóstico es un proceso cuyo resultado es formular o hacer un diagnóstico de enfermería, en esta fase la enfermera ordena, reúne y analiza los datos y pregunta ¿Cuáles son los problemas de salud reales o potenciales del cliente que exigen la ayuda de la enfermera? Y ¿Qué factores contribuyeron a este problema? Al responder estas preguntas se obtienen los diagnósticos enfermeros.

b) Objetivo.

- Conocer las capacidades del cliente, los problemas de salud que puedan evitarse o resolverse con intervenciones propias de enfermería o colaborando con otros.
- Elaborar un listado de diagnósticos de enfermería y de los problemas de colaboración.

c) Formato PES.

Formato de los diagnósticos de enfermería, existen tres componentes esenciales de los planteamientos diagnósticos de la enfermería denominado formatos PES.

1. **P.** se refiere al título o etiqueta de categoría diagnóstica, es una descripción del problema de salud actual o potencial de la persona, familia o comunidad.
2. **E.** causa o etiología del problema o de los factores contribuyentes. Identifica uno a más de las causas probables del problema de salud y da una dirección al tratamiento de enfermería, puede incluir las conductas del usuario, los factores del entorno o ambos.
3. **S.** se refiere a las características de los grupos de signos o síntomas o la forma en como se está haciendo evidente el problema. **“en relación”, “manifestado por”**.

d) Etiquetas diagnósticas de la NANDA.

Etiqueta diagnóstica o nombre: Consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema.

Por ejemplo: “Alteración en el mantenimiento de la salud” o “impotencia”.

Etiquetas diagnósticas:

- * Diagnóstico de Enfermería NANDA
- * Intervenciones de Enfermería NIC
- * Clasificación de Resultados en Enfermería NOC

PATRÓN 1: INTERCAMBIO

- 1.1.2.1 Alteración de la nutrición: por exceso.
- 1.1.2.2 Alteración de la nutrición: por defecto.
- 1.1.2.3 Riesgo de alteración de la nutrición: por exceso.

- 1.2.1.1 Riesgo de infección.
- 1.2.2.1 Riesgo de alteración de la temperatura corporal.
- 1.2.2.2 Hipotermia.
- 1.2.2.3 Hipertermia.
- 1.2.2.4 Termorregulación ineficaz.
- 1.2.3.1 Disreflexia.
- 1.2.3.2 Riesgo de disreflexia autónoma.

- 1.3.1.1 Estreñimiento.
 - 1.3.1.1.1 Estreñimiento subjetivo.
 - 1.3.1.1.2 Estreñimiento crónico.
- 1.3.1.2 Diarrea.
- 1.3.1.3 Incontinencia fecal.
- 1.3.1.4 Riesgo de estreñimiento.
- 1.3.2 Alteración de la eliminación urinaria.
 - 1.3.2.1.1 Incontinencia urinaria: de esfuerzo.
 - 1.3.2.1.2 Incontinencia urinaria: refleja.
 - 1.3.2.1.3 Incontinencia urinaria: de urgencia.
 - 1.3.2.1.4 Incontinencia urinaria: funcional.
 - 1.3.2.1.5 Incontinencia urinaria: total.
 - 1.3.2.1.6 Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia.
- 1.3.2.2 Retención urinaria.

- 1.4.1.1 Alteración de la perfusión tisular (especificar) (renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica).
- 1.4.1.2 Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos.
 - 1.4.1.2.1 Exceso de volumen de líquidos.
 - 1.4.1.2.2 Déficit de volumen de líquidos.
 - 1.4.1.2.2.1 Riesgo de déficit de volumen de líquidos.
- 1.4.2.1 Disminución del gasto cardíaco.

- 1.5.1.1 Deterioro del intercambio gaseoso.
- 1.5.1.2 Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- 1.5.1.3 Patrón respiratorio ineficaz.
 - 1.5.1.3.1 Dificultad para mantener la ventilación espontánea.
 - 1.5.1.3.2 Respuesta disfuncional al destete del respirador.

- 1.6.1 Riesgo de lesión.
 - 1.6.1.1 Riesgo de asfixia.
 - 1.6.1.2 Riesgo de intoxicación.
 - 1.6.1.3 Riesgo de traumatismo.
 - 1.6.1.4 Riesgo de aspiración.
 - 1.6.1.5 Riesgo de síndrome de desuso.
 - 1.6.1.6 Respuesta alérgica al látex.
 - 1.6.1.7 Riesgo de respuesta alérgica al látex.
- 1.6.2 Alteración de la protección.
 - 1.6.2.1 Deterioro de la integridad tisular.
 - 1.6.2.1.1 Alteración de la membrana mucosa oral.
 - 1.6.2.1.2.1 Deterioro de la integridad cutánea.
 - 1.6.2.1.2.2 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
 - 1.6.2.1.3 Alteración de la dentición.
- 1.7.1 Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal.
- 1.8 Alteración del campo energético.

PATRÓN 2: COMUNICACIÓN.

- 2.1.1.1 Trastorno de la comunicación verbal.

PATRÓN 3: RELACIONES

- 3.1.1 Deterioro de la Interacción social.
- 3.1.2 Aislamiento social.
- 3.1.3 Riesgo de soledad.
- 3.2.1 Alteración en el desempeño del rol.
 - 3.2.1.1.1 Alteración parental.
 - 3.2.1.1.2 Riesgo de alteración parental.
 - 3.2.1.1.2.1 Riesgo de alteración del apego parental lactante/niño.
 - 3.2.1.2.1 Disfunción sexual.
- 3.2.2 Alteración de los procesos familiares.
 - 3.2.2.1 Sobreesfuerzo en el rol de cuidador.
 - 3.2.2.2 Riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador.
 - 3.2.2.3.1 Alteración de los procesos familiares: Alcoholismo.
 - 3.2.3.1 Conflicto del rol parental.
- 3.3 Alteración de los patrones de sexualidad

PATRÓN 4: VALORES

- 4.1.1 Sufrimiento espiritual.
- 4.1.2 Riesgo de sufrimiento espiritual.

4.2 Potencial de mejora del bienestar espiritual.

PATRÓN 5: ELECCIÓN

- 5.1.1.1 Afrontamiento individual: ineficaz.
 - 5.1.1.1.1 Trastorno de la adaptación.
 - 5.1.1.1.2 Afrontamiento defensivo.
 - 5.1.1.1.3 Negación ineficaz.
- 5.1.2.1 Afrontamiento familiar ineficaz: incapacítate.
 - 5.1.2.1.2 Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido.
- 5.1.2.2 Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo.
- 5.1.3.1 Potencial de mejora del afrontamiento comunitario.
- 5.1.3.2 Afrontamiento comunitario ineficaz.

- 5.2.1 Manejo ineficaz del régimen terapéutico : Personal.
 - 5.2.1.1 No seguimiento del tratamiento (especificar).
- 5.2.2 Manejo ineficaz del régimen terapéutico: Familiar.
- 5.2.3 Manejo ineficaz del régimen terapéutico: de la comunidad.
- 5.2.4 Manejo eficaz del régimen terapéutico: Personal.

- 5.3.1.1 Conflicto en la toma de decisiones (especificar).

- 5.4 Conductas generadoras de salud (especificar).

PATRÓN 6: MOVIMIENTO

- 6.1.1.1 Trastorno de la movilidad física.
 - 6.1.1.1.1 Riesgo de disfunción neurovascular periférica.
 - 6.1.1.1.2 Riesgo de lesión perioperatoria.
 - 6.1.1.1.3 Dificultad para caminar.
 - 6.1.1.1.4 Dificultad para manejar la silla de ruedas.
 - 6.1.1.1.5 Dificultad en la habilidad para trasladarse desde la silla de ruedas.
 - 6.1.1.1.6 Dificultad para moverse en la cama.
- 6.1.1.2 Intolerancia a la actividad.
 - 6.1.1.2.1 Fatiga 6.1.1.3 Riesgo de intolerancia a la actividad.

- 6.2.1 Alteración del patrón del sueño.
 - 6.2.1.1 Deprivación del sueño.

- 6.3.1.1 Déficit de actividades recreativas.

- 6.4.1.1 Dificultades para el mantenimiento del hogar.
- 6.4.2 Alteración en el mantenimiento de la salud.
 - 6.4.2.1 Retraso en la recuperación quirúrgica.
 - 6.4.2.2 Deterioro de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo.

- 6.5.1 Déficit de autocuidado: alimentación.
 - 6.5.1.1 Deterioro de la deglución.
 - 6.5.1.2 Lactancia materna ineficaz.
 - 6.5.1.2.1 Interrupción de la lactancia materna.
 - 6.5.1.3 Lactancia materna eficaz.
 - 6.5.1.4 Patrón de alimentación ineficaz del lactante.
- 6.5.2 Déficit de autocuidado: baño/higiene.
- 6.5.3 Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.
- 6.5.4 Déficit de autocuidado: uso del orinal/váter.

6.6 Alteración del crecimiento y desarrollo.

- 6.6.1 Riesgo de alteración del desarrollo.
- 6.6.2 Riesgo de alteración del crecimiento.

6.7 Síndrome de estrés por traslado.

- 6.8.1 Riesgo de conducta desorganizada del lactante.
- 6.8.2 Conducta desorganizada del lactante.
- 6.8.3 Potencial de mejora de la organización de la conducta del lactante.

PATRÓN 7: PERCEPCIÓN

- 7.1.1 Trastorno de la imagen corporal.
- 7.1.2 Trastorno de la autoestima.
 - 7.1.2.1 Baja autoestima: crónica
 - 7.1.2.2 Baja autoestima: situacional.
- 7.1.3 Trastorno de la identidad personal.

7.2 Alteraciones senso-perceptivas, (especificar) (visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias).

- 7.2.1.1 Desatención unilateral.

7.3.1 Desesperanza.

- 7.3.2 Impotencia.

PATRÓN 8: CONOCIMIENTO

8.1.1 Déficit de conocimientos, (especificar)

8.2.1 Síndrome de interpretación alterada del entorno.

8.2.2 Confusión aguda.

8.2.3 Confusión crónica.²⁷

8.3 Alteración de los procesos de pensamiento.

8.3.1 Trastorno de memoria.

²⁷ Griffith Janet W “Proceso Atención de Enfermería” 2da ed. Editorial Manual Moderno; 1993.

PATRÓN 9: SENSACIONES

9.1.1 Dolor.

9.1.1.1 Dolor crónico.

9.1.2 Náuseas.

9.2.1.1 Duelo disfuncional.

9.2.1.2 Duelo anticipado.

9.2.1.3 Aflicción crónica.

9.2.2 Riesgo de violencia dirigida a otros.

9.2.2.1 Riesgo de automutilación.

9.2.2.2 Riesgo de violencia autodirigida.

9.2.3 Síndrome post-traumático.

9.2.3.1 Síndrome traumático de violación.

9.2.3.1.1 Síndrome traumático de violación: reacción compuesta.

9.2.3.1.2 Síndrome traumático de violación: reacción silente.

9.2.4 Riesgo de síndrome postraumático.

9.3.1 Ansiedad.

9.3.1.1 Ansiedad ante la muerte.

9.3.2 Temor.

2.3.6 PLANEACIÓN

a) concepto.

Comprende una serie de pasos con los que la enfermera y el paciente sientan prioridades y los objetivos o resultados previstos para resolver o minimizar los problemas detectados en el paciente. Colaborando con este, la enfermera toma determinadas medidas según cada diagnóstico de enfermería, el resultado final de la de la fase de planificación es la redacción de un plan de cuidados que se emplea para coordinar la asistencia prestada por todos los miembros del equipo.²⁸

b) Objetivo.

- Elaborar un plan de cuidados individualizado que especifique los resultados/objetivos esperados del cliente y las intervenciones propias de enfermería.

c) Tipo de intervenciones

Existen varias categorías generales de intervenciones de enfermería. Una combinación de acciones de varios grupos distintos es a menudo el plan más eficaz. Estos agrupamientos de intervención de enfermería incluyen:

²⁸ Griffith Janet W “Proceso Atención de Enfermería” 2da ed. Editorial Manual Moderno; 1993.

1. Manejo del entorno. este aspecto de la atención implica el establecimiento de un ambiente terapéutico seguro. Un ambiente ruidoso, hacinado o desolado no es la mejor atmósfera para promover el reposo y la repercusión de la salud. El paciente y sus familiares pueden sentirse a disgusto en un ambiente de atención a la salud en el que nadie se encarga del manejo ambiental.
2. Intervenciones iniciadas y ordenadas por el médico. Con base en el diagnóstico médico, el facultativo escribirá en el expediente órdenes para efectuar valoraciones, programar cuevas y aplicar en su maleta y aplicar tratamientos
3. Intervenciones iniciadas por las enfermeras y ordenadas por el médico. con base a la valoración del paciente realizada por la enfermera y la identificación de problemas, la enfermera puede solicitarle al médico ayuda.
4. en la terapia. No está autorizada para determinar determinados tratamientos, pero reconoce el momento en el que puedan ser necesarios.
5. Intervenciones iniciadas y ordenadas por la enfermera. Corresponden solamente al campo de acción de la enfermería profesional. La enfermera valora al paciente, hace el diagnóstico de enfermería, selecciona las intervenciones y realiza o delega su realización a otro personal de enfermería.

Dentro de esta categoría se encuentran varias formas de intervenciones de enfermería interdependientes:

- a. Enseñanza en materia de salud.
- b. Asesoría en materia de salud para ayudar a los pacientes a efectuar elecciones informadas.
- c. Remisiones a otras enfermeras u otros profesionales de la salud; transferencia de resúmenes a otras estaciones, hospitales o enfermerías; remisiones de salud pública; remisiones de urgencia de salud en el hogar.
- d. Tratamientos de enfermería específicos para prevenir problemas o aminorar dificultades actuales, como ambulación, cambio de posición en cama, aspiración de moco en vías respiratorias, alimentación, limpieza y colocación de apósitos en la herida, ejercicios de arco de movimiento, nutrición óptima.
- e. Apoyo, comodidad y estímulo.
- f. Valoración al estado del paciente o su reacción a los tratamientos ordenados por enfermeras, médicos u otros profesionales de la salud.
- g. Planeación de alta en relación a cambios en el estilo de vida y en la salud y tratamientos médicos, al tiempo que se establecen prioridades.
- h. Ayuda para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria y minimizar riesgos.²⁹

²⁹ Griffith Janet W “Proceso Atención de Enfermería” 2da ed. Editorial Manual Moderno; 1993.

2.3.7 EJECUCIÓN.

a) Concepto.

Consiste en la puesta en práctica del plan de cuidados de enfermería, durante esa ejecución la enfermera pone en marcha las medidas de enfermería preescritas o delega la atención en otra persona adecuada y establece el valor del plan de enfermería, esta fase termina cuando la enfermera registra los cuidados prestados y las respuestas del cliente.

b) Objetivos.

- Ayudar al cliente a cumplir los objetivos/resultados deseados, promover la salud y el bienestar, prevenir las alteraciones/ enfermedades y ayudarlo a afrontar los problemas de salud.

2.3.8 EVALUACIÓN.

a) Concepto.

Es la valoración de la respuesta del cliente a las intervenciones enfermeras y la comparación ulterior de la respuesta con los criterios que rigen los objetivos o resultados que se redactaron en la fase de planificación, la enfermera señala en que medida se han alcanzado los resultados de los cuidados, el plan de cuidados se debe valorar en esta fase y ello puede producir cambios en cualquiera o en todas las fases anteriores del proceso de enfermería.³⁰

b) Objetivos.

- Determinar la importancia de los objetivos/resultados obtenidos y valorar si se continúa, si se modifica o si se finaliza el plan de cuidados.

³⁰ Murray, Mary, Ellen "Proceso Atención de Enfermería" Ed. McGraw-Hill, Interamericana 5ta. Edición; 1996.

Griffith Janet W "Proceso Atención de Enfermería" 2da ED. Editorial Manual Moderno; 1993.

2.4 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

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 la 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 intento definir la aportación específica de enfermería al cuidado de la salud.

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrollo una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996, 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.

Este es un trabajo de tipo documental donde se realiza una breve reseña de su biografía y su teoría de enfermería, la cual se basa en los catorce

Componentes de enfermería, es decir, en las catorce necesidades básicas del ser humano.³¹

2.4.1 ANTECEDENTES

VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)

³¹ García G, María de Jesús "El Proceso de Enfermería y el Modelo Conceptual de Virginia Henderson" editorial Progreso; 1997.

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 York.
- 1922 inicia su carrera como docente.
- 1926 ingresa al Teachers College 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 al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en 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 Harmer 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.
- 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- 1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.
- 1953 hasta 1958 trabajo en el proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una encuesta nacional sobre la investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- 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 Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de Estados Unidos, fue elegida miembro honorario 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.
- 1988, en la convención de la 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.

2.4.2 INFLUENCIAS TEORICAS

Se consideran tres los factores que condujeron a Virginia Henderson a definir la enfermería el primero de ellos fue al revisar el texto escrito por Bertha Harmer, el segundo factor fue por la participación en el Teacher's College que se dedicaba a la revisión del Curriculum Guide en 1937, y como tercer factor su propio interés por definir las funciones de la enfermería.

Virginia Henderson durante su formación se relaciono con diferentes profesionistas que también se desempeñaban en el área de la salud, con ello le permitió ir conceptualizando o definiendo la práctica de la enfermería más que una teoría, gracias a las influencias de:

Annie Warburton Goodrich fundadora de la Army School of Nursing de Washington DC y posteriormente decana fundadora de la Yale University School of Nursing. Ella ejerció una profunda influencia sobre Virginia Henderson ya exaltaba sus reflexiones, percibía que el rol de enfermera era muy importante y que la enfermería requería de toda una vida de estudio.

Caroline Stackpole profesora de anatomía, fisiología y filosofía en el Teacher's College de la Universidad de Columbia, en la ciudad de Nueva York. Ella influyo en Virginia Henderson en darle la debida importancia de mantener el equilibrio fisiológico.³²

³² García G. Ma. de Jesús "El proceso de Enfermería y el modelo conceptual de Virginia Henderson" Editorial Progreso; 1997.

Jean Broadhurst profesora de microbiología en el Teacher's College. Aquí Virginia Henderson aprendió la gran importancia de la higiene y la asepsia.

Dr. Edward Thorndike psicólogo en el Teacher's College e investigador de las necesidades básicas de los seres humanos. Con ello Virginia Henderson definió a la enfermedad como algo más que un estado patológico y rescato la importancia que Thorndike le daba a las necesidades básicas del ser humano las cuales no eran atendidas dentro del hospital, cuando el atenderlas tiene que ver con la esencia de la enfermería.

Dr. George Deaver médico en el Institute for the Crippled and Disabled y posteriormente en el Bellevue Hospital. De aquí Virginia Henderson observa como principal objetivo que al rehabilitar se logra la independencia del paciente.

Bertha Harmer enfermera de origen canadiense, autora original del Textbook of the Principles and Practice of Nursing y quien compartía la misma idea que Virginia Henderson a cerca de la visión de enfermería y que esta nace y se da de acuerdo a las necesidades del hombre.

Ida Orlando enfermera psiquiátrica americana y quien desarrollo un trabajo innovador en enfermería psiquiátrica en la Universidad de Yale y descrito en el libro The Dynamic Nurse-Patient Conflict publicado por Putnam, considerándose el origen del proceso de enfermería a dicho trabajo.

Ida Orlando desarrollo un programa genérico donde se aprendió a practicar la enfermería atendiendo el área psíquica y el área emocional así como se le da la importancia a lo físico.

Dentro de las influencias existieron otras personas que no tuvieron tanta relevancia, tal es el caso del Mayor Muscovitch médico del hospital Mount Sinai, otra fue Isabel Stewart una enfermera canadiense jefa del departamento de enfermería, por mencionar algunos.

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

2.4.3 PRINCIPIOS O FUNDAMENTOS-SUPUESTOS.

Desde el punto de vista de Virginia Henderson el movimiento de las teorías, modelos y conceptos no era algo innovador. Desde sus orígenes la enfermería era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, y no como ciencia, el conocimiento científico apareció con la primera teoría de enfermería, como referencia se tenía a la primera que nació con Florence Nightingale y que a partir de allí nacieron nuevos modelos con los cuales aportaban la filosofía de entender la enfermería y el cuidado, por ello Virginia Henderson formando parte del Teacher's College que se dedicaba a la revisión del Curriculum Guide en 1937, trata de definir la enfermería.

Así a través de diversos estudios Virginia Henderson considero que era fundamental adaptar el cuidado de enfermería de acuerdo a las necesidades del paciente, interpretando y valorando, las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, así también la enfermera puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad, y pensar en todos los aspectos de su vida, tener en cuenta que es un ser biopsicosocial. Considero que 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,

El papel que desempeña la enfermera en el paciente puede ser más eficiente comparando por ejemplo, el tiempo que esta dedica al paciente en relación a la del mismo médico, sin embargo afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería.

Explicaba la importancia de la independencia de enfermería con respecto a otras ramas dentro del área de la salud. Sin embargo pensaba en la separación que había entre médico y enfermera, puesto que si los dos perseguían un mismo fin, no debía suceder esto porque el más afectado era el paciente.

El modelo de Virginia Henderson se centro y partió de las necesidades humanas como núcleo para la acción de enfermería y fue clasificado por las teóricas, en el grupo de La Enfermería Humanística, por considerar a la Profesión de Enfermería como una ciencia y un arte.³³

Virginia Henderson afirma que la enfermera obtendrá una gratificación inmediata al ver los progresos del paciente para lograr su independencia.” La enfermera debe hacer un esfuerzo por entender al paciente” y afirma con énfasis “la enfermera ha de meterse en su piel “a fin de comprenderlo.

³³ Pacheco Arce “Fundamentación Teórica para el Cuidado” Antología. ENEO. División de Educación Continua y Desarrollo Profesional, México; 2005.

SUPUESTOS

“Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud”.

“Cada individuo es una totalidad compleja, (un ser bio-psico-social) que requiere satisfacer necesidades fundamentales”. La jerarquía de necesidades de Abraham Maslow ubica las necesidades biológicas en un primer plano y afirma que el individuo debe satisfacer en primer término éstas, para poder acceder a las demás áreas.

“Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente”. Esto implica que el individuo tenga los conocimientos, la fuerza y la voluntad elementos necesarios para ejecutar las acciones que se requieren para conservar o recuperar la salud.

ENFERMERIA

“La enfermera tiene una función propia, aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales”. La enfermera que orienta su práctica según las directrices de un modelo conceptual, tendrá una identidad profesional más concreta.³⁴

“Cuando la enfermera desempeña el papel de médico, delega su función primaria en personal preparado de forma inadecuada”. La enfermera que no tiene claro su propio papel, lo cederá con facilidad a algún otro proveedor de cuidados, que puede no tener los conocimientos requeridos.

“La sociedad busca y espera este servicio, de la enfermería y ningún otro trabajador es tan capaz de ofrecerlo como la enfermera”. La enfermera debe su existencia al hecho de que satisface una necesidad de la sociedad, al igual que cualquier otra profesión de servicios.

Una enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiera.

Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.

PERSONA

El paciente debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. Porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

La persona es capaz de aprender durante toda su vida.

³⁴ Pacheco Arce “Fundamentación Teórica para el Cuidado” Antología. ENEO. División de Educación Continua y Desarrollo Profesional, México; 2005.

El paciente requiere de ayuda para conseguir su independencia. Sus necesidades están incluidas en los catorce componentes de enfermería.
El paciente y su familia conforman una unidad.

SALUD

La considera un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Por lo tanto enfermedad es un estado de dependencia e interdependencia motivada por la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades.

La salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo, (salud es la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las catorce necesidades).

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

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

ENTORNO

El medio ambiente en que el individuo desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede inferir en tal capacidad, por lo tanto las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.

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

Virginia Henderson identifica tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente.³⁵

1. La enfermera como sustituto del paciente,
2. La enfermera como ayuda del paciente,
3. La enfermera como compañera y orientadora del paciente.

³⁵ García G. Ma. de Jesús “El proceso de Enfermería y el modelo conceptual de Virginia Henderson” Editorial Progreso; 1997.
Pacheco Arce “Fundamentación Teórica para el Cuidado” Antología. ENEO. División de Educación Continua y Desarrollo Profesional, México; 2005.

En estado de enfermedad grave, la enfermera puede considerarse como un sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse “completo” o “independiente”.

Como ayuda del paciente, la enfermera da apoyo al paciente para recuperar su independencia. Como compañera y orientadora, la enfermera imparte educación sobre la salud, al paciente y familia, junto con el paciente y la familia, formulan juntos el plan de cuidados, lo ejecutan y evalúan.

Para Virginia Henderson “La enfermera es temporalmente, la conciencia del inconsciente, la pierna del amputado, un medio de locomoción para el niño, conocimiento y seguridad para la madre joven”.

2.4.4 PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definatoria 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 más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está 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 es denominada por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican 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 contribuya a su salud o recuperación (o una muerte 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 afectan a la vida y al desarrollo de un individuo.

Persona (paciente)

Es un individuo que 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.

a) Independencia.

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

b) Dependencia.

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

c) Rol de enfermería.

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 "éste es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación".

d) Causas de dificultad.

Las causas de dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

1. *Falta de fuerza*: Interpretamos por fuerza, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, si no también la capacidad del individuo para llevar a término 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 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 a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

2.4.5 LAS 14 NECESIDADES.

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

2.5 Proceso Atención de Enfermería y el Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

El reconocimiento de la enfermería como disciplina profesional, como ciencia y arte de los cuidados, se ha conseguido gracias a los esfuerzos realizados para definir un cuerpo exclusivo de conocimientos científicos que sustente y guíe su práctica.³⁶

Modelo conceptual.

El modelo conceptual es el conocimiento usado para la práctica, mientras que el proceso es el método usado para aplicar el modelo; el modelo es el contenido; el proceso es la forma de usar este contenido. Es una guía para la práctica de enfermería, además de que, clarifica la meta de nuestra profesión y da pautas para la educación y la investigación.

³⁶ García G. Ma. de Jesús "El proceso de Enfermería y el modelo conceptual de Virginia Henderson" Editorial Progreso; 1997.

Pacheco Arce "Fundamentación Teórica para el Cuidado" Antología. ENEO. División de Educación Continua y Desarrollo Profesional, México; 2005.

La integración de un Modelo Conceptual de Enfermería y del Proceso de Enfermería constituye la base para la práctica profesional, ya que no puede funcionar el uno sin el otro.

Modelos de Enfermería y Proceso de Enfermería.

El modelo conceptual de Virginia Henderson, se sustenta en las necesidades básicas del ser humano.

Objetivos:

- Conocer y poner en práctica un modelo que oriente la práctica de enfermería, para dar una atención integral.
- Conocer las cinco etapas del Proceso Atención de Enfermería
- Aplicar la hoja de valoración para la recolección de datos. Jerarquizar las necesidades de acuerdo al modelo conceptual.
- Formular los diagnósticos de enfermería integrando la taxonomía de la NANDA y el Modelo de Henderson.

2.5.1 VALORACIÓN

Virginia Henderson describe al cliente/usuario como un ser único y total con 14 necesidades básicas, que debe satisfacer por sí mismo para ser independiente; por ello, en esta etapa se valora el grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades, y las causas de la dificultad en la satisfacción de las mismas (fuerza, conocimiento y voluntad)

1.5.2 DIAGNÓSTICO

A esta segunda etapa, o diagnóstico, se llega a través del análisis y síntesis de los datos que permiten la identificación y definición de los problemas.

De acuerdo con Henderson se llega a la definición de los problemas de dependencia relacionándolos con las causas que los originan.

2.5.3 PLANIFICACIÓN

Comprende la determinación de prioridades, el enunciado de los objetivos a alcanzar por el cliente/usuario y las actividades a llevar a cabo por el equipo de enfermería, por el cliente/usuario y por la familia.

De acuerdo con el modelo de Henderson, los objetivos se establecerán en términos de niveles de independencia, de acuerdo con la causa de dificultad identificada, y los modos de intervención irían dirigidos a añadir, aumentar, reemplazar, reforzar, completar y/o sustituir la fuerza, el conocimiento y/o la voluntad.

2.5.4 EJECUCIÓN

En esta etapa se realizan las actividades establecidas en el plan de cuidados.

2.5.5 EVALUACIÓN

En esta etapa, la enfermera evalúa la eficacia de las intervenciones de acuerdo con los objetivos marcados. El modelo de V. Henderson, describe como meta de los cuidados el ayudar al individuo a conseguir su máxima independencia en la satisfacción de las necesidades lo más rápidamente posible, y de acuerdo con sus

propias actividades y recursos; en consecuencia, en esta etapa la enfermera determina si se han mantenido o han aumentado los niveles de independencia a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados.

Aplicación del modelo de Virginia Henderson.

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

1. En las etapas de valoración y diagnóstico, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:
 - El grado de independencia / dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
 - Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
 - La interrelación de unas necesidades con otras.
 - La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.
2. En las etapas de planificación y ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo- siempre que sea posible- en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.
3. finalmente, en la etapa de evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. Evidentemente, esto no significa que nosotras le proporcionemos la independencia, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarlo a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.³⁷

³⁷ Murray, Mary, Ellen “Proceso Atención de Enfermería” Ed. McGraw-Hill, Interamericana 5ta. Edición; 1996.

¿Qué es la diabetes?

Es una enfermedad en la que las personas no pueden utilizar ni procesar la glucosa que se encuentra en su sangre debido a la falta de insulina, la insulina es una hormona producida por el páncreas que procesa el azúcar en el cuerpo para convertirla en energía; la glucosa es un tipo de azúcar, que en la persona con diabetes se va acumulando en la sangre, aumentando su nivel hasta sobrepasar la cantidad normal, lo que puede traer graves consecuencias a futuro si no se controla.

TIPOS DE DIABETES

Hay dos tipos de diabetes: La tipo 1, en la que el cuerpo deja de producir insulina, los pacientes deben de inyectarse insulina diario para poder vivir. El otro tipo de la diabetes es el tipo 2, en la que el cuerpo sí produce insulina, pero no la necesaria para aprovechar el azúcar como es debido, también puede deberse a un insuficiente aprovechamiento de la insulina producida.

¿Cómo se diagnóstica la diabetes?

Se diagnóstica diabetes:

- 1.- Cuando el paciente, en ayunas, tiene la cantidad de azúcar en sangre igual o mayor a 126 mg/dl. En ayunas se define, como no haber ingerido alimentos en por lo menos 8 horas.
- 2.- Cuando el resultado de esta prueba, realizada a cualquier hora del día es igual o mayor a 200 mg/dl, más la presentación de los síntomas de la diabetes.
- 3.- Cuando el resultado a las dos horas, en el examen de tolerancia oral a la glucosa es igual o mayor a 200 mg/dl.

Algunos de los síntomas comunes de la diabetes son muchas sed, orina frecuente y pérdida de peso inexplicable.

¿Quién puede desarrollar la diabetes?

Cualquier persona puede desarrollarla, sin embargo son más propensas aquellas personas que tienen algún familiar cercano con diabetes, el sobre peso, la presión alta, el colesterol alto y la falta de ejercicio, la edad también es otro factor ya que el riesgo de la diabetes aumenta conforme a las personas envejecen.³⁸

³⁸ Dr. Jorge Sánchez González "Revista Diabetes Hoy" Editada y publicada por la Federación Mexicana de Diabetes, A.C.;2005.

Factores de riesgo

- * Edad igual o mayor a 45 años.
- * Historia familiar de diabetes.
- * Falta de ejercicio.
- * Historia previa de diabetes como intolerancia a la glucosa, o con anormalidad de la glucosa en ayunas.
- * Mujeres que han padecido diabetes gestacional, o que han tenido hijos que al nacimiento pesan más de 4 kilos.
- * Hipertensión arterial.
- * Mujeres con síndrome de ovarios poliquísticos.
- * Historia de enfermedad vascular.

Complicaciones de la diabetes.

La diabetes, cuando se mantiene sin control adecuado, evoluciona provocando daño a ciertos órganos específicos.

El principal causante es la hiperglucemia crónica de la diabetes que esta asociada a daño y disfunción de varios órganos especialmente el ojo, riñones, terminaciones nerviosas, corazón y venas.

La Neuropatía es una de las complicaciones tardías de la diabetes mellitus que resulta de la lesión de los pequeños vasos sanguíneos del riñón. La presión alta, es otra complicación de la diabetes que afecta directamente a los riñones y su función.

La diabetes mal controlada puede causar pérdida de la visión e inclusive, ceguera; para prevenir que esto suceda al paciente diabético debe visitar al oftalmólogo para revisar que no existan signos de retinopatía diabética, cataratas y glaucoma.

En los diabéticos la retinopatía es la enfermedad más común y la causa principal de ceguera, se da por el daño de los vasos sanguíneos de la retina que en algunos casos pueden hincharse y dejar “gotear fluido” y en otros pueden crecer nuevos vasos sanguíneos en la superficie de la retina, dando como resultado pérdida de la visión e inclusive ceguera, desgraciadamente la retinopatía no puede evitarse pero se puede reducir el riesgo de desarrollarla haciéndose un examen de dilatación del ojo cada año y manteniendo la diabetes controlada.

Los nervios de los pies son afectados con frecuencia por la neuropatía, lo que impide que el paciente se de cuenta de sus irritaciones o heridas hasta que estas se convierten en úlceras, se estima que alrededor del 15% de las personas con diabetes, presentan úlceras en los pies en algún momento de su vida, y de éstas el 14-24% terminan en amputación.

RECOMENDACIONES

- * Revisarse los pies diariamente.
- * Lavarlos con agua tibia.
- * Usar zapatos suaves, cómodos y de talla apropiada.

- * Cortarse la uñas siguiendo una pequeña curva a lo largo del contorno del dedo y de preferencia se debe limar.
- * Pedirle al médico que revise los pies en cada visita.
- * No caminar descalzo.

La presión alta puede aumentar el riesgo de enfermedad cardíaca y de embolia cerebral. Los síntomas de presión alta puede incluir: visión borrosa, dolor de cabeza y mareos. La mejor forma de prevenir o controlar la presión alta frecuentemente es reducir el consumo de sal, no fumar, hacer ejercicio, evitar el sobrepeso y moderar el consumo de alcohol.

Los problemas en las encías o enfermedad Periodontal se dan cuando la diabetes no está debidamente controlada, provocando infecciones en las encías y en el hueso que sostiene los dientes, debido a un mal flujo sanguíneo y a la proliferación de bacterias en la boca.

¿Se pueden prevenir las complicaciones de la diabetes?

Para minimizar el riesgo de complicaciones, el paciente con diabetes debe:

- * Hacer ejercicio por lo menos 30 minutos al día.
- * Mantener sus niveles de azúcar controlados.
- * No fumar.
- * No olvidar su cita con el médico y nutriólogo.
- * Verificar sus niveles de colesterol.
- * Realizar por lo menos una vez al año el examen de proteínas en orina.
- * Evitar el sobrepeso.
- * Revisar todos los días sus pies.

¿Cómo se trata y maneja la diabetes?

Cada caso es específico, por lo que su médico deberá evaluarlo tomando en cuenta su edad, estado de salud, historial clínico, tipo de diabetes, avance de la enfermedad, estilo de vida, tipo de actividades físicas que realiza, disciplina, objetivos y expectativas sobre su tratamiento.

¿Qué medicamento usar?

Además de una dieta saludable, ejercicio y monitoreo constante, usted deberá tomar algunos medicamentos para mantener sus niveles de glucosa en sangre controlados, los principales medicamentos para tratar la diabetes son los hipoglucemiantes orales y la aplicación de insulina.³⁹

³⁹ Dr. Jorge Sánchez González "Revista Diabetes Hoy" Editada y publicada por la Federación Mexicana de Diabetes, A.C.;2005.

Las pastillas para el control de la diabetes no son insulina, pero le ayudan a controlar el azúcar de su sangre haciendo que su cuerpo produzca más insulina, haciendo que trabaje mejor o retrasando la transformación de los azúcares y almidones que usted come.

Nuestro organismo se basa en equilibrios y hace todo lo posible para recuperar esta armonía o proporción entre sus elementos, tiene que haber un equilibrio entre la glucosa generada por los alimentos que comemos y la insulina que es necesaria para aprovechar esa glucosa, este equilibrio ayudará a que las células tengan la energía suficiente para funcionar.

Cuando tenemos diabetes, no hay insulina o nuestro cuerpo no la utiliza adecuadamente, ingerimos alimentos que se convierten en glucosa, pero ésta no puede entrar a las células por que falta la "llavecita" es decir no hay insulina, entonces la glucosa permanece en la sangre y sus niveles aumentan, el resultado inmediato de este desequilibrio es que no tenemos fuerza para continuar con nuestra jornada, nos sentimos cansados, esto se debe a que a pesar que esta corriendo por nuestra sangre no podemos aprovechar la glucosa. Ante esta situación nuestro organismo activa mecanismos para liberarnos de ese excedente y empezamos a orinar demasiado, a demás nos sentimos con mucha hambre precisamente por que no tenemos el combustible suficiente y con mucha sed debido al proceso de deshidratación que estamos atravesando.

El grave problema es que si mantenemos nuestros niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal durante un tiempo prolongado podemos presentar complicaciones más peligrosas como daño en los riñones, ojos, corazón y nervios, que son complicaciones tardías de la diabetes.

Las personas con diabetes tipo II no producen suficiente insulina o su cuerpo no la utiliza de manera adecuada, su organismo se resiste a la acción de la insulina y la glucosa no entra a las células o lo hace con mucha dificultad.

La insulina es una hormona que producimos naturalmente los seres vivos y si no contamos con suficiente, tenemos que suministrarla de manera externa, la insulina no lesiona los ojos por el contrario los protege del efecto dañino de la hiperglucemia crónica.

Es importante recalcar que el tratamiento con medicamentos por sí solo no es efectivo, pues requiere además un programa de alimentación, ejercicio físico y automonitoreo de glucosa para que brinde los resultados deseados, los elementos par el cuidado de nuestra diabetes no están separados ni funcionan cada uno por su lado, debemos pensar siempre en la alimentación junto con la insulina y viceversa e incorporar otros factores que rigen nuestra vida como el ejercicio, el estrés laboral, la diversión, las emociones y los periodos de enfermedad.⁴⁰

⁴⁰ Dr. Jorge Sánchez González "Revista Diabetes Hoy" Editada y publicada por la Federación Mexicana de Diabetes, A.C.;2005.

Es importante medir la glucosa en sangre en diferentes momentos del día para saber que equilibrio guarda con la insulina ya que la glucosa por arriba de lo normal causa daño progresivo, el cuidado de la diabetes también incluye el control de alteraciones de grasas en sangre, como colesterol o triglicéridos, ácido úrico, peso corporal y presión arterial. No olvidar llevar un diario de control de tus niveles de glucosa a lo largo del día para que puedas observar cómo varían en la mañana, al levantarte, antes y después de las comidas, al hacer ejercicio, en los días de enfermedad a sí como registrar los resultados de tus análisis de laboratorio como glucosa, hemoglobina glucosilada, presión arterial, peso, medidas etc.

CONSEJOS PARA ANTES DE EJERCITARTE

1. Evita aplicar insulina en los músculos que vayan a tener mayor actividad, si vas a correr aplícala en el abdomen ya que en este ejercicio utilizas brazos y piernas.
2. Mide el nivel de glucosa antes y después de hacer ejercicio.
3. No realices ejercicio cuando estés enfermo.
4. Haz un calentamiento de 5 a 10 minutos, después efectúa un ejercicio moderado de 20 a 45 minutos, al finalizar realiza ejercicios de enfriamiento de 5 a 10 minutos.
5. Mantente alerta ante posibles hipoglucemias.
6. Siempre trae contigo dulces o una fuente rápida de glucosa por si llega a presentarse alguna hipoglucemia.
7. Bebe la cantidad adecuada de agua para hidratarte bien.
8. Usa zapatos cómodos y evita ejercicios que lastimen los pies.
9. suspende el ejercicio si experimentas dolor o dificultad para respirar.
10. Consulta a tu médico para un posible plan de ejercicios.

El plan alimentario es la cantidad de alimento que se consume en un día o determinado período para un estado particular de salud o enfermedad y es un componente vital de la alimentación balanceada.

El plan de alimentación si se sigue al pie de la letra ayuda al paciente con diabetes a bajar de peso y a obtener niveles apropiados de glucosa, colesterol y triglicéridos en sangre.⁴¹

La caloría es la unidad con la que se cuantifica la capacidad de un alimento para producir energía y cada persona requiere de un número determinado de éstas para realizar sus actividades diarias, para calcularlas debemos tener en cuenta el peso, talla, nivel de actividad física, necesidades para el crecimiento, metabolismo,

⁴¹ Dr. Jorge Sánchez González “Revista Diabetes Hoy” Editada y publicada por la Federación Mexicana de Diabetes, A.C.;2005.

aspectos psicológicos y estilo de vida en general; una persona joven y activa que tiene un peso normal necesita más calorías que una persona mayor, inactiva o con exceso de peso, recuerda que si ingieres más calorías de las que necesitas para tus actividades éstas se almacenarán en el cuerpo en forma de grasa.

OBJETIVOS DE LA NUTRICIÓN

Es importante recordar que la alimentación en las personas con diabetes es uno de los puntos imprescindibles para lograr el buen control metabólico y reducir con ello el riesgo de presentar complicaciones.

- * Glucosa normal: conservar los niveles de glucosa en sangre lo más cercano al normal (70 a 100 mg/dl).
- * Buenos hábitos: integrar hábitos de alimentación y ejercicio al tratamiento con insulina o antidiabéticos orales.
- * Grasa adecuada: lograr cifras óptimas de lípidos o grasas sanguíneas, colesterol total menor a 200 mg/dl, triglicéridos menores a 150 mg/dl, colesterol LDL menor a 130 mg/dl y colesterol HDL mayor a 35 mg/dl.
- * Peso apropiado: alcanzar y mantener un peso corporal deseable.
- * Con fuerza: aportar la energía necesaria para el crecimiento y el desarrollo.
- * Anticipar: prevenir o controlar las complicaciones crónicas de la diabetes.

ALIMENTACIÓN Y MI DIABETES

La alimentación de las personas con diabetes debe ser saludable para lograr diversos objetivos, uno de estos es que la glucosa en sangre se mantenga lo más estable posible a lo largo del día, que no baje y que no se eleve drásticamente después de cada comida, para lograrlo debemos conocer los diferentes grupos de alimentos, su aporte, cantidad a consumir y cuáles son las recomendaciones para lograr una alimentación saludable sin privación de los platillos preferidos.⁴²

GRUPOS DE ALIMENTOS

Cereales y tubérculos: Es una de las fuentes principales de Hidratos de carbono y de energía.

-Hay que consumir solo la cantidad que corresponde.

-Elegir los cereales integrales en lugar de los refinados, recuerda que mientras más fibra, la absorción será más lenta y por lo tanto también el aumento de glucosa en sangre.

-El tamaño de la ración puede ser del tamaño de lo que quepa en tu mano.

⁴² Esquivel H. Rosa “Nutrición y Salud” 1ra edición, Editorial Manual Moderno; 2005.

-Algunos alimentos de este grupo son, pan, tortillas de maíz, harinas, avena, pastas, palomitas etc.

Cereales preparados con grasa: Debemos cuidar su consumo, no sólo por que nos brindan HC de absorción rápida y poca fibra sino por el tipo de grasa que contienen.

-Procura consumirlos con moderación en ocasiones especiales.

-Algunos alimentos de este grupo son el pan dulce, hot cakes, granola y crepas.

Leguminosas: Son buena fuente de proteína, pueden elevar su calidad si las combinamos con cereales, todas tiene alto contenido en fibra, también contienen hierro, magnesio, tiamina y riboflavina, las lentejas y los frijoles también contienen zinc.

-Consume solo la cantidad que corresponde.

-Procura combinarlas con cereales.

-Remójalas antes de cocerlas y tira el agua de remojo.

-Evita utilizar grasa para su preparación.

-El tamaño de la ración puede ser lo que quepa en tu mano.

-Otros alimentos de este grupo son las habas, garbanzos y soya.

Verduras: Este grupo es una de las principales fuentes de fibra, minerales y vitaminas.

-Incluye verduras o ensaladas crudas o cocidas en cada comida.

-Proveen fibra y son buena fuente de vitaminas, las verduras verdes y amarillas aportan principalmente vitamina A, las hojas verdes contiene folatos vitamina B9 y hierro.

Frutas: Este grupo es una fuente importante de vitaminas, minerales, fibra y un azúcar que se llama fructuosa que eleva tus niveles de glucosa en sangre, por lo que es importante cubrir las siguientes recomendaciones.

-Consume únicamente la cantidad que te corresponde.

-Prefiere las que puedas comer con cáscara.

-Elige las que no estén muy maduras.

-Prefiere la fruta completa en lugar de jugos.

-Son fuente importante de vitaminas C, A y folatos, potasio y fibra.

Azúcares: Este grupo nos aporta HC que se absorben rápidamente y que elevan de igual forma la glucosa en sangre, se recomienda que no más del 20% de la energía que consumamos en la dieta provenga de estos HC, recuerda que la leche y las frutas ya nos dan este tipo de azúcares.⁴³

-Evita el consumo si no tienes un control adecuado.

⁴³ Esquivel H. Rosa "Nutrición y Salud" 1ra edición, Editorial Manual Moderno; 2005.

Productos de origen animal: Este grupo es fuente importante de proteína de buena calidad; sin embargo puede ser excelente fuente de grasa de origen animal, recordemos que el control de la diabetes también requiere cuidar y mantener niveles adecuados de grasa en sangre, algunos alimentos de este grupo son aves, pescados, mariscos, quesos, huevo, embutidos etc.

- Preferir carnes y productos de origen animal con poca grasa.
- Procura prepararlos sin grasa, como asados, hervidos o ala plancha.
- Combínalos con verduras crudas o cocidas.
- Los alimentos de este grupo tienen proteína de alta calidad, vitamina, hierro de fácil absorción y vitamina B12.

Grasas: Este grupo básicamente nos aporta grasas que por su origen tiene diferentes efectos en nuestro organismo. Las grasas de origen vegetal son benéficas en la disminución de las grasas en sangre, las grasas de origen animal afectan estos niveles incrementándolos.

- Prefiere grasas de origen vegetal en lugar de origen animal.
- Consume sólo la cantidad que te corresponde independientemente del tipo de grasa.
- Los aderezos como la mayonesa entran en este grupo.

Leche: La leche es fuente de proteínas, grasa, HC vitaminas y minerales.

- Es preferible la leche descremada en lugar de leche entera.
- Preferir yogurt sin azúcar y sin grasa en lugar de los cremosos y con azúcar añadida.
- La leche es fuente de calcio por excelencia, además aporta fósforo, magnesio y proteínas de buena calidad, entre las vitaminas que contiene destacan el ácido fólico, riboflavina, vitamina B12, A y D.⁴⁴

DIVISIÓN DE HIDRATOS DE CARBONO.

Cada gramo nos proporciona 4 calorías, los hidratos de carbono elevan de forma importante la glucosa en sangre, son nutrimentos que proveen energía para todas las funciones del organismo, incluso cuando estamos en reposo, se dividen en azúcares: moléculas simples que pasan rápidamente a la sangre y en almidones: moléculas complejas que se digieren más lentamente y que al final se transforman en azúcares simples para filtrarse en la sangre.

Es recomendable que solo el 20% de nuestra dieta sea de hidratos de carbono simples (azúcar, fruta, jugos de fruta, refrescos y dulces) y que el 80% esté

⁴⁴ Esquivel H. Rosa “Nutrición y Salud” 1ra edición, Editorial Manual Moderno; 2005.

compuesta por complejos (cereales, leguminosas y verduras que además tienen una cantidad de fibra dietética conveniente.

¿Dónde están?

Azúcar: azúcar de las frutas, azúcar de la mesa, mermeladas, refrescos y miel.

Almidones: cereales – tortilla, pan, arroz, elote y avena.

Tubérculos – papa, camote, yuca etc.

Leguminosas – frijoles, habas y lentejas.

FIBRA

La fibra es un compuesto de origen vegetal que nuestro organismo no digiere ni absorbe, ayuda a satisfacer nuestro apetito más rápido porque provoca sensación de saciedad, mejora el tránsito de los alimentos en los intestinos pues favorece de mejor manera la eliminación de los desechos de la nutrición, es importante incluirla dentro de los planes de alimentación para mantener normal el funcionamiento, tono y movilidad del intestino.

TIPOS DE FIBRA

Soluble en agua: Disminuye el colesterol y la glucosa en sangre por que dificulta su absorción, avena, fríjol, nopal, manzana, higo, naranja etc.

Insoluble en agua: Previene desordenes digestivos, y el estreñimiento, cáscara de cereales y estructura de las plantas.

Frutas con alto contenido de fibra: 1 taza con fresas, 2 tunas, 1 taza de zarzamoras, 1 pera, 2 guayabas chicas.

Cereales con alto contenido de fibra: 1 rebanada de pan integral, 3 galletas integrales, ½ taza de avena o salvado.

GRASAS TRANS-GRESORAS.

Otras grasas conocidas elevan el colesterol de baja densidad “malo”, los triglicéridos y reducen el colesterol de alta densidad “bueno” incluso disminuyen la sensibilidad a la insulina, se encuentran en los productos que dicen en su etiqueta contiene grasas parcialmente hidrogenadas como margarina dura, galletas, donas, preparados con grasa vegetal, alimentos fritos en aceites recalentados o en grasa vegetal hidrogenada.⁴⁵

TIPOS DE GRASAS

SATURADAS

⁴⁵ Dr. Jorge Sánchez González “Revista Diabetes Hoy” Editada y publicada por la Federación Mexicana de Diabetes, A.C.; 2005.

:

Las hay animales y vegetales, tienen efectos negativos por que se acumulan en nuestras arterias endureciéndolas y predisponiendo a presentar infartos y embolias, no se recomienda su consumo ya que incrementa el colesterol a demás reducen la sensibilidad a la insulina.

De origen animal: res, pollo, cerdo, productos lácteos, chorizo, chicharrón, sesos, embutidos, crema y mantequilla.

De origen vegetal: manteca vegetal aceite de palmera y de coco.

MONOINSATURADAS

Disminuyen en sangre los niveles de lipoproteínas de baja densidad “grasas malas” y elevan las de alta densidad aumentando al sensibilidad a la insulina.

De origen vegetal: aguacate, aceite de oliva, cacahuete, nuez etc.

POLIINSATURADAS

Se dividen en omega 3 y omega 6, disminuyen el colesterol de baja densidad, reducen los niveles de triglicéridos e incrementan la sensibilidad a la insulina, los aceites poliinsaturados contienen ácidos grasos omega 3 y omega 6 que ejercen efectos positivos sobre el corazón, en especial de personas obesas.

De origen animal: aceite de pescado, salmón, alimentos procesados con adición de omega 3 y 6 como leche o yogurt.

De origen vegetal: alimentos vegetales de soya, de maíz, de girasol, cártamo etc.

PROTEÍNAS

Las proteínas son importantes nutrientes que suministran energía y que estructuran los músculos y huesos, aportan 4 calorías por gramo y las hay de origen animal y vegetal, después de ser utilizadas por el organismo las proteínas se destruyen y producen sustancias de desecho que los riñones se encargan de eliminar, por lo que a las personas que tienen algún problema en esos órganos se les restringe el consumo de proteínas y otros nutrimentos, algunas proteínas también pueden usarse en la producción de energía de reserva aunque hay que recordar que la fuente principal de esta son los hidratos de carbono.

Encontramos proteínas de origen animal en: carnes rojas, aves, leche, quesos, huevo etc.

Origen vegetal: leguminosas, frijoles, habas, lentejas, alubias, soya etc. Su consumo diario recomendado es de 0.8 g. por Kg. De peso.⁴⁶

⁴⁶ Dr. Jorge Sánchez González “Revista Diabetes Hoy” Editada y publicada por la Federación Mexicana de Diabetes, A.C.; 2005.

NUTRICIÓN: Conjunto de funciones orgánicas que transforman los alimentos en energía y demás sustancias necesarias para la vida.

ALIMENTO: Es todo lo que comemos, cada uno contiene diferentes cantidades de nutrimentos.

NUTRIMENTOS: Sustancias esenciales para el organismo capaces de dar energía, también son materiales estructurales y de control metabólico en nuestro cuerpo.

PLATILLO: Combinación de alimentos que dan como resultado además de diferentes sabores y texturas un nuevo aporte nutricional.

CALORÍA: Unidad con la que medimos la energía producida por los alimentos en nuestro cuerpo.

DIETA: Es el conjunto de alimentos y platillos que consumimos cada día, antes se utilizaba este término para referirse a la alimentación de personas con diabetes, el objetivo principal de una dieta adecuada es prevenir la aparición de obesidad, dislipidemia, intolerancia a la glucosa, diabetes, hipertensión arterial, enfermedades del corazón entre otras.⁴⁷

⁴⁷ Dr. Jorge Sánchez González "Revista Diabetes Hoy" Editada y publicada por la Federación Mexicana de Diabetes, A.C.; 2005.

CEREALES Y TUBERCULOS

Satisfacen más del 50% de las necesidades de energía en el mundo actual, pues proporcionan almidón, polisacárido complejo de origen vegetal, son abundantes, baratos y representan el alimento básico de la mayor parte de las dietas en cualquier cultura, cuando se consumen integrales aportan fibra, hierro, vitamina E, tiamina y vitamina B6 se consideran fuente de proteína de bajo valor nutricional.

LEGUMINOSAS

Por su abundancia y costo son alimentos básicos del hombre, solo superados en consumo por los cereales, constituyen la fuente más importante de proteína vegetal, aunque se trata de proteína de mediana calidad, este grupo proporciona también hierro, magnesio, los frijoles contienen Cinc, también diversas vitaminas como tiamina, riboflavina, niacina, piridixina y fibra, si bien aportan hierro en cantidades importantes su absorción es deficiente, en este grupo destaca la soya por su alto contenido proteínico y bajo costo que la hace un alimento muy recomendable.

FRUTAS

Este grupo se considera fuente de iones inorgánicos y vitaminas liposolubles; contiene pocas calorías debido a su bajo aporte de carbohidratos y cantidades tan pequeñas de grasa y proteína que no son considerables, los cítricos, fresa, melón y guayaba son buenas fuentes de vitamina C, chabacano y durazno contienen vitamina A, manzana y papaya aportan vitamina A y C, plátano, naranja, ciruela y frutas secas son fuentes de potasio; melón, naranjas y fresas aportan ácido fólico, la vitamina B6 y magnesio se encuentran en el plátano. El alto contenido de agua de las frutas las hace jugosas y refrescantes, la fructuosa que contienen les otorga un agradable sabor dulce, los fotoquímicos de las frutas confieren color, olor y participan en forma benéfica en la química celular. Los taninos actúan como astringentes y antidiarreicos, otros como las cumarinas y los flavonoides poseen acción antioxidante, las frutas enteras o picadas son fuente de fibra dietética, como la celulosa, hemicelulosa, pectina y protopectina favorecen las funciones de digestión.

VERDURAS

Se consideran de bajo aporte energético por los carbohidratos y proteínas que contiene pero constituyen buena fuente de vitaminas si se consumen frescas o al vapor, las de color verde o amarillo contiene vitamina A; espárragos, brócoli, coles de brúcelas, calabazas, coliflor, pimientos y tomates aportan vitamina C, las espinacas contienen cinc, ejotes, brócoli y jitomates aportan magnesio; las hojas verdes proporcionan ácido fólico y hierro de baja absorción.

Las verduras proporcionan fibra y pueden combinarse en multitud de platillos, en forma fresca o cocida en jugos, solas o junto con las frutas.⁴⁸

⁴⁸ Esquivel H. Rosa "Nutrición y Salud" 1ra edición, Editorial Manual Moderno; 2005.

CARNES, PESCADO, HUEVO Y QUESOS.

Este grupo presenta un importante aporte proteínico en la dieta debido a que contribuye con cerca del 20% de la proteína, caracterizada por ser de eficiente absorción y buena calidad, el huevo contiene alrededor del 10% de proteína, a demás contiene hierro, retinol y numerosas vitaminas, los ostiones, el hígado, pavo, queso, son fuentes de cinc, si bien los tejidos animales son la única fuente de vitamina B12 en la dieta, esto no los hace indispensables, algunos alimentos de este grupo se consideran fuentes de colesterol en la dieta por lo cual su consumo excesivo se relaciona con arteriosclerosis, los quesos contribuyen un concentrado de la leche, conservan casi todos sus nutrimentos, los alimentos de este grupo son agradables al paladar, sin embargo por su alto costo no son accesibles a todo grupo de personas.

LECHE

Aunque su composición varia de una especie a otra, en general su valor nutricional es alto, esta constituida principalmente por agua 86%, aporta proteínas de buena calidad, grasas saturadas, carbohidratos, vitaminas A, D y B2 y minerales como calcio, fosfato. Tiene las ventajas de su fácil digestión y aporte energético por eso es el alimento ideal del lactante, solo es deficiente en hierro y vitamina C sin embargo en edades posteriores solo es un alimento más de la dieta.

GRASAS

Este grupo esta formado por todos los auxiliares culinarios que se emplean en la preparación de alimentos, algunos derivados lácteos cuyo principal componente son los lípidos, hay ácidos grasos saturados como la mantequilla, monoinsaturados como almendras o poliinsaturados como el aceite de girasol, los que proviene de fuentes animales contienen colesterol como el tocino, la margarina se consideran con alto contenido de vitamina A y D por su alto contenido energético hay que cuantificarlos de manera cuidadosa en dietas para control de peso.

AZUCARES

Están presentes en multitud de preparaciones culinarias, como los postres y golosinas, un equivalente de este grupo proporciona 10 grs. de carbohidratos y 40 calorías, se recomienda que como máximo 10% de carbohidratos de la dieta provenga de este grupo, debido a que su consumo frecuente se relaciona con enfermedades como diabetes, obesidad y mayor incidencia de caries.⁴⁹

⁴⁹ Esquivel H. Rosa "Nutrición y Salud" 1ra edición, Editorial Manual Moderno; 2005.

Encías enfermas o gingivitis

Enfermedades periodontales, incluyendo la gingivitis y la periodontitis, son infecciones serias que, sin tratamiento puede llevarte a la pérdida de los dientes.

La palabra periodontal significa “alrededor del diente”. La enfermedad periodontal es una infección crónica bacterial que afecta a las encías y al hueso que soportan los dientes.

Cuando la infección de las encías no es tratada se origina la periodontitis. La infección y la inflamación se diseminan desde la encía hasta el ligamento y el hueso que sirven de soporte a los dientes. La pérdida de soporte hace que los dientes se aflojen y se caigan.

Causas

- La acumulación de placa y sarro es una de las principales causas
- Mala higiene bucal
- Fumar
- Cambios hormonales
- Stress
- Medicamentos
- Mala alimentación
- Bruxismo (rechinar los dientes)
- Diabetes

Para que estés bien

- Visita a tu dentista, por lo menos 2 veces al año.
- Mantén una buena higiene bucal, cepíllate los dientes por lo menos 3 veces al día.
- Te recomendamos el uso del hilo dental en cada cepillado
- La prevención y el tratamiento de la gingivitis reducen el riesgo de desarrollo de la periodontitis.

La gingivitis es una inflamación o infección de las encías, sobre todo del tejido que rodea los dientes, la cual se caracteriza por hinchazón y sangrado producido al cepillarse o al usar hilo dental. El padecimiento puede afectar a ambos sexos a cualquier edad, pero por lo general aparece por primera vez durante la pubertad y continúa durante toda la vida adulta.⁵⁰

Es muy frecuente que el origen sea una irritación causada por la placa, una sustancia viscosa producida por las bacterias que viven en la boca. Esta se puede formar sobre cualquier superficie dental, pero es más abundante entre los dientes

⁵⁰ Carranza F.A. “Clasificación de las Enfermedades Periodontales” Periodontología clínica, Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2002.

y a lo largo de la línea de las encías, áreas que no se limpian solas. Con el tiempo, la placa se endurece y forma cálculos –sarro-, y las nuevas capas que se forman encima causan mayor irritación.

Si la gingivitis se deja avanzar, se forman bolsas entre las encías hinchadas y los dientes, y la placa penetra más profundamente dentro del tejido. Como las bacterias y los residuos de comida quedan atrapados en estas bolsas, puede desarrollarse una infección que se convierte en periodontitis, enfermedad aun más grave y que representa una de las principales causas de pérdidas dentales en adultos. En esta etapa, las encías enrojecen, se hinchan, duelen y se vuelven frágiles. A medida que las bolsas se hacen más profundas, se pueden formar abscesos. La infección destruye paulatinamente el hueso subyacente, lo que da lugar a que el diente se afloje y se desprenda.

Estudios y procedimientos diagnósticos

El médico o el dentista puede diagnosticar la gingivitis al revisar las encías. Si están muy infectadas, puede tomar una muestra de la placa para realizar un cultivo e identificar la bacteria. Las radiografías pueden determinar si ha ocurrido pérdida ósea en el maxilar.

La gingivitis y la periodontitis pueden relacionarse con causas subyacentes, por ejemplo, diabetes o leucemia. Si se supone que se trata de un caso de este tipo, se envía el paciente a un médico para que elabore el diagnóstico.

Tratamientos médicos

El primer paso indispensable es lavarse perfectamente los dientes y remover la placa y el sarro. En un caso de gingivitis leve, esto puede hacerse en una visita al dentista. En casos más avanzados, es probable que el tratamiento requiera más de una visita y puede incluir la reposición de empastes dentales, la escisión de tejido gingival, operar las encías e incluso extraer los dientes flojos. Se pueden recetar antibióticos y un enjuague bucal especial para combatir la infección.

Terapias alternativas.

Herbolaria: Para el sangrado de encías, los herbolarios occidentales recomiendan utilizar como enjuague bucal una tintura diluida de mirra o hierbabuena (*Prunella vulgaris*). Algunos también indican un masaje en las encías con aceite de eucalipto a la hora de dormir. Los herbolarios proponen tomar una combinación de pinelia, ginseng y jengibre, dos veces al día, ya sea en infusión o en tabletas.⁵¹

⁵¹ Carranza F.A. "Clasificación de las Enfermedades Periodontales" Periodontología clínica, Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2002.

Naturopatía y nutrición: Se puede recomendar una dieta rica en vitaminas B y C, o complementos de éstas, además de zinc, calcio y vitamina A. El nutriólogo también puede indicarle al paciente que aumente la ingestión de frutas y verduras crudas con el fin de ejercitar más las encías. Dar masaje en las encías con aceite de vitamina E también puede estimular la curación.

Auto tratamiento

Lávese los dientes con un cepillo suave, por lo menos dos veces al día, y use el hilo dental diariamente. Utilice un palillo de madera o un irrigador para estimular las encías y para remover los residuos que queden entre los dientes, después de cada comida. Es posible que al principio sangren, pero con el cuidado permanente el sangrado se interrumpe en unas cuantas semanas una vez que se curan las encías.

Antes de cepillarse, enjuáguese la boca con un producto que ayude a aflojar la placa. Después de cepillarse y limpiar con el hilo, enjuáguese la boca con agua salada, con una solución de agua con bicarbonato de sodio o con un enjuague antibacteriano.

El tabaquismo en cualquiera de sus formas estimula la gingivitis.

Otras causas de sangrado en las encías

Las encías de algunas mujeres sangran durante el embarazo. Sin embargo, el problema generalmente desaparece poco después del parto. El sangrado de encías también puede ser síntoma de problemas de la tiroides y de trastornos de coagulación sanguínea. Rechinar los dientes, conocido como bruxismo, y la mal oclusión (dientes que no hacen contacto de manera adecuada) también fomentan la gingivitis



CONSUMO DE FIBRA ALIMENTICIA Y SU RELACION CON LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

El conocimiento que placa dentó bacteriana participa en la destrucción de los tejidos de soporte es muy antigua ; conllevando, como se sabe, alteraciones de los tejidos de adherencia y soporte de los dientes, la cual se denomina enfermedad periodontal, que se escinde en gingivitis y periodontitis. La gingivitis es una inflamación de la encía con un cambio de coloración rojizo, con una textura lisa y brillante, mientras la periodontitis es la inflamación gingival acompañada de la pérdida del tejido de soporte del diente.

Se ha observado en diferentes estudios que el nivel de gingivitis es menor en niños de 4 a 6 años de edad, sin embargo, la prevalencia de la gingivitis aumenta con la edad, comenzando en promedio a la edad de 5 años y alcanzando el punto máximo en la pubertad, para después disminuir, pero permaneciendo a través de la vida, donde los hombres exhiben de manera uniforme mayor prevalencia y gravedad que las mujeres.

Por otra parte, esta documentado, que una nutrición balanceada y rica en alimentos con alto contenido de fibra, preferentemente frescos, ejercen una mayor acción que aquellos que son hervidos, ayudando a que los mismos alimentos asean a través de los movimientos de la masticación, las piezas dentales (autoclisis); colaborando con esto a la prevención del acumulo de la placa dentó bacteriana que se adhiere, a nivel del tercio gingival, principalmente en las caras de las piezas dentales.

En México, no se tiene un escenario epidemiológico con bastantes antecedentes en lo concerniente a la enfermedad periodontal y como esta se desenvuelve en los diferentes grupos, y su relación con los hábitos alimentarios. Ante esto, la presente investigación pretende contribuir al conocimiento de la enfermedad periodontal y la relación existente en el consumo de fibra alimenticia en escolares de 6 a 12 años de edad.

Material y Métodos

El estudio se realizo de febrero a junio del 2002; siendo un estudio longitudinal, considerando 79 escolares entre las edades de 6 a 12 años de edad, de ambos géneros y de clase baja, pertenecientes la escuela primaria Francisco Bocanegra del Municipio de San Pedro Garza García (Nuevo León, México). Se realizo frecuencia alimentaría de una semana para determinar el consumo de fibra. Los criterios para determinar los niveles de consumo fibra fueron clasificados de acuerdo a los criterios de la Clínica de Nutrición de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León (10), que considera consumo bajo (< de 14.9 gr), medio (15 a 22.9 gr.) y recomendado (23 a 35gr).⁵²En cuanto a la clasificación del estado clínico de la enfermedad periodontal se siguió el juicio de Russell (11) que refiere: tejidos de soporte normales (0.0 a 0.2); gingivitis simple ((0.3 a 0.9); inicio de la enfermedad (0.7 a 1.9); establecimiento del padecimiento periodontal (1.6 a 5.0); trastorno terminal (3.8 a 8.0)

⁵² Genco, Gldman, Cohen "Periodoncia" Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1998.

Resultados

De la muestra de 79 escolares estudiados el 58.2% fue del género femenino mientras el 41.8% fue del género masculino (Ver Tabla 1). El promedio de edad de los sujetos de estudio fue de 8 años, con una edad modal de 10 años; donde el 50% de la población muestreada se encuentra por arriba o por debajo de 9 años.. Mientras la media del índice periodontal fue de 0.45 con una variación de 0.42, el 50% de la población estudiada de los escolares tienen un índice periodontal por encima o debajo de 0.27; con un rango de 0.02 al 1.70.

Las investigaciones epidemiológicas realizadas preponderantemente están encaminadas hacia aspectos concernientes a la caries dental y la enfermedad periodontal. Sin embargo el avance en el estudio de la epidemiología de las enfermedades periodontales esta desfasado con respecto al análisis de la caries dental y sus connotaciones. (12). Por lo cual el presente estudio contribuye al propósito de ampliar el conocimiento epidemiológico de este proceso patológico.

En este aspecto, en el examen de la enfermedad periodontal en México, independientemente de su grado, y que refiere a grupos etareos relacionados con los del presente estudio, se encontraron los efectuados en Yucatán y el Estado de México. En ellos se aprecia que la prevalencia de la enfermedad periodontal de los escolares investigados es baja comparada con el estudio llevado a cabo en Yucatán; y con respecto al estudio del Estado de México tiene un comportamiento de prevalencia de la enfermedad muy similar. Si se compara la prevalencia encontrada en el presente estudio con las prevalencias evidenciadas en una investigación en Islas Canarias, observamos que es menor si la contrastamos con el grupo de 12 años y semejante al grupo de lo 7 años. Con respecto a los estudios hechos en Colombia es bastante evidente la menor prevalencia si se compara con ellos.

Estos cambios en la prevalencia en nuestro país y con respecto a los otros estudios puede deberse a las acciones preventivas realizadas por las instituciones del sector salud, aunado a factores de discrepancia en la cobertura sanitaria, y variables de educación, conocimiento y postura hacia la salud oral de las poblaciones estudiadas.⁵³

Sin duda, la salud buco dental esta vinculada a una combinación de factores asociados a la enfermedad, entre los que destacan factores educativos, culturales, socioeconómicos y nutricionales. En este último aspecto se observo en el actual estudio que existe una asociación significativa entre el estado de salud bucal y los niveles de consumo fibra en la dieta de los escolares, lo que concuerda con lo mencionado por Volker y Finn (18), al referir que los alimentos fibrosos contribuyen a desalojar partículas alimenticias adheridas y por ende disminuir, aunque no apreciablemente, la placa dentó bacteriana de las piezas dentales.

⁵³ Volker, Finn, "Alimentación y caries dental" Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2000.

Resumen

En México, no se tiene un escenario epidemiológico con bastantes antecedentes en lo concerniente a la enfermedad periodontal y como esta se desenvuelve en los diferentes grupos etéreos de la población, y su relación con los hábitos alimentarios. El estudio se realizo de febrero a junio del 2002; siendo un estudio longitudinal, considerando 79 escolares entre las edades de 6 a 12 años de edad, de ambos géneros y de clase baja, pertenecientes la escuela primaria del Municipio de San Pedro Garza García (Nuevo León, México). Encontrando un prevalencia de la enfermedad periodontal del 46.8% que es menor a estudios realizados en México, España y Colombia. Se observo en el actual estudio que existe una asociación significativa entre el estado de salud bucal y los niveles de consumo fibra en la dieta de los escolares.⁵⁴

⁵⁴ Volker, Finn, "Alimentación y caries dental" Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2000.

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

¿Qué tan frecuente son las infecciones?

La infección de las vías urinarias es uno de los padecimientos que con mayor frecuencia padecen las niñas y mujeres

¿Cómo se manifiesta la infección urinaria?

Las manifestaciones o síntomas de la infección urinaria con o sin infección en los genitales femeninos son: Ardor o comezón. Dificultad para lograr una buena micción (acto de orina). Urgencia primaria (es el caso inminente y urgente de orinar, y difícil de controlar o evitar) esta urgencia se acompaña de incontinencia de orina (escape involuntario de orina) durante el día. En algunos pacientes puede padecer también escape de orina durante el sueño. Puede aparecer en la orina sangre como resultado de la inflamación de los tejidos por la acción de la infección e inflamación.

¿Por qué es más frecuente la infección en las niñas que en los niños?

La forma o anatomía de los genitales externos femeninos y la posición de la uretra y meato uretral, y proximidad con el ano, hace susceptibles a los genitales femeninos de infectarse a diferencia de los genitales externos masculinos.

¿Qué otro factor predispone a la infección urinaria y de genitales?

Sin embargo, no sólo la anatomía influye para la posibilidad de infección urinaria o en genitales femeninos. Muy probablemente las alteraciones de los mecanismos de defensa urinarios y de genitales son la verdadera razón para padecer la infección urinaria en uretra y vejiga.

Por ejemplo:

- 1) Los malos hábitos para orinar (orinar poco frecuentemente).
- 2) El aseo y secado deficiente de los genitales externos femeninos que facilita presencia de orina de ellos y humedad por largo tiempo.
- 3) La presencia de constipación fecal (estreñimiento) por malos hábitos en la defecación resultando mayor cantidad de bacterias que facilitan la contaminación de periné vulva y uretra.
- 4) La ingesta (beber) deficiente cantidad de agua en el día favoreciendo constipación y orinar menos frecuentemente y menos cantidad.⁵⁵

⁵⁵ Dr. Narváez, Jesús, "Revista de Urología" Departamento de Urología, Hospital Federico Gomez; 2003.

Recomendamos para evitar infección urinaria y vulvovaginitis.

- 1) Orinar con las piernas bien separadas (significa retirar la ropa interior para lograr este objetivo) y secar la orina que quede en los genitales al fin de la micción (orinar).
- 2) Beber abundantes líquidos (agua principalmente) en el día para que se orine con frecuencia (cada 3 a 4 horas).
- 3) Después de orinar hacer un "secado" cuidadoso y completo de los genitales (separando de ser posible a los labios mayores para poder secarlos. De preferencia aseo de los genitales con un chorro de agua directo.
- 4) Evitar usar ropa que favorezca la presencia de humedad por sudor o insuficiente ventilación (de preferencia usar ropa de algodón).
- 5) Después de nadar es conveniente quitarles el traje de baño lo más pronto posible para evitar la humedad y usar ropa seca, limpia y amplia.
- 6) Debe evitarse el estreñimiento (constipación fecal). Por esto se recomienda una dieta que deje residuos y beber abundantes líquidos (agua de preferencia) durante el día.
- 7) El uso de ropa ajustada al cuerpo (mallones, shorts de licra, traje de baño, pants deportivos) favorece humedad, traumatismo, especialmente cuando se usan varias horas o tiempo prolongado.
- 8) Si hay molestias o la piel de los genitales está "rozada" es conveniente hacer (baños de asiento, usar calor seco, o aseo con té de manzanilla en los genitales, dos veces al día hasta lograr mejoría.

En resumen: La anatomía propia de los genitales femeninos (facilitan la contaminación de los genitales) y la falta de los mecanismos de defensa propios de las vías urinarias y genitales favorecen el desarrollo de infección urinaria y vulvovaginitis. Sólo los buenos hábitos de aseo, higiene, micciones frecuentes, y la no constipación fecal: podrán evitar la repetición de estas vulvovaginitis e infecciones urinarias asociadas.

Lo que come y bebe

- Para mantener la vejiga limpia, beba por lo menos una pequeña cantidad de agua o de otro líquido cada hora todos los días mientras se encuentre despierta.
- Si aparecen los síntomas, beba un vaso de agua cada hora durante tres horas por lo menos, y hasta ocho horas seguidas.⁵⁶
- No consuma alimentos ni bebidas que irriten la vejiga (alcohol, café, refresco de cola, chocolate y alimentos condimentados), sobre todo si empieza a sentir síntomas de una infección.

⁵⁶ Dr. Narváez, Jesús, "Revista de Urología" Departamento de Urología, Hospital Federico Gomez; 2003.

Sus hábitos sanitarios

- Orine por lo menos cada dos horas. Tómese su tiempo y relájese completamente para que salga toda la orina.
- Después de una micción de una evacuación intestinal, límpiase con papel higiénico desde adelante hacia atrás. EL hecho de limpiarse de atrás hacia adelante puede acarrear bacterias desde el recto hacia la vagina, desde donde pueden iniciar una infección.

La ropa que usa.

- No use pantalones ajustados porque pueden frotar e irritar su uretra. Esta irritación puede hacerla propensa a una infección.
- Use pantaletas de algodón o con un protector de algodón para que circule el aire. Las bacterias pueden proliferar en un área vaginal tibia y sin ventilación.
- Cuando vaya a nadar, lleve dos trajes de baño. Después de una zambullida, quítese el primer traje de baño, enjuague el cloro de su cuerpo, seque bien su región vaginal y póngase el traje de baño seco.

Cómo se asea y lava su ropa.

- Si la zona que se encuentra afuera de su vagina (la vulva) se roza, aplique un humectante puro sin perfume ni aditivos. Un buen remedio casero es la manteca vegetal sólida blanca.
- No use detergente para lavar sus pantaletas. Algunos productos de lavandería irritan la piel de la vulva y causan una sensación de ardor cuando la orina fluye sobre la zona. Usted podría pensar que padece una infección de las vías urinarias cuando no es así.
- No permanezca durante mucho tiempo en tinas de baño con agua caliente.

Su vida sexual.

¿Le parece que la infección siempre comienza uno o dos días después de haber tenido relaciones sexuales? De ser así:

- Orine justo antes y después de las relaciones sexuales.
- Después de las relaciones sexuales, lave su vagina. Resulta útil una regadera de mano.
- No se aplique duchas vaginales.
- No insista en que su compañero sexual tome una ducha antes de las relaciones sexuales a menos que desee hacerlo de cualquier manera.
- Si usa un diafragma, use sólo el espermicida necesario para cubrir el interior y alrededor del anillo.
- Si usa condones, pruebe una marca diferente o use un espermicida distinto.

- Hable con su médico acerca de las opciones para el control de la natalidad. Los espermicidas que se usan con los diafragmas y los condones a menudo desencadenan infecciones de las vías urinarias.

Ardor al orinar

Si tienes la necesidad de orinar constantemente y al intentarlo solamente salen algunas gotas que provocan ardor y dolor, lo más seguro es que sea una infección en las vías urinarias (IVU).

Las mujeres son más susceptibles a sufrir IVU debido a que la uretra (tubo que lleva la orina de la vejiga al exterior) es más corta que en los hombres.

Si la infección solamente está localizada en la uretra, se llama uretritis, si la infección se ha pasado a la vejiga es conocida como cistitis y si no es tratada a tiempo o correctamente la infección puede extenderse a los riñones y esta infección se llama pielonefritis.

En la mayoría de los casos la infección es causada por bacterias, sin embargo, también pueden haber casos de IVU por virus, hongos y otros organismos.

Si tienes uno o varios de los siguientes síntomas, te sugerimos visitar a tu médico urólogo.

- Sangre en la orina
- Ardor al orinar
- Escalofríos y fiebre
- Malestar en general
- Náuseas y vómitos
- Dolor en la parte baja de la espalda

Para que estés bien

- Si eres mujer, procura limpiarte de adelante hacia atrás después de defecar.
- Evita usar ropa interior muy ajustada.
- Evita el uso de ropa interior llamada “hilo dental”, ya que es más fácil que las bacterias que se encuentran en ano pasen a la uretra.
- Procura beber por lo menos 2 litros de agua al día, esto aumenta el flujo de orina, y al orinar frecuentemente desecha las bacterias que tratan de adherirse a la uretra.
- No tomes ningún medicamento que no haya sido recetado por tu médico.⁵⁷

No olvides que la prevención y detección a tiempo pueden ayudarte a vivir mejor.

⁵⁷ Dr. Narváez, “Revista de Urología” Departamento de Urología, Hospital Federico Gomez;2003.

METODOLOGIA UTILIZADA

ETAPAS

VALORACIÓN: Es la primera fase del proceso de atención de enfermería y es tal vez la más importante ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida.

Para poder iniciar el Proceso Atención de Enfermería conseguí que la paciente a la cual deseaba brindar cuidados de enfermería aceptara trabajar en conjunto la elaboración de un plan de cuidados que le ayudo a resolver dudas acerca de su enfermedad, complicaciones y como prevenirlas, además de comprender la importancia de tomar medidas que favorezcan su estado de salud, permitiéndome la entrada a su hogar, sus hábitos y costumbres aceptando la modificación de algunos.

La obtención y recolección de datos se realizo mediante varias entrevistas a la paciente y a sus familiares dentro de su hogar, guiándonos por un instrumento de valoración del adulto mayor, de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson, tomando en cuenta las cuatro fuentes de dificultad que determinan el grado de Independencia o Dependencia que tiene la persona, y que permitirán la elaboración de los diagnósticos reales, potenciales y de salud, de donde partiremos para iniciar la planeación de las actividades de enfermería en base a la observación del estado de salud o enfermedad de la persona, el entorno físico que la rodea y a los datos obtenidos.

PLANEACIÓN: Mediante datos objetivos y subjetivos obtenidos de la fuente primaria y después de haber identificado que necesidades de la paciente se encuentran alteradas realice los Dx de enfermería dando inicio a la planeación de las actividades de enfermería, tomando siempre en cuenta la opinión y participación de la paciente, en algunas ocasiones de su esposo e hijas, apoyando siempre el restablecimiento, la conservación, o el fomento de la salud con el objetivo de eliminar o disminuir las complicaciones a largo plazo que trae consigo la Diabetes Mellitus Tipo II.

Para la elaboración del PAE realice una investigación documental para recopilar toda la información necesaria que me permitió obtener los conocimientos que me ayudaron a brindar una buena educación para la salud logrando la preservación de la misma.

Ya terminado el PAE con todas las acciones de enfermería fundamentadas, programe visitas domiciliarias en las cuales se otorgaron pláticas a la paciente acerca de temas relacionados con su enfermedad y al desequilibrio que esta

pasando, las cuales le sirvieran para obtener conocimientos que seguirá aplicando diariamente.

Para poder llevar acabo estas pláticas se elaboró material didáctico para favorecer la comprensión de la paciente por medio de dibujos, explicaciones concretas y demostraciones.

EJECUCIÓN: Es la aplicación real del plan de atención de enfermería conforme a la cita planeada, las actividades se realizaron los días Miércoles y Viernes del año en curso, en su domicilio, tomando en cuenta la previa valoración.

EVALUACIÓN: Es el proceso de valorar los progresos de la persona hacia los objetivos de salud.

Los objetivos si se cumplieron, la persona obtuvo los conocimientos sobre su enfermedad y complicaciones, con respecto a su alimentación se esta brindando asesoría especializada por una nutrióloga cada mes, se le proporciono una lista de equivalentes de los alimentos que le agradan y que puede consumir sin alterar su glicemia, consumiendo la cantidad suficiente de agua, aprendió y comenzó a realizar ejercicios para favorecer su circulación sin presencia de dolor que evitara el sedentarismo.

****PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA****

I FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre	GMG.
Edad	48 años.
Peso	47 Kg.
Talla	1.50 cm.
Fecha de nacimiento	05 de noviembre de
Sexo	Femenino.
Ocupación	Hogar.
Escolaridad	Primaria Incompleta.
Procedencia	Angangueo Michoacán.
Fuente de información	Primaria.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

<u>DX</u> Nutrición alterada relacionada con problemas en la masticación por daño y ausencia en piezas dentarias, sensibilidad y gingivitis manifestado por pérdida de peso (3 Kg.) y disminución en el consumo de alimentos.
<u>DX</u> Nutrición alterada relacionada con estado de ánimo (tristeza, enojo, soledad) manifestado por ingesta inferior a las raciones diarias recomendadas.
<u>DX</u> Riesgo de alteración de la integridad cutánea relacionado a la falta de conocimientos sobre el cuidado de los pies y la circulación manifestado verbalmente por la paciente cuando se le pregunta.
<u>DX</u> Déficit de conocimientos en relación al cuidado de los pies, movilidad física y riesgo de infección.
<u>DX</u> Alteración de la movilidad física relacionado con traumatismo (caída) manifestado por disminución de la fuerza al realizar ejercicio fuerte así como las actividades diarias.
<u>DX</u> Dolor en espalda y piernas relacionado con caída y presencia de varices manifestado verbalmente por la paciente cuando se realizo la valoración.
<u>DX</u> Alteración en la eliminación urinaria relacionada con ingesta insuficiente de agua manifestado con oliguria, ganas frecuentes de orinar, dolor y ardor al orinar.

DIAGNÓSTICO MEDICO: Diabetes Mellitus Tipo II, con 2 años de evolución.

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES SEGÚN LAS FUENTES DE DIFICULTAD.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Respirar es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.

BIOLOGICA	PSICOLÓGICA	ESPIRITUAL	SOCIAL CULTURAL
<p>Signos vitales: T/A- 90/60 mmHg. FC- 68 x minuto. Ritmo irregular. FR- 18 x minuto. Amplitud buena. TEMP- 36.0 Peso- 47 Kg. Talla- 1,50 cm.</p> <p>1.-Ligera palidez de tegumentos. 2.-Lechos ungueales/ peri bucal rosados. 3.-Llenado capilar dos segundos. * Durante 3 años fue fumador pasivo. *La casa donde habita no cuenta con buena ventilación. *Sufre de enfermedades respiratorias frecuentes. *Presenta alergia respiratoria al polvo. *No convive con animales, alfombras o peluches, sin embargo hay cortinas, los cuartos son húmedos y cuenta con muchas plantas que son reservorio de polvo y ella se hace cargo de regarlas y limpiarlas.</p>	<p>*La respiración se ve alterada con el ejercicio fuerte (correr a veces caminar) presenta dolor.</p> <p>*Cuando se presenta algún problema o dificultad con su familia hay hiperventilación a demás de dolor y opresión en el cuello. La molestia desaparece cuando se tranquiliza.</p>		

<p>*A la exploración física se observa crecimiento de cornetes nasales por lo que hay una pequeña obstrucción de vías respiratorias superiores debido a la alergia respiratoria que presenta lo que puede estar dificultando la entrada, calentamiento y humidificación del aire inspirado irritando la faringe provocando cuadros gripales repetidos.</p> <p>*A la auscultación se encontraron campos pulmonares ventilados, sin embargo en dos ocasiones se escucharon sibilancias y la amplitud de la caja torácica esta un poco reducida.</p> <p>Hay que recalcar que la casa es Fría en todas las épocas del año.</p> <p>*A la palpación se encontraron las extremidades superiores e inferiores frías y pálidas por lo que puede estar alterada su circulación o termorregulación.</p>			
--	--	--	--

NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN (NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.)

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

BIOLOGICA	PSICOLOGICA	ESPIRITUAL	SOCIAL CULTURAL
<p>Peso: 47 Kg. Talla: 1,50 cm. Perímetro abdominal: 79 cm. Cadera: 91 cm. Glucosa en ayuno: 79 mg/dl.</p> <p>Dieta habitual: sigue un régimen de 1,500 Kcal. Que es una dieta para diabético donde hay mayor consumo de verduras, fibra y frutas.</p> <p>Número de comidas al día: 3 con 3 colaciones entre el horario de comida. Con un horario de: Desayuno: 8:30 Comida: 14:30 Cena: 22:00 hrs. *Duración de las comidas: 45 min. *Algunas veces toma suplementos alimenticios: vitaminas y minerales que le receta el doctor</p>	<p>-Su estado de ánimo altera su apetito a si como el consumo de alimentos (estrés, enojo, tristeza).</p> <p>-No le gusta comer solo, aunque casi nunca lo hace por que come con su esposo y sus hijos, hay veces que llegan sus nietos.</p>	<p>-En fechas como semana santa no consume carne de ningún tipo, no realiza aseo de la casa, ni aseo personal debido a alas costumbres transmitidas por su madre.</p>	<p>-En las fiestas o reuniones familiares come alimentos que normalmente no acostumbra consumir como los embutidos, carne de cerdo, y cosas dulces como el refresco y pastel.</p> <p>-Existe el consumo de frutas de temporada a demás de vegetales y carnes como el pavo y pescado.</p>

<p>(Diabion).</p> <p>Alimentos que le gustan más: Verduras, coliflor, brócoli, ejotes, papa, nopales, calabaza, chile poblano y frijoles.</p> <p>_Manzana, toronja, mandarina, lima, papaya, melón, sandía, Kiwui.</p> <p>Alimentos que le desagradan: Carne de cerdo, carne roja, embutidos, huevo, alimentos grasosos.</p> <p>_No presenta intolerancias o alergias alimentarias.</p> <p>_Trastornos digestivos: estreñimiento por frecuencia y cantidad de heces, 1 vez al día de consistencia sólida, en ocasiones blanda, otras dura y de coloración café oscuro, no hay presencia de hemorroides, sangrado, incontinencia fecal, dolor al evacuar o presencia de</p>			
--	--	--	--

<p>heces con alimento.</p> <p>_Existen problemas en la masticación y deglución; en la masticación por daño en piezas dentarias, molares primordialmente, sensibilidad en dientes, caries dental, presencia de inflamación en las encías, presenta un poco de dolor en la deglución de los alimentos.</p> <p>_Realiza ejercicio diario, a veces sale a caminar o solo dentro de la casa ejercicios pasivos de hombro, cintura, cadera, pierna, brazos y para la circulación.</p> <p>*Frecuencia en el lavado de los dientes: 2 veces al día, solo 2 veces se ha aplicado flour, utiliza pasta colgate y su cambio de cepillo lo realiza solo cuando las cerdas se encuentran maltratadas.</p>			
---	--	--	--

<p>_Ala observación se noto la falta en piezas dentarias, no existen prótesis, la mucosa oral y la lengua son rosadas y las encías con inflamación.</p> <p>**A la exploración física se encuentran las mucosas orales semihidratadas, labios secos, algunos dientes con tonos amarillos, presencia de caries dental y falta de piezas dentarias, encías inflamadas, lengua rosada y limpia, úvula de tamaño normal y amígdalas sin presencia de hipertrofia, abdomen globoso y depresible, con un poco de dolor a la palpación, sin presencia de viceromegalias, a la auscultación presencia de ruidos intestinales.</p> <p>*Se observaron uñas cortas, rosadas y limpias, el cabello es</p>			
--	--	--	--

<p>firme, bien implantado e hidratado, corto, color negro sin presencia de orsuela.</p> <p>Frutas: 7/ 7. Verduras: 7/ 7. Carnes: 3/ 7. Leche: 4 / 7. Cereales: 3 / 7. Leguminosas: 7/7.</p>			
---	--	--	--

PATRON DE ELIMINACIÓN.

BIOLOGICO	PSICOLOGICO	ESPIRITUAL	SOCIAL CULTURAL.
<p>_Evacuaciones: 1 ves al día, heces sólidas color café, sin presencia de alimento, sangre, hemorroides, incontinencia fecal o dolor al evacuar. *No utiliza laxantes.</p> <p>_La orina es de color amarillo claro, aproximadamente 300 ml cuando hay consumo de agua o líquidos, cambia el aspecto a color ámbar cuando disminuye la ingesta y presenta un poco de olor.</p> <p>_Existe amenorrea secundaria a cambios hormonales desde hace dos años.</p> <p>_Con frecuencia cursa con cistitis ya que ha presentado dolor.</p>	<p>_No se ve alterado por cuestiones emocionales.</p>		<p>_Cuando sale a algún evento, a las pláticas o a realizar ejercicio procura no ingerir líquidos para evitar tener que ir al baño frecuentemente y también por que a veces no hay donde realizar las necesidades.</p>

<p>ardor al orinar, urgencia miccional y ganas frecuentes de orinar, esto se encuentra relacionado a una poca ingesta de líquidos. Cuando presenta estas molestias se trata con medicamento.</p> <p>_A la exploración física se encuentra abdomen globoso, blando, depresible, sin presencia de viceromegalias, presenta un poco de dolor en fosa iliaca derecha a la palpación, hay 3 cicatrices de 3 cm. aproximadamente en abdomen secundarias a operación de colecistectomia, a la auscultación ruidos intestinales presentes, a la palpación la vejiga urinaria se encontró de tamaño normal.</p>			
--	--	--	--

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

BIOLOGICO	PSICOLOGICO	ESPIRITUAL	SOCIAL CULTURAL
<p>-Tiene buena capacidad física ya que su movilidad motora no se encuentra alterada cuando se observo su marcha, no presenta problemas para sentarse, levantarse ni para desplazarse de un lugar a otro, no necesita ayuda para la deambulaci3n.</p> <p>-A la exploraci3n se observa marcha equilibrada, la postura un poco curvada, se encuentra con un buen tono muscular, poca flexibilidad, al sentarse maneja posturas viciosas.</p> <p>-Menciona haber sufrido 2 caídas muy fuertes, no hubo fracturas, sin embargo hay ocasiones que siente dolor con el movimiento o con</p>	<p>-Duerme 7 horas pero no descansa ya que generalmente se duerme pensando en los problemas de sus hijos, se siente tensa y amanece con dolor de espalda, hombros o dolor de cabeza al dormir o despertar En ocasiones presenta insomnio.</p>	<p>-Se dedica al hogar por lo que su trabajo solo lo desempeña en su casa (lavar su ropa y la de su esposo, el aseo de la casa y hacer su comida.</p>	<p>-Participa en actividades como ir a tomar clases de pintura algunas veces en grupos que se organizan en las iglesias, en su tiempo libre realiza actividades como tejer, limpiar sus cuadros y retocarlos con pintura y regar sus plantas.</p> <p>-El colch3n en el que duerme es ortopédico con resortes y blando.</p> <p>-El color de su cuarto es lila, oscuro, con pocos muebles y su casa esta ubicada acerca de una avenida donde el ruido de los caches se escucha dentro de la casa.</p>

<p>ejercicio fuerte en cintura, cadera, espalda, piernas y en la columna.</p> <p>-No presenta temblores, su estado de conciencia es alerta pero despistada.</p> <p>-Presenta dolor óseo.</p> <p>-A la exploración los movimientos de flexión y extensión son buenos, reflejos presentes y con buen tono muscular.</p> <p>*Se practico una densitometría ósea en la cuál reportaron una leve descalcificación la cual le dijeron debe ser tratada.</p>			
---	--	--	--

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

BIOLOGICO	PSICOLOGICO	ESPIRITUAL	SOCIAL CULTURAL
<p>-Su horario de sueño es de las 24:00 hrs. a las 7:00 AM.</p> <p>-Horas de sueño: 7 hrs.</p> <p>-Horas de descanso: Ninguna.</p> <p>-Siestas: Ninguna.</p> <p>-Algunas veces presenta insomnio cuando tiene preocupaciones por los problemas con sus hijos, su esposo o su hermana, le preocupa la salud de su esposo.</p> <p>-El lugar donde duerme no favorece su descanso y sueño, por el color, la iluminación y la ubicación.</p> <p>*Durante la recolección de datos su facia era de cansancio, con un poco de ojeras, presento 2 bostezos v un</p>	<p>-No descansa por pensar en la muerte, tiene temor y miedo a morir o a que muera un miembro de su familia.</p> <p>*Pero lo que más le atemoriza es morir enferma de una complicación de la diabetes.</p>	<p>-Acude a la iglesia a confesarse y a pedir que todos los de su familia se encuentren bien y que Dios le de un buen morir.</p>	<p>-Se estresa cuando se entera que ha muerto alguna persona que conoce y cuando la gente le dice que son de su edad.</p>

<p>poco hipodinamica. *Ella manifestó no sentirse descansada al levantarse y su estado mental mostraba un poco de ansiedad, la cual era por que se sentía estresada.</p> <p>-Tenía respuesta a estímulos y en ese momento presentaba cefalea tensional ya que el dolor era en región frontal y periorbital.</p>			
---	--	--	--

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

BIOLOGICO	PSICOLOGICO	ESPIRITUAL	SOCIAL CULTURAL.
<p>-Su baño es cada tercer día, su cambio de ropa es completo.</p> <p>-Se lava los dientes dos veces al día.</p> <p>-Cambia su cepillo cuando las cerdas es tan maltratadas y utiliza hilo dental.</p> <p>-Realiza su lavado de manos frecuentemente.</p> <p>-A la observación su aspecto muestra limpieza, no estaba desarreglada y el vestuario no es inadecuado a su edad.</p>	<p>-El estado de ánimo influye en su forma de vestir, dependiendo de cómo se sienta elige su ropa y sus colores.</p> <p>-Su estado y su autoestima es determinante para su forma de vestir.</p> <p>-Necesita la ayuda en cuanto a la opinión de otra persona como sus hijas para elegir la ropa. (Quiere que le digan como se ve).</p> <p>-Sus prendas de vestir son de acuerdo a su edad, en cuanto a la capacidad motora para vestirse y desvestirse no tiene ningún problema, ella lo realiza sola, no hay dependencia.</p>		

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

BIOLOGICO	PSICOLOGICO	ESPIRITUAL	SOCIAL CULTURAL
<p>-No hay adaptabilidad a los cambios de temperatura, le cuesta mucho trabajo adaptarse al frío y humedad.</p> <p>-Le gustaría que la temperatura fuera de clima calido y entrara un poco de luz y calor a su casa.</p> <p>-Práctica ejercicio diario, 1 sola vez al día aproximadamente 45 minutos a 1 hora son ejercicios pasivos, de bazos, cadera, cabeza, piernas, pies, columna vertebral.</p> <p>-A la observación la piel es un poco delgada, pálida, se encuentra un poco reseca, con presencia de líneas de expresión, menciona ser</p>	<p>-En ocasiones se siente triste por que tiene que estar cubierta con suéter y calcetas para poder sentirse bien dentro de la casa, pero se enoja por que cuando sale hace mucho calor.</p>		<p>-Ella observa cuando sale de casa que la gente viste con playera, falda o short y ella cuando sale tiene que estar cubierta por que al entrar a su casa siente mucho frío y hay veces que eso la resfría un poco. Esta situación la hace sentirse mal.</p>

<p>alérgica al polvo o sensible ya que presenta granitos en los brazos, en los pies hay presencia de callosidades en dedos de ambos pies.</p> <p>-En cuanto a la transpiración es muy poca y solo cuando realiza ejercicio a sí que las pérdidas insensibles son muy pocas.</p> <p>*Su entorno físico esta compuesto por su casa que es de tabique, con loza, de dos pisos en donde no hay iluminación por luz natural, tampoco cuenta con buena ventilación y sus cuartos son húmedos y fríos.</p>			
---	--	--	--

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

BIOLOGICO	PSICOLOGICO	ESPIRITUAL	SOCIAL CULTURAL.
<p>-Realiza su baño cada tercer día generalmente por las noches, su cambio de ropa es completo.</p> <p>-Se lava los dientes 2 veces al día, después del desayuno y después de la cena.</p> <p>-Se asea frecuentemente las manos, cada que toma alguna cosa sucia, antes de comer, después de ir al baño y cuando prepara o toma los alimentos.</p> <p>-A la observación en ese momento se encontró buen aspecto general, con buen olor, dientes limpios, también manos y uñas, el cabello se encontraba limpio, la piel un poco reseca, en la piel del dorso del pie derecho una mancha blanca relacionado por dermatitis por contacto. tiene</p>	<p>-Le da mucha pena que la gente la vea con la ropa y el cabello sucio, y piensa que siempre debemos cuidar nuestro arreglo personal.</p>	<p>-Solo en semana santa no realiza su baño ni aseo por creencias que le inculcaron sus padres.</p>	<p>-A ella no le gusta acercarse a la gente cuando no se baña por que siente que huele mal ya que frecuentemente va al baño por la diabetes.</p>

<p>presencia de callosidades en ambos pies, las uñas un poco largas por que menciona que le da un poco de miedo cortárselas ya que se puede lesionar por que no ve bien y no quiere que se le haga pie diabético, se observo un poco de enrojecimiento a un costado del pie izquierdo.</p> <p>-Trata de buscar un tipo de calzado adecuado pero tiene problemas para encontrarlo ya que calza de un número muy pequeño y por lo regular los zapatos le molestan, no se observa pie plano y sus arcos plantares son normales.</p>			
--	--	--	--

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

BIOLOGICO	PSICOLOGICO	ESPIRITUAL	SOCIAL CULTURAL
<p>-Actualmente ella vive con su esposo y 2 hijas solteras, pero tuvo 5, por el momento no trabaja solo se dedica al hogar.</p> <p>-Tiene problemas con la vista, aunque hace un año que le realizaron su chequeo de los ojos solo le detectaron vista cansada y le hicieron unos lentes apropiados para el problema, sin embargo refiere que no termino su problema ya que ve borroso de lejos y de cerca las letras o las cosas, por lo que acudió al Hospital General a realizarse un chequeo con el oftalmólogo hace poco tiempo pero le dijeron que estaba bien que no tenia ningún problema.</p>	<p>-Ante una situación de urgencia o cuando hay problemas ella reacciona con angustia, nerviosismo, se altera y tiene mucho miedo a lo que pueda pasar y algunas veces reacciona con llanto.</p> <p>-Canaliza estas situaciones de tensión de forma somática (con dolor de cabeza, en el pecho y sensación de opresión en el cuello).</p>	<p>-Tiene miedo a enfrentarse a una enfermedad grave o aun accidente que la incapacite para realizar sus actividades y llegue a hacer dependiente de alguien, lo que le genera mucha angustia, por eso le pide mucho a Dios que la ayude.</p>	

<p>-Observamos que en su casa hay cosas que la ponen en riesgo de sufrir un accidente como lo es la escalera, el piso de su casa es muy resbaloso, y cuando sale a la calle por el problema de su vista, ya que no se dedica a otra actividad o se desplaza a un lugar de trabajo.</p> <p>**Aunque realiza controles periódicos de salud desconoce las medidas de protección en caso de incendio, temblores, erupciones etc. Es alérgica a medicamentos como trimetropin con sulfametoxasol, metamizol sódico y penicilina sodica cristalina y no utiliza ningún brazalete, ni cadena que oriente a otras personas sobre esto, siendo un riesgo para un accidente que requiera de hospitalización v</p>			
---	--	--	--

manejo de medicamentos.			
-------------------------	--	--	--

NECESIDAD DE COMUNICARSE.

BIOLOGICO	PSICOLOGICO	ESPIRITUAL	SOCIAL CULTURAL
<p>-Su lenguaje es claro, aunque a veces le cuesta trabajo expresar lo que me quiere decir y se confunde, pero no presenta ningún problema en la pronunciación e integración de palabras.</p> <p>-Presenta problemas en su vista y oído. (Acudió con un oftalmólogo que la valoro, le realizo estudios y le dijo que no tenía ningún problema más que vista cansada).</p>	<p>-Refiere no tener buena comunicación con sus hijas, casi siempre que inician un dialogo termina en discusión por diferencia de ideas, en ocasiones las discusiones terminan con gritos e insultos, lo que le genera mucho estrés ya que a ella le gustaría que sus hijas entendieran lo que ella les dice y no fueran tan agresivas cuando defienden sus ideas y que aceptaran un consejo por parte de ella o de su esposo.</p> <p>-En ocasiones se siente triste por que pasa casi 12 horas sola y sin realizar actividades distintas a las rutinarias.</p>	<p>-Es casada por el civil y por la iglesia, cumplió 31 años de casada, actualmente vive con su esposo y 2 hijas y el rol que ella cumple dentro de su estructura familiar es el de madre y ama de casa.</p> <p>-Para ella significa mucho su matrimonio por la iglesia por que esta bendecido por Dios.</p>	<p>-Anteriormente no tenia comunicación con ninguna persona ni con sus vecinos ya que no salía de su casa, no tenia amigas por lo que le cuesta mucho trabajo entablar comunicación con otras personas, sin embargo actualmente ya es un poco sociable gracias a la asistencia a cursos de pintura de figuras de cerámica y a que sus hijas le piden que las acompañe a realizar compras.</p>

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

BIOLOGICO	PSICOLOGICO	ESPIRITUAL	SOCIAL CULTURAL.
	<p>-En ocasiones sus creencias religiosas le generan conflicto con su esposo debido a criticas que el le hace acerca de su comportamiento y de lo que ella dice que la iglesia acepta por cosas correctas y por acudir algunas veces a eventos que realizan por parte de la iglesia a la que acude regularmente.</p> <p>-Por el dialogo con ella no es congruente su forma de pensar con su forma de vivir, ya que ella habla de lo que es correcto hacer cuando los hijos se portan mal o cómo hay que tratar a los esposos y ella hace lo contrario algunas veces.</p>	<p>-Es de religión católica, no pertenece a ningún grupo religioso ni tiene una forma de vestir específica que indique que pertenece a alguno de ellos, pero en su hogar existen figuras religiosas a las cuales les tiene FE.</p> <p>-A ella le gustaría que sus hijas y su esposo se acercaran más a la iglesia y a las actividades que se realizan allí.</p>	<p>-Siempre ha tratado de inculcarle a sus hijas desde pequeñas valores importantes como el amor, respeto, honestidad, solidaridad etc. Así como acudir a la iglesia.</p>

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

BIOLOGICO	PSICOLOGICO	ESPIRITUAL	SOCIAL CULTURAL
	<p>-Actualmente no trabaja y refiere nunca haberlo hecho debido a que no tuvo la oportunidad de poder estudiar y trabajar, a demás de haberse casado a los 16 años y haberse dedicado solo al hogar y al cuidado de sus hijos.</p>	<p>-Le genera tristeza no haberse realizado profesionalmente, haberse preparado y trabajar para ayudar a su esposo.</p>	<p>-Conoció a personas que la invitaron a estudiar la primaria, se entusiasmo y convenció de que todavía puede estudiar, sacar su certificado de la primaria y poder estudiar la secundaria y realizar lo que ella se fijara.</p>

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

BIOLOGICO	PSICOLOGICO	ESPIRITUAL	SOCIAL CULTURAL
<p>-Su sistema neuromuscular no ha presentado problemas graves que le impidan acercarse a realizar alguna actividad, solo en ocasiones cuando le duelen los huesos o algunos músculos como los de las piernas, muslos y la espalda.</p> <p>**Cuenta con mucho tiempo libre sin embargo su estado de salud sí modifico sus actividades anteriores ya que hay ocasiones que presenta mucho dolor o mucho cansancio.</p>	<p>-El estrés y los problemas la desaniman y deja de realizar las actividades que le gustan por algún tiempo, a demás cuando se encuentra deprimida se aísla y rechaza acudir a alguna actividad.</p>		<p>-Las actividades recreativas que ella realiza en su tiempo libre es tejer, pintar, regar sus plantas que le gusta mucho y cuidarlas.</p> <p>-Dentro de su comunidad existen lugares de recreación como un deportivo (aunque menciona que esta un poco descuidado), una iglesia donde algunas veces se imparten cursos de manualidades o curso de verano a bajo costo, existe también una casa de la cultura donde dan clases de danza, cocina, pintura, guitarra etc.</p> <p>**En ocasiones también la detiene un poco la cuestión</p>

			económica, hay veces que no cuenta con los recursos necesarios para acudir periódicamente a este tipo de actividades.
--	--	--	---

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

BIOLOGICO	PSICOLOGICO	ESPIRITUAL	SOCIAL CULTURAL
<p>-De acuerdo a sus valoraciones no tiene ningún tipo de limitación cognitiva.</p>	<p>-Ella se encuentra muy interesada en aprender todo lo relacionado a su enfermedad y pueda resolver sus problemas de salud cuando se presenten, ya que solo recibe información cuando acude al médico a sus pláticas, y desea saber como poder ayudar a sus hijas a cuidarse para que no desarrollen su enfermedad ya que de la información que ha recibido sabe que hay un factor genético que las predispone a desarrollar la enfermedad.</p>		<p>-Su nivel de educación fue reducido, solo estudio hasta tercer año de primaria, ella menciona que antes tenía muy buena memoria pero ahora tiene un poco de problema en la retención de datos pero no le importa por que le va a echar ganas, le gusta leer, escuchar lecturas y ver documentales y programas educativos en la televisión.</p> <p>**Actualmente tuvo conocimiento de fuentes de apoyo para el aprendizaje como lo es el INEA y ya se inscribió para terminar sus estudios porque le queda muy cerca de su domicilio, y menciona conocer otras fuentes de apoyo dentro de su comunidad.</p>

III CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DX DE ENFERMERÍA
1.- Oxigenación.	I Independiente. PD D	
2. Nutrición e hidratación.	I PD Parcialmente dependiente D	<p>*Nutrición alterada relacionada con problemas en la masticación por daño y ausencia en piezas dentarias, sensibilidad y gingivitis manifestado por pérdida de peso (3 Kg.) y disminución en el consumo de alimentos.</p> <p>*Nutrición alterada relacionada con estado de ánimo (tristeza, enojo, soledad) manifestado por ingesta inferior a las raciones diarias recomendadas.</p>
3.- Eliminación.	I PD Parcialmente dependiente D	<p>*Alteración en la eliminación urinaria relacionada con ingesta insuficiente de agua manifestado con oliguria, ganas frecuentes de orinar, dolor y ardor al orinar.</p>
4.- Moverse y mantener una buena postura.	I Independiente. PD D	<p>*Alteración de la movilidad física relacionado con traumatismo (caída) manifestado por disminución de la fuerza al realizar ejercicio fuerte así como las actividades</p>

		diarias. *Dolor en espalda y piernas relacionado con caída y presencia de varices manifestado verbalmente por la paciente cuando se realizo la valoración.
5.- Descanso y sueño.	I PD Parcialmente dependiente D	
6.-Usar prendas de vestir adecuadas.	IIndependiente. PD D	
7.- Termorregulación.	I PD Parcialmente dependiente D	
8.-Higiene y protección de la piel.	I PD Parcialmente dependiente D	*Riesgo de alteración de la integridad cutánea relacionado a la falta de conocimientos sobre el cuidado de los pies y la circulación manifestado verbalmente por la paciente cuando se le pregunta. *Déficit de conocimientos en relación al cuidado de los pies, movilidad física y riesgo de infección.
9.- Evitar peligros.	I PD Parcialmente dependiente D	
10.- Comunicarse.	I PD Parcialmente dependiente D	
11.-Vivir según sus creencias y valores.	I PD Parcialmente dependiente D	
12.-Trabajar y realizarse.	I PD	

	D Dependiente.	
13.-Jugar y participar en actividades recreativas.	I PD Parcialmente dependiente D	
14.- Aprendizaje.	I PD Parcialmente dependiente D	

(I) Independiente.
(PD) Parcialmente Dependiente.
(D) Dependencia.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD DE NUTRICIÓN

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

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>**Nutrición alterada relacionada con estado de ánimo (tristeza, enojo, soledad) manifestado por ingesta inferior a las raciones diarias recomendadas.</p>	<p>*Que la paciente comprenda la importancia de llevar a cabo una buena nutrición.</p> <p>*Lograr una adecuada ingesta de alimentos mediante la elaboración y seguimiento de una dieta y lista de equivalentes según sus necesidades.</p> <p>*Mantener un buen control de su glicemia evitando las complicaciones que pudiera generar su</p>	<p>*Instruir a la paciente para que lleve el registro en un diario en relación con los alimentos que ingirió, el horario, con quien o que estaba haciendo, que indique los estados de ánimo y los acontecimientos inmediatamente anteriores a las comidas.</p> <p>*Ayudar a la paciente a buscar asesoría para su alimentación con una nutrióloga y evaluar junto con ella la comprensión de la información.</p> <p>* Ayudar a la paciente a aumentar la ingesta de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas sin alterar la glucemia, explicando cuantas calorías debe</p>	<p>* La paciente lleva acabo en su diario el registro de su dieta, cuando come sola, que significa para ella comer y cada fin de semana realizamos juntas una evaluación acerca de los beneficios que esto le proporciona, que cosas no le agradaron que podamos cambiar, ella nos comenta que se siente bien realizando esta actividad.</p> <p>* Se encuentra dentro de un programa de salud, acudiendo a citas gratuitas cada mes con una Lic. En Nutrición que le brinda asesoría acerca de los contenidos energéticos de los alimentos, cuales debe consumir y</p>

	<p>enfermedad.</p> <p>*Lograr que todos los miembros de la familia participen con ella en la alimentación.</p> <p>*Que su esposo y sus hijos comprendan la importancia de evitar el estrés y algunos estados de ánimo.</p>	<p>consumir, cuantos miligramos de proteínas, vitaminas, calcio, hierro y grasas debe de consumir según su talla, peso y actividad física que realice.</p> <p>* Informarle sobre las fuentes de proteína animal que pueden ser para ella más aceptables que la carne roja, (ya que le desagrada y tiene problemas dentales para consumirla.</p> <p>*Dar a la paciente algunas opciones para mantener una alimentación adecuada, como lo es una lista de equivalentes de los alimentos más importantes de la dieta.</p> <p>* Fomentar una actitud positiva y la participación activa del paciente y sus familiares mediante la explicación de las ventajas que tiene el autocontrol de la glucemia mediante una buena alimentación que favorecería a todos si la consumieran igual que su mama, además de explicarles la</p>	<p>evitar así como la importancia de la nutrición en el control de la diabetes, se le realiza un dextroxtix y una prueba de hemoglobina glucosilada cada tres meses para saber como ha respondido al plan alimentario durante ese tiempo, en una clínica cercana donde acude también con el médico.</p> <p>* Durante nuestra reunión se le pide que externe sus dudas hacer de la información que le brinda la nutriologa, si es factible para ella llevar acabo la dieta sugerida y se le proporciona más información acerca de los equivalentes de algunos alimentos importantes.</p> <p>*Se esta trabajando con los demás miembros de la familia para poder integrarlos a la misma dieta claro según las necesidades de la persona previa valoración, pero haciendo</p>
--	--	---	--

		importancia de evitar el estrés y todas las situaciones que generen cambios en el estado de ánimo.	conciencia de la empatía y el apoyo que deben de dar a su familiar.
--	--	--	---

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>*Nutrición alterada relacionada con problemas en la masticación por daño y ausencia en piezas dentarias, sensibilidad y gingivitis manifestado por pérdida de peso (3 Kg en 10 días) y disminución en el consumo de alimentos.</p>	<p>* Que la paciente tenga y comprenda la información acerca de los problemas bucales que presenta y los cambios físicos de acuerdo a su edad.</p> <p>*Que la paciente reciba atención bucal lo más pronto posible.</p>	<p>* Explicarle lo que es la gingivitis, como se manifiesta, sus síntomas y que medidas higiénicas y cuidados debemos tener para prevenirla.</p> <p>*Explicarle sobre medidas de higiene bucal como lo es el cepillado de los dientes, utilización de hilo dental y enjuague bucal para mejorar el estado de las encías.</p> <p>*Elaborar en conjunto medidas que ayuden a disminuir los síntomas y mejorar el estado de dientes y encías contribuyendo así con una mejor alimentación.</p> <p>*Buscar un servicio de odontología donde sea tratado el daño en las piezas dentarias además de ser económicamente accesible para ella. (En este caso una clínica multidisciplinaria de la UNAM ya que en el centro de salud no pueden ser resueltos los problemas dentales que la paciente presenta)</p> <p>*Sugerir la utilización de pasta dental que ayude a disminuir la sensibilidad de los dientes.</p>	<p>* Se realizaron platicas de fomento a la salud donde se le otorgo la información acerca del problema bucal que presenta mediante esquemas y practicando las medidas higiénicas, haciendo muy dinámico el ejercicio que favoreció a una completa atención, comprensión y participación de la paciente.</p> <p>* Se buscaron opciones para una pronta atención en los lugares de bajo costo donde se brindan servicios profesionales como lo son las Clínicas Multidisciplinarias de la UNAM, donde se brindo atención inmediata y la sigue recibiendo hasta que se solucione su problema de salud bucal.</p> <p>* Dentro de la atención el odontólogo estuvo descuerdo con migo en que la paciente pudiera utilizar una pasta especial para dientes sensibles e hilo dental.</p> <p>*por otro lado se platico también con el médico tratante acerca de la realización de algún estudio que pudiera mostrar la condición de los huesos para evitar problemas</p>

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que esta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo y microbios.

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN.
<p>*Déficit de conocimientos relacionado a la higiene y cuidado de los pies, movilidad física y riesgo de infecciones.</p> <p>*Riesgo de alteración de la integridad cutánea relacionado a la falta de conocimientos sobre el cuidado de los pies y la circulación manifestado verbalmente cuando se le pregunta.</p>	<p>*Brindar información que le permita resolver dudas sobre los cuidados de los pies y como mejorar su circulación.</p> <p>*Prevenir en la paciente riesgos potenciales como ulceraciones, infecciones interdigitales y gangrena.</p>	<p>* Valorar los pies de la paciente incluyendo el área interdigital en busca de lesiones de tejidos blandos, sequedad, piel agrietada, cambios de color o temperatura, durezas o callos.</p> <p>* Enseñar a la paciente y a los familiares a observar sus pies diariamente en busca de uñas encarnadas, puntiagudas o rotas, signos de traumatismo en el pie, callos o juanetes y así dar una pronta solución y atención que evitara complicaciones.</p> <p>*Dar información a la paciente y a sus familiares sobre la importancia de</p>	<p>* Se detectaron algunas alteraciones en la piel las cuales se solucionaron después de llevar a cabo las recomendaciones que se le dieron en la visita de fomento a la salud donde se le explico y enseñó acerca de los problemas o complicaciones que traería el no cuidar de nuestra piel ya que es la primera barrera de defensa de nuestro organismo.</p> <p>* Se observo presencia de varices en ambas piernas por lo que se tomaron medidas de higiene circulatoria mediante la</p>

		<p>cuidar sus pies y el cuidado meticuloso de la piel y las heridas, así como de las complicaciones más frecuentes como lo es el pie diabético, las úlceras y amputaciones.</p> <p>*Recomendar que evite andar descalzo incluso dentro de la casa, cuidar de forma rutinaria las uñas de los pies, evitar el uso de medicamentos o productos químicos para tratar callos, usar solo calzado de piel blanda y sin bordes, examinando siempre la parte interior del calzado en busca de objetos cortantes o animales que puedan provocar lesiones.</p> <p>*Recomendar a la paciente que no utilice ropa muy ajustada o medias muy apretadas.</p> <p>*Explicar mediante dibujos los ejercicios que debe realizar en miembros inferiores, e ir realizando uno por uno en el momento con el fin de corroborar la comprensión de la información v queda</p>	<p>aplicación de ejercicios para mejorar la circulación reportando la paciente una gran mejoría después de practicarlos durante 2 semanas lo que la motivo a seguirlos realizando.</p>
--	--	---	--

		mejorar la circulación y los síntomas que se presentan cuando se encuentra alterada.	
--	--	--	--

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes de su cuerpo, con movimientos coordinados y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo, la circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas.

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN.
--------------------	------------------	-------------------------------------	--------------------

<p>*Dolor en espalda y piernas relacionado con caída y presencia de varices, manifestado verbalmente por la paciente cuando se realizó la valoración.</p>	<p>*Reducir el dolor sin alterar la actividad física.</p> <p>*Evitar el sedentarismo asíéndole notar que ella puede realizar a un muchas actividades.</p>	<p>*Explicarle a la paciente sobre la existencia de ejercicios pasivos de fortalecimiento muscular y de movilización de extremidades como extensión, flexión, abducción y aducción por lo menos 10 veces en cada pie.</p> <p>*Dar información sobre algunas posiciones que favorezcan el funcionamiento del sistema músculo esquelético.</p> <p>*Practicar una rutina de ejercicios que ayuden al movimiento de cada una de las partes del cuerpo como lo son ejercicios de cabeza, brazos, piernas, columna y abdomen.</p> <p>*Valorar junto con la paciente la comprensión de la información para evitar riesgos.</p> <p>*Realizar junto con la paciente los ejercicios las primeras veces para motivar a que</p>	<p>* Después de explicarle ala paciente la importancia de no suspender el ejercicio y mediante la esquematización de ejercicios que ayudan al fortalecimiento y disminución del dolor y al practicarlos juntas durante varios días, se dio cuenta que hay alternativas en cuanto a ejercicio y que puede realizarlas sin sentir dolor y con una dinámica diferente por lo que esta muy contenta y sigue realizándolos.</p>
---	---	---	--

<p>*Alteración de la movilidad física relacionado con traumatismo (caída) manifestado por dolor al movimiento y disminución de la fuerza al realizar ejercicio fuerte.</p>	<p>*Motivar a ala paciente a realizar ejercicio que no represente riesgo para un nuevo traumatismo.</p> <p>*Lograr que la paciente se interese en actividades de recreación como el yoga u otro que contribuyen al mejoramiento de su salud.</p>	<p>los siga realizando, así como observar si existe alguna dificultad.</p> <p>*Dar información sobre actividades que puede realizar en los lugares de asistencia social.</p> <p>*Realizar una exploración neurológica comprobando el control postural mediante el reflejo de enderezamiento, hipotensión ortostatica o balanceo, observando el equilibrio.</p> <p>*Realizar pruebas de sensibilidad al tacto, dolor, temperatura y vibración.</p> <p>*Valorar las extremidades de la paciente para detectar si existe una posible disminución de los pulsos periféricos.</p> <p>*Valorar si existe alteración en la circulación (presencia de edema o Varices)</p>	<p>* Por el momento solo desea realizar ejercicio dentro de su hogar o en lugares cercanos, sin dejar de contemplar la posibilidad de unirse con otras personas dentro de un lugar de asistencia social.</p> <p>* No se encontraron alteraciones neurológicas que impidan la realización de ejercicio, siempre y cuando se encuentre alguien cerca por si ocurriera algún accidente.</p>
--	--	--	--

		<p>*Mediante esquemas enseñarle la forma en como deben realizarse los ejercicios que ayudan a mejorar la circulación y realizarlos con ella en ese momento.</p>	
--	--	---	--

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Eliminar es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo, la excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces, también por la transpiración y la espiración pulmonar.

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>*Alteración en la eliminación urinaria relacionada con ingesta insuficiente de líquidos manifestado con oliguria, ganas frecuentes de orinar, dolor y ardor.</p>	<p>*Que la paciente incremente el consumo de líquidos.</p> <p>*Evitar que se presenten infecciones de vías urinarias frecuentes.</p> <p>*Que la paciente aprenda a cuidar cada uno de los órganos de su cuerpo.</p>	<p>*Explicar a la paciente la función tan importante que desempeña el riñón y las complicaciones tan severas que puede tener si empieza a haber un daño en el.</p> <p>*Informar a la paciente que si no existe un buen consumo de líquidos no son eliminados los desechos del organismo por el riñón, lo que favorece a las infecciones frecuentes que se manifiestan con dolor, ardor y urgencia miccional.</p> <p>*Preguntar a la paciente cuales son los líquidos que le agrada consumir, al mismo tiempo darle opciones como el té, agua de frutas, café descafeinado, jugos al 50% etc.</p> <p>*Explicarle como favorece el consumo de líquidos con frutas</p>	<p>* Se trabajo con ella la información acerca de la función que tiene un órgano tan importante como lo es el riñón, resolviendo algunas dudas y escuchando el por que no consume la cantidad de líquido que nuestro cuerpo necesita para su buen funcionamiento, dando alternativas de solución a este problema, aunque se comprometió a consumir más líquidos quedándole clara la información, he notado que todavía le cuesta un poco de trabajo, sin embargo estamos conciente que el proceso de cambio de hábitos se da poco a poco.</p>

		<p>ácidas como la piña, limón, jamaica, tamarindo, naranja etc. Que mejoran el ph de la orina evitando el crecimiento de las bacterias que generan infección.</p> <p>*Enseñar a la paciente como realizar el aseo correcto de los genitales explicando que también es un factor que predispone a infecciones por la cercanía del meato urinario con el ano y por que es más pequeña la uretra de la mujer que la del hombre lo que permite un acceso más fácil.</p>	
--	--	---	--

BIBLIOGRAFÍA

- 📖 Alatorre E. “El proceso Histórico de la Educación de Enfermería en México”, XIII Reunión de Licenciados Enfermería, Memoria México ENEO-UNAM; 1992.

- 📖 Benavent, Ferrer, Francisco, Fundamentos de enfermería “Los cuidados de enfermería”, editorial Manual moderno, 2001.
- 📖 Carranza F.A. “Clasificación de las Enfermedades Periodontales” Periodontología clínica, Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2002.
- 📖 Collière M.F Promover la vida: “De la práctica de las mujeres cuidadoras, a los cuidados de enfermería” Madrid Editorial Mc Wraw-Hill 1993.
- 📖 Esquivel H. Rosa “Nutrición y Salud” 1ra edición, Editorial Manual Moderno; 2005.
- 📖 Genco, Gldman, Cohen “Periodoncia” Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1998.
- 📖 García G, María de Jesús “El Proceso de Enfermería y el Modelo Conceptual de Virginia Henderson” editorial Progreso; 1997.
- 📖 Griffth Janet W “Proceso Atención de Enfermería” 2da ed. Editorial Manual Moderno; 1993.
- 📖 Hernández CJ Historia de la enfermería “Un análisis histórico del cuidado” Madrid España 1995.
- 📖 Hart lidia “El modelo de introspección, cuidados, curación” Editorial Manual Moderno; 1999.
- 📖 Dr. Jorge Sánchez Gonzáles “Revista Diabetes Hoy” Editada y publicada por la Federación Mexicana de Diabetes, A.C.;2005.
- 📖 Lamiq E. Tratado de enfermería, “Guía de la enfermera” Casa Editorial Gante 1914.
- 📖 Landa E. “Algo sobre los deberes de la enfermera hacia los enfermos”, En sociedad de Cirugía 2da. Asamblea nacional de cirujanos, Memoria México Ediciones de la Sociedad de cirugía; 1938.
- 📖 Murray, Mary, Ellen “Proceso Atención de Enfermería” Ed. McGraw-Hill, Interamericana 5ta. Edición; 1996.
- 📖 Marriner, Raile “Modelos y teorías de enfermería” 4ta. Ed. Madrid: Editorial Harcourt;1998.
- 📖 Salas S. “Enfermería Universitaria de la ENEO” Legados y Tendencias México Editorial Gante; 1997.
- 📖 Pacheco Arce “Fundamentación Teórica para el Cuidado” Antología. ENEO. División de Educación Continua y Desarrollo Profesional, México; 2005.
- 📖 Kozier, Barbara, “Enfermería Fundamental” 4ta. Ed. Editorial Interamericana Mcgraw-Hill;1993.
- 📖 Tazón, Ansola, García, “La relación interpersonal fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería”, Madrid Editorial Difusión de avances de Enfermería 2000.
- 📖 Volker, Finn, “Alimentación y caries dental” Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2000.

ANEXOS

CUESTIONARIO PARA VALORACIÓN DE NECESIDADES “ADULTO JOVEN”

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. NECESIDAD BASICA DE:

Oxigenación: nutrición, e hidratación, eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACION

- **Subjetivo:**

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

- **Objetivo:**

Registro de signos vitales y características:_____

_____Tos productiva /
seca:_____ Estado de conciencia:_____ Coloración de piel / lechos
ungueales / peri bucal:_____ Circulación del retorno
venoso:_____ Otros:_____

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACIÓN

- **Subjetivo:**

Dieta habitual (tipo):_____ Número de comidas diarias:_____ Trastornos digestivos:_____ Intolerancias alimentarias / alergias:_____ Problemas de masticación y deglución:_____ Patrón de ejercicio:_____

- **Objetivo:**

Turgencia de la piel:_____ Membranas mucosas hidratadas / secas:_____ Características de uñas / cabello:_____ Funcionamiento neuromuscular y esquelético:_____ Aspectos de los dientes y encías:_____ Heridas, tipo y tiempo de cicatrización:_____ Otros:_____

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- **Subjetivo:**

Hábitos intestinales:_____ Características de las heces, orina y menstruación:_____ Historia de hemorragias / enfermedades renales, otros:_____ Uso de laxantes:_____ Hemorroides:_____ Dolor al defecar / menstruar / orinar:_____ Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación:_____

- **Objetivo:**
Abdomen características:_____ Ruidos intestinales:_____ Palpación de la vejiga urinaria:_____ Otros:_____

NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

- **Subjetivo:**
Adaptabilidad de 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 BASICAS DE:

Moverse y mantener una postura, descanso y sueño, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.

NECESIDAD DE 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:_____ Necesidad de ayuda para la deambulación:_____ Dolor con el movimiento:_____ Presencia de temblores:_____ Estado de conciencia:_____ Estado emocional:_____ Otros:_____

NECESIDAD DE DESCANS Y SUEÑO

- **Subjetivo:**
Hora de descanso:_____ Horario de sueño:_____ Horas de descanso:_____ Horas de sueño:_____ Siesta:_____ Ayudas:_____ Insomnio:_____ Debido a:_____ Descansado al levantarse:_____

- **Objetivo:**

Estado mental. Ansiedad /estrés / lenguaje:_____ Ojeras:_____
Atención:_____ Bostezos:_____ Concentración:_____ Apatía:_____
Cefaleas:_____ Respuesta a estímulos:_____ Otros:_____

NECESIDADES DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

- Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir:_____
Su autoestima es determinante en su modo de vestir:_____ Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría:_____ Necesita ayuda para la selección de su vestuario:_____

- Objetivo.

Viste de acuerdo a su edad:_____ Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse:_____ Vestido incompleto:_____ Sucio:___ Inadecuado:_____
Otros:_____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

- Subjetivo:

Frecuencia del baño:_____ 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 Tipo:_____
Otros:_____

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

- Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia:_____
Como reacciona ante situación de urgencia:_____
Conoce las medidas de prevención de accidentes:_____ Hogar:_____
Trabajo:_____ Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona:_____ Familiares:_____ Como caliza las situaciones de tensión en su vida:_____

- Objetivo:

Deformidades congénitas:_____ Condiciones del ambiente en su hogar:_____
Trabajo:_____ Otros:_____

3. NECESIDADES BASICAS DE:

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

NECESIDAD DE COMUNICARSE

- Subjetivo:

Estado civil:_____ Años de relación:_____ Vive con:_____ Preocupaciones / estrés:_____ Familia:_____ Otras personas que pueden ayudar:_____ Rol en estructura familiar:_____ Comunica problemas debido a la enfermedad /estado:_____ Cuanto tiempo pasa sola:_____ Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo:_____

- Objetivo:

Habla claro:___ Confusa:___ Dificultad. Visión:___ Audición:___ Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas:_____ Otros:_____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

- Subjetivo:

Creencia religiosa:_____ su creencia religiosa le genera conflictos personales: _____ principales valores en la familia:_____ principales valores personales:_____ es congruente su forma de pensar con su forma de vivir:_____

- Objetivo:

Hábitos específicos de vestido. (grupo social religioso):_____ permite el contacto físico:_____ presencia de 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 al trabajo:_____ Esta satisfecho con su trabajo:_____ Su remuneración le permite cubrir sus necesidades le permite cubrir sus necesidades básicas y /o las de su familia:_____ Está satisfecha con el rol familiar que juega:_____

- Objetivo:

Estado emocional / calmado/ ansioso /enfadado /temeroso /irritable /inquieto/ eufórico:_____ Otros:_____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

- Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre:_____ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de ésta necesidad:_____ Recursos en su comunidad para la recreación:_____ Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa:_____

- Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular:_____ Rechazo a las actividades recreativas:_____ Estado de ánimo:_____ Apático /aburrido /participativo:_____ Otros:_____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

- Subjetivo:

Nivel de educación:_____ Problemas de aprendizaje:_____ Limitaciones cognitivas:_____ Tipo:_____ Preferencias: Leer /escribir:_____ Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad:_____ Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo:_____ Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud:_____ Otros:_____

- Objetivo:

Estado del sistema nervioso:_____ Órganos de los sentidos:_____ Estado emocional: ansiedad, dolor:_____ Memoria reciente:_____ Memoria remota:_____ Otras manifestaciones:_____