



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

“ESTUDIO DE CASO A UN PREESCOLAR CON ALTERACIÓN DE LAS
NECESIDADES DE: MOVIMIENTO, COMUNICACIÓN Y DE JUEGO”

QUE PRESENTA:

BRAVO MARTÍNEZ ERIKA.
NO. DE CUENTA: 9455019-1.

ASESORA: LEO. RIVERA MONTIEL ANGELINA.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Introducción.....	4
Justificación.....	5
Objetivos.....	6
Marco teórico.....	7
2.1 Enfermería.....	9
2.1.1 Antecedentes Históricos.....	12
2.1.2 Definición.....	24
2.1.3 Metaparadigma.....	24
2.2 Cuidado.....	28
2.2.1 Antecedentes Históricos.....	28
2.2.2 Definición.....	30
2.2.3 Tipos de cuidado.....	30
2.2.4 Tecnologías para el cuidado.....	35
2.3 Proceso Atención de Enfermería.....	44
2.3.1 Antecedentes Históricos.....	44
2.3.2 Definición.....	46
2.3.3 Objetivos.....	47
2.3.4 Valoración.....	47
a) Definición	47
b) Objetivos.....	48
c) Métodos de valoración.....	48
d) Fuentes de información (directas o indirectas).....	52
2.3.5 Diagnóstico.....	53
a) Definición.....	53
b) Objetivo.....	53
c) Formato PES (problema, etiología y signos y síntomas).....	53
d) Etiquetas diagnósticas de la NANDA.....	54
2.3.6 Planeación.....	59
a) Definición.....	59
b) Objetivo.....	59
c) Tipos de intervenciones (independientes, dependientes e interdependientes).....	60
2.3.7 Ejecución.....	61
a) Definición.....	61
b) Objetivo.....	61
2.3.8 Evaluación.....	61
a) Definición	61
b) Objetivos.....	61
2.4 Modelo conceptual de Virginia Henderson.....	62

2.4.1	Antecedentes Históricos.....	62
2.4.2	Influencias teóricas.....	63
2.4.3	Principales postulados o supuestos.....	65
2.4.4	Principales conceptos.....	68
	a) Independencia	68
	b) Dependencia.....	69
	c) Rol de enfermería.....	69
	d) Necesidad.....	69
	e) Causas de dificultad.....	69
2.4.5	Las 14 necesidades de Virginia Henderson.....	70
2.5	Proceso Atención de Enfermería y el modelo conceptual de Virginia Henderson.....	71
2.5.1	Valoración.....	72
2.5.2	Diagnóstico.....	72
2.5.3	Planeación	72
2.5.4	Ejecución.....	72
2.5.5	Evaluación.....	73
2.6	Displasia del Desarrollo de la Cadera.....	73
2.7	Apego Materno.....	79
2.8	Caso Clínico.....	91
2.8.1	Necesidad de Comunicación.....	92
2.8.2	Necesidad de Movimiento.....	95
2.8.3	Necesidad de Juego.....	99
	Bibliografía.....	102
	Anexos.....	106

INTRODUCCIÓN

En mi formación como Licenciada en Enfermería y Obstetricia, surge la necesidad de titularme; por ello elegí el seminario de titulación con el Proceso Atención de Enfermería. Bajo el modelo de Virginia Henderson.

En éstos momentos cuento con la experiencia de brindar atención a clientes con afecciones del sistema músculo esquelético, por lo que elegí el presente tema.

En ésta etapa como profesional surge la inquietud de realizar un Proceso Atención de Enfermería, enfocado a resolver las necesidades del cliente; tanto biológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales y no únicamente a resolver problemas encaminados a la triada epidemiológica.

Así mismo se presentan los antecedentes históricos de la Enfermería, los cuidados de Enfermería que en la actualidad es sinónimo de Bienestar; el Proceso Atención de Enfermería es un método para planificar y ejecutar cuidados de Enfermería y su valoración del cliente tomando en cuenta las etiquetas diagnósticas de la NANDA.

Basándonos en el modelo conceptuál de Virginia Henderson.

Además se tomarán en cuenta conocimientos teóricos y metodológicos obtenidos durante la formación profesional en Enfermería para así poder planear actividades del personal de Enfermería en los diferentes espacios en que éste se desenvuelva de la misma manera y poder brindar atención con calidad y calidez al cliente y su familia.

JUSTIFICACIÓN

El cambio de paradigma a afectado a la filosofía y la investigación enfermera, éste cambio que ha sufrido consecuencias que se han experimentado en las ciencias humanas a partir de la crítica al positivismo. Los intentos para construir un currículum científico en consonancia con una realidad positivista en donde la economía, el eficientismo social y el cientificismo se convierten en los mecanismos de legitimación ideológica en la transformación de la enfermería.

La rama de la enfermería esta orientada hacia el cuidado, a la comprensión; así como a su éxito terapéutico. Desde Florencia Nightingale (1859 – 1969) que se dedicaba al cuidado y a la sanación. Desafiando los cuidados de enfermería, sin pasar por desapercibido la compasión, la observación, retomando la experiencia y el sentimiento para brindar cuidado.

La enfermería es una práctica humana que no olvida la moral, la autonomía y la libertad siendo honestos y dedicados a cada cliente utilizando una teoría crítica.

Para llevar a acabo la aplicación de los cuidados es necesario realizar diversos cambios en las investigaciones, no olvidado los objetivos y la ética.

Por tal motivo el presente trabajo se enfoca a al cuidado que se le puede brindar a un cliente (usuario) pediátrico con displacia del desarrollo de la cadera que comprende anormalidades que van desde inestabilidad simple con laxitud capsular, hasta un desplazamiento completo de la cabeza femoral y su salida del acetábulo anómalo. Ya que esta se puede presentar desde el desarrollo embrionario o durante la etapa fetal o peri natal, debido a que dos de cinco, por mil niños nacidos vivos. Presentan displacia del desarrollo de la cadera.

El modelo de organización que sirve de base a la elaboración de enseñanza es muy parecido al proceso de atención de enfermería, éste modelo de organización está formulado por Ralph Tyler. Que era del dominante en el contenido de aquellos programas y el resto de los modelos estudiados se fundaban de la misma epistemología.

I. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

A través del Proceso Atención de Enfermería y del modelo conceptual de Virginia Henderson. Ayudar al cliente a satisfacer sus necesidades y alcanzar su independencia.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Mediante la valoración establecer una base de datos que permita identificar las fuentes y causas de dificultad que obstaculizan la satisfacción de las necesidades del cliente.

A partir de las causas y fuentes de dificultad detectadas, establecer los diagnósticos de enfermería, reales, potenciales y de riesgo.

Planear las intervenciones de enfermería que se requieran para ayudar al cliente a satisfacer las necesidades afectadas.

Posterior a la ejecución de las intervenciones evaluar el grado de independencia o dependencia que ha desarrollado el cliente.

II. MARCO TEORICO

El estudio de caso debe contar con una fundamentación disciplinaria y científica, es por ello que a continuación se enlista los contenidos que se propone para fundamentar el estudio de caso:

- 2.1 Enfermería
 - 2.1.1 Antecedentes Históricos
 - 2.1.2 Definición
 - 2.1.3 Metaparadigma

- 2.2 Cuidado
 - 2.2.1 Antecedentes Históricos
 - 2.2.2 Definición
 - 2.2.3 Tipos de cuidado
 - 2.2.4 Tecnologías para el cuidado.

- 2.3 Proceso Atención de Enfermería
 - 2.3.1 Antecedentes Históricos
 - 2.3.2 Definición
 - 2.3.3 Objetivos
 - 2.3.4 Valoración
 - a) Definición
 - b) Objetivos
 - c) Métodos de valoración
 - d) Fuentes de información (directas o indirectas)
 - 2.3.5 Diagnóstico
 - a) Definición
 - b) Objetivo
 - c) Formato PES (problema, etiología y signos y síntomas)
 - d) Etiquetas diagnósticas de la NANDA
 - 2.3.6 Planeación
 - a) Definición
 - b) Objetivo
 - c) Tipos de intervenciones (independientes, dependientes e interdependientes)
 - 2.3.7 Ejecución
 - a) Definición
 - b) Objetivo
 - 2.3.8 Evaluación
 - a) Definición
 - b) Objetivos

- 2.4 Modelo conceptual de Virginia Henderson
 - 2.4.1 Antecedentes Históricos
 - 2.4.2 Influencias teóricas
 - 2.4.3 Principales postulados o supuestos
 - 2.4.4 Principales conceptos
 - a) Independencia
 - b) Dependencia
 - c) Rol de enfermería
 - d) Necesidad
 - e) Causas de dificultad
 - 2.4.5 Las 14 necesidades de Virginia Henderson
- 2.5 Proceso Atención de Enfermería y el modelo conceptual de Virginia Henderson
 - 2.5.1 Valoración
 - 2.5.2 Diagnóstico
 - 2.5.3 Planeación
 - 2.5.4 Ejecución
 - 2.5.5 Evaluación
- 2.6 Displasia del Desarrollo de la Cadera
- 2.7 Apego Materno
- 2.8 Caso Clínico
 - 2.8.1 Necesidad de Comunicación
 - 2.8.2 Necesidad de Movimiento
 - 2.8.3 Necesidad de Juego

2.1. Enfermería

La dama de la lámpara Florence Nightingale (1820-1910) Líder inglesa, en la reforma de hospitales, acreditada con la fundación de la profesión moderna de enfermería; de la era Victoriana.

Desconocido para muchos es su desarrollo innovador de técnicas en el análisis estadístico (como el "ploteo" de incidencias de muerte prevenible entre los militares durante la guerra), con lo cual mostró, finalmente, cómo un fenómeno social podía ser medido objetivamente y analizado matemáticamente.

Ella fue una innovadora en la recolección, tabulación, interpretación y presentación gráfica de las estadísticas descriptivas; mostró como la estadística proporciona un marco de organización para controlar, aprender, y de llevar a mejorar las prácticas quirúrgicas y médicas. También desarrolló una Fórmula Modelo de Estadística Hospitalaria para que los hospitales recolectaran y generaran datos y estadísticas consistentes.

Fue invitada a pertenecer a la Sociedad Estadística Real en 1858 y nombrada miembro honoraria de la Asociación Americana de Estadística en 1874.

Su principal publicación, Notas sobre enfermería (1859), tuvo muchas reimpresiones.

Biografía Florence Nightingale:



Hija de una familia terrateniente adinerada, de Hampshire, nació en 1820. Su padre, William Nightingale de Embly Park, un Unitario, estaba involucrado en el movimiento contra la esclavitud y era un fiel creyente en que las mujeres, especialmente sus hijas, deberían obtener una educación. Ella y su hermana aprendieron italiano, latín, griego, Historia y Matemática de su padre y su tía, así como de otros tutores.

La madre de Florence, Fanny Nightingale, también provenía de una familia fielmente Unitaria. Ella era una mujer dominante que estaba primordialmente preocupada con la búsqueda de un buen marido para su hija. Por ello, se molestó ante la decisión de Florence de rechazar a varios proponentes de matrimonio.

Cuando Florence cumplió diecisiete se sintió llamada por Dios para enfrentar alguna gran causa desconocida. A los veintitrés años, dijo a sus padres que quería convertirse en una enfermera. Y se encontró con una sólida oposición de ellos, ya que la enfermería se asociaba con mujeres de clase trabajadora.

No fue sino hasta que el Lord Houghton se casó con otra en 1851, que Florence recibió permiso para entrenarse como enfermera. Florence, entonces de treinta y un años, se fue a trabajar al hospital Kaiserworth en Alemania.

En su diario, ella explicó porqué decidió no aceptar la oferta de matrimonio de Richard Moncton Milnes.

“Yo tengo una naturaleza, moral y activa que requiere satisfacción y eso no encontraría en la vida de él. Yo podría sentirme satisfecha si pasara la vida con él combinando nuestros diferentes poderes para lograr un gran objetivo. Yo no podría satisfacer esta naturaleza pasando la vida con él, en compromisos sociales y organizando las cosas domésticas”.

En 1852 ella escribió, pero nunca publicó:

Se supone que las mujeres no deben tener una ocupación suficientemente importante para no ser interrumpida. Ellas se han acostumbrado a considerar la ocupación intelectual como un pasatiempo egoísta, y es su "deber" dejarlo, para atender a cualquiera más pequeño que ellas.

Dos años más tarde ella fue nombrada la directora residente del hospital para mujeres inválidas en Harley Street, London. El año siguiente Nightingale se le dio permiso de que llevara a treinta y ocho enfermeras a cuidar a los soldados británicos en la guerra. Nightingale encontró que las condiciones en el hospital militar en Scutari eran alarmantes. Los hombres eran mantenidos en cuartos, sin sábanas, ni comida decente. Sin lavar, ellos mantenían sus uniformes puestos, "tiosos de la suciedad". En estas condiciones no era sorprendente que en los hospitales militares, las heridas de guerra era solo la sexta razón de defunción. Enfermedades como el tifus, cólera y disentería eran las tres causas principales por las cuales la proporción de muertos era tan alta.

Durante este tiempo, Nightingale recolectó datos y sistematizó la práctica del control de registros. Ella inventó un gráfico de área polar, donde las estadísticas representadas son proporcionales al área de una tajada en un gráfico circular.

Esta información fue su herramienta para promover la reforma. Sus cálculos sobre la tasa de mortalidad mostraron que con una mejoría en los métodos de sanidad, las muertes bajarían. (En febrero de 1855 la tasa de mortalidad era del 42,7% de los casos tratados.)

Los oficiales militares y los doctores objetaron las visiones de Nightingale sobre reformas en los hospitales militares. Ellos interpretaron sus comentarios como un ataque a ellos y la hicieron sentirse fuera de lugar.

Nightingale recibió muy poca ayuda de los militares, hasta que usó sus contactos con el Times, para reportar la información. Entonces se le encomendó a Nightingale la tarea de organizar las barracas del hospital después de la batalla de Inkerman y al mejorar las condiciones de sanidad, logró reducir la proporción de muerte de sus pacientes.

Su recomendación a estudiantes de enfermería (1873):

“La enfermería es un llamado superior, un llamado honorable. El honor radica en el amor por la perfección, la consistencia y en el trabajo duro para conseguirla”.

Años más tarde, en el Englishwoman Review (1869), escribió:

“Pero debo decir a todas las damas jóvenes que son llamadas a esta vocación, que deben calificarse para ello como lo hace un hombre para su trabajo. Que no crean que lo puedan asumir de otra manera”.

En 1856 Florence Nightingale regresó a Inglaterra como una heroína nacional. Y decidió empezar una campaña para mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales militares. Su evidencia en la Comisión de Sanidad de 1857 eventualmente resultó en la formación de una universidad médica militar.

Para dispersar sus opiniones sobre la reforma, Nightingale publicó dos libros, Notas de Hospital (1859) y Notas de Enfermería (1859) Con el apoyo de amigos adinerados y The Times, Nightingale pudo reunir 59,000 L. para mejorar la calidad de la enfermería. En 1860 utilizó este dinero para fundar la Escuela y Casa para Enfermeras Nightingale en el Hospital St. Thomas. Ella también se involucró en el entrenamiento de enfermeras que trabajaban en "casas de trabajo", como resultado de una ley en protección de los pobres, de 1834.

Nightingale tenía fuertes opiniones sobre los derechos de las mujeres. En su libro Sugerencias para pensar para los buscadores de las verdades religiosas (1859) ella argumentó fuertemente para que se eliminaran las restricciones que prevenían a las mujeres de tener carreras.

Como contradicción otras mujeres fuertes se sintieron desanimadas por la falta de apoyo de Nightingale hacia las mujeres doctoras. Nightingale tenía dudas al principio de esta campaña y argumentaba que era más importante tener mejores enfermeras que mujeres doctores.

Posteriormente en su vida, Nightingale sufrió de mala salud y en 1895 se volvió ciega, luego perdió otras facultades, lo cual significó que tuvo que recibir cuidado de tiempo completo. A pesar de estar completamente inválida, vivió otros 15 años, antes de su muerte en 1910.¹

2.1.1. Antecedentes Históricos 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, con los esfuerzos para el diagnóstico, así como el tratamiento de las enfermedades. Las actividades relacionadas con el mantenimiento de la vida han sido asumidas y encomendadas principalmente 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 hicieron que los hospitales, desde el siglo XIX, fueran un lugar para la exploración y el 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 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.

¹Recopilación y traducción de Alejandra León Castellá.

Conviene mencionar que durante la Colonia, el cuidado de los enfermos fue asumido por los religiosos que arribaron a México con fines de evangelización, 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 Liceága tuvo un papel en la concreción del proyecto; 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.

Puede identificarse que la creación de la carrera de enfermería respondió a la necesidad del cuidado hospitalario de los enfermos, como resultado de dos factores principales: el desarrollo de la medicina científica en los grandes hospitales que se fundaron durante este siglo.

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 curaciones en general, en el segundo, 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, de los útiles," que la enfermera primera debía recibir y entregar "por libreta" al inicio así como al termino de la guardia.² 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, 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, dejando en su lugar a una persona idónea que la supla"³

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.⁴

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, en 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.

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. Lamicq, profesor de la escuela desde su inauguración en el Hospital General y autor de uno de los primeros manuales sobre enfermería, señalaba en ese texto:

² Secretaria de Gobernación. Reglamento del Hospital General de México. Art. 76 En Díaz de Kuri M, Biseca T. Historia del Hospital General de México, México: Hospital General; 1994. p 91

³ León N. La Obstetricia en México. México: Tipografía de la Vda. De F Díaz de León; 1910 p 336-369

⁴ Salas S. Enfermería Universitaria en la ENEO. Legados y tendencias. México;1997:14

“Es absolutamente necesario que sé 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.”⁵

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 así como 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.⁶

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.⁷

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 hasta 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”.⁸

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.

⁵ Lamincq E. Tratado de Enfermería. México: Casa Editorial Gante:1914. p. 1

⁶ E. Lamincq Tratado de Enfermería México Casa Editorial Gante 1914 p 3-4

⁷ Alarcón A. El Consejo Universitario Sesiones1924-1977; 2° ed. UNAM p.116

⁸ Landa E. Algo sobre los deberes de la enfermera hacia los enfermos. En Sociedad de Cirugía. La Enfermera en la 2ª Asamblea Nacional de Cirujanos. Memoria México: Ediciones de la Sociedad de Cirugía 1938 14 -17

Para 1940 era frecuente encontrar enfermeras que administraban anestésicos, encargadas de anfiteatros, salas de operaciones, ayudantes en rayos X, fisioterapeutas, parteras en maternidad, en infectología, en fisiología, laboratorista, puericultoras, y visitadoras.^{9,10} Muchas, carecían de formación específica, pero el ejemplo de los cursos de anestésicos 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, 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, 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, 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.¹¹

En 1947 se establece una reforma al proyecto educativo de enfermería, haciéndose énfasis en la base científica de la medicina, el contenido humanista, prácticas avanzadas como enfermería quirúrgica y fisioterapia, se establecen los primeros laboratorios, 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, 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 motivó a la creación del primer curso de formación de instructoras.

⁹Garza de Lozano MG. Preparación y función social de la enfermeras en los centros de higiene infantil. En: Sociedad de Cirugía. La Enfermera en la 2ª Asamblea Nacional de Cirujanos. Memoria. México: Ediciones de la Sociedad de Cirugía; 1938. 87

¹⁰ Guerrero C. La Organización del Servicio de Enfermería en el Sanatorio de la Beneficencia Española de México. La Enfermera en la 2ª Asamblea Nacional de Cirujanos Memoria. México: Ediciones de la Sociedad de Cirugía; 1938 63 – 68

¹¹.Alatorre E. El proceso Histórico de la Educación de Enfermería en México En XIII Reunión de Licenciados en Enfermería, Arte Antiguo de los Desafíos de la Ciencia Moderna. Memoria México ENEO-UNAM; 1992 49-70

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, sociales a través del aprendizaje de la deontología, legislación, y las prácticas en enfermería comunitaria. Se crean los laboratorios de fisiología, bioquímica, 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.

Con la creación de Licenciatura en enfermería se suprime la carrera de partos, 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: 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 estas 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, promueven 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 posttécnicos de especialización: Educación Básica para Enfermeras Instructoras, Enfermería Pediátrica (en 1952), Enfermería cardiológica Enfermería psiquiátrica (en 1965), 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, aquellas con experiencia profesional, estudios de licenciatura y cursos posttécnicos 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.

La expansión del sistema institucional de atención a la salud, 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.

Así 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.

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, al inicio y desarrollo de los estudios de postgrado.

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.

En la década pasada la escuela intensificó su proceso de desarrollo. Así, aumentó la matrícula de nivel superior, y disminuyó el ingreso al nivel técnico, continuó ofreciendo más servicios de apoyo a la formación, se ampliaron las instalaciones, mejorando sustancialmente el equipamiento de los laboratorios de enfermería y, principalmente, ocurrió un cambio cualitativo entre los profesores de, 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.

Así 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, 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.

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 la disciplina a partir de la docencia e investigación universitaria en el nivel de postgrado, 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, enfrentar la enfermedad y la muerte. Esta evolución hoy en día permite valorar la naturaleza de la enfermería profesional; su función social en beneficio a 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, la comunidad, los trabajadores, los escolares y los ancianos, entre otros, en diferentes escenarios (social, político, asistencial y gerencial)

Desde la perspectiva actual de la salud, la profesión es el núcleo fundamental de su existencia como práctica profesional; en 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 fortaleciendo y reforzando sus capacidades y potencialidades en pro del cuidado de su salud, así como el logro de sus aspiraciones de vida y de 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. Implicando 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 nacionales e internacionales en materia de salud, particularmente la estrategia de Atención Primaria en Salud que permitió a la comunidad valorar y reconocer las prácticas de 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, la experiencia acumulada en 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 así como 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, 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, teniéndose un profundo interés por reglamentar el ejercicio profesional para distinguir las funciones profesionales de las técnicas, auxiliares lográndose identificar los contenidos científicos que fundamentan el cuidado enfermero así como sus aportes en el proceso vital humano. Favoreciendo 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, ahora las funciones de docencia e investigación resultan determinantes para apresurar la transición hacia una enfermería profesional más humana.

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 postgrado que responda a las necesidades de salud de la población, que contribuya a mejorar las competencias, desarrollando el conocimiento de la disciplina de enfermería fortaleciendo 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, 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 que humaniza el cuidado. Por ello, la práctica actual de la enfermería profesional se orienta a promover factores de vida sana, atenuando 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 que previene 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, 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 así como mejores niveles de formación.

En la ENEO-UNAM se ha reconceptualizando a la enfermería a partir de un trabajo grupal e interprofesional; hoy la escuela concibe la enfermería como la disciplina, 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 lo 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, de una identidad profesional y disciplinar.

El desarrollo de la profesión en las instituciones de salud a partir de la oferta de estudios de postgrado 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, 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 están en condiciones de realizar en apoyo a la estrategia de atención primaria, reconociendo que los problemas de salud, las reformas en sistemas de servicio, 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, de la ayudante de enfermería, 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.

2.1.2. Definición de enfermería.

El término anglosajón nurse con el que se designa a la enfermería se deriva de las palabras latinas como nutrire (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.

Enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo; en la realización de sus actividades que contribuyan a la conservación de la salud o ala recuperación y que el paciente llevara a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza o el conocimiento necesarios. Y esto de tal forma que lo ayude a adquirir su independencia lo más pronto posible.¹²

2.1.3. Meta paradigma de enfermería.

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

La filosofía en enfermería; investigación metodológica en enfermería, modelos de enfermería y enfermería holística.

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.

¹² Maria de Jesús García González, El Proceso de Atención y el Modelo de Virginia Henderson. Editorial Progreso 1º Edición 1997: 3

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.¹³ 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,¹⁴ 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, 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"¹⁵ 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.

¹³ Tazon Amsola M, García Campayo J. Asequinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. La relación interpersonal: Fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión avances de enfermería; 2000: pag 48 - 50

¹⁴ Marriner Tomey A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería 4ta edición Madrid Ed. Hercoort: 1998: 55-56

¹⁵ Tazon Ansola M, García campayo J. Asequinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. La relación enterpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermera. Msdrid: Ed. Difusión Avances de Enfermería; 2000 pag. 48-50

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 y la centrada en la enfermedad, 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 y 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 meta paradigma 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 ante 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 la enfermedad, prevenir esta e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona considerando sus percepciones al igual que su integralidad.

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 integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría 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, situando 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".¹⁶

¹⁶ Benavent Garcés M. Ferrer Ferrandis E. Francisco del Rey C. Fundamentos de Enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid 2001 pag157

Este paradigma cumple las cinco funciones enunciadas por Merton:

- Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones, que puede utilizarse para la descripción y el análisis.
- Reduce la probabilidad de que existan supuestos y 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.
- Permite codificar el análisis cualitativo, de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

2.2. Cuidado

2.2.1. Antecedentes Históricos del Cuidado.

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 y 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, orientan a las personas y grupos a conservarse sanos, a su vez les proporcionan cuidados cuando están enfermos."¹⁷

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, creando en ellas una conciencia que facilite el auto cuidado, y la auto responsabilidad en el proceso salud-enfermedad.

¹⁷ Organización Mundial de la Salud. Los cuidados de la salud primario. Conferencia Internacional sobre Cuidados Primarios de la Salud. Ginebra: OMS;1978 (Serie Salud para Todos No. 1)

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.¹⁸

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 de la satisfacción, así como del bienestar de la persona en su integralidad. 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, 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".^{19 20}

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"²¹ 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, que al 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.

¹⁸ Tucker S, Canobbio M, Paquete E, Wells M. Guía de planificación de la práctica asistencial conjunta Vol.1: Editorial Haurcourt Brace; 1997:2

¹⁹ Auto percepción del rol enfermero en la Atención Primaria Metas de Enfermería.1998;(8):pag 12-17

²⁰ Aniversario de Florence Nightingale. (Editorial). Metas de Enfermería 1999; II (15):3

²¹ Leddy S, Pepper J. Mac. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Cap. 12 El proceso de enfermería. New York: Editorial J:B: lippincott;1989

Utilizados conjuntamente representan la manera científica de ofrecer los cuidados de enfermería contribuyendo 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."^{22 23}

2.2.2. DEFINICIÓN DE CUIDADO.

La idea de cuidar se ha ido modificando a lo largo del desarrollo de la enfermería como una disciplina. En las últimas décadas se han producido importantes cambios y avances en la concepción de cuidar como núcleo esencial del trabajo de las enfermeras.

Vale la pena detenerse y pensar en la importancia que tiene, que las enfermeras trabajen desde marcos profesionales: estos centran su atención en las personas y en la ayuda a poder vivir lo mejor posible, en las diversas situaciones de vida así como en diversos problemas de salud.

Cuidar es acompañar a la persona en sus experiencias de vida. Por ello cuidar trata de planificar la atención desde esta perspectiva. En el cuidado, la dignidad de la persona es siempre compatible con las técnicas y medios terapéuticos. "El cuidado profesional"

2.2.3 Tipos de Cuidado

El cuidado tiene hoy en día una concepción filosófica, antropológica, psicológica, social, espiritual, además de la biológica, ineludible. Cuidar es cuidar a la persona concreta planteando alternativas a la cosificación y consideración del paciente y su situación como un problema a resolver. Desde la perspectiva ética, este cambio tiene particular importancia, puesto que los argumentos del buen cuidado varían sustancialmente cuando el cuidado se dirige a la enfermedad y a su curación, así cuando el cuidado se dirige a la salud y tiene como objetivo el bienestar. Sus objetivos generales pueden definirse alrededor de:

La salud y el bienestar, supone ayudar a la persona a conseguir el máximo nivel de bienestar en situación de enfermedad, lesión, e incapacidad, en el proceso de la muerte y ayudarla a mejorar su nivel de salud. Procurando que las necesidades evidenciadas sean cubiertas de acuerdo a los criterios profesionales establecidos. La experiencia profesional debe proporcionar el dinamismo suficiente para poder ver la particularidad de cada situación, alejándose de soluciones igualitaristas y estandarizadas.

²² Servicios de Cuidados de Enfermería. Según el modelo conceptual de Virginia Henderson. Metas de enfermería 1999; II (13) 8-14

²³ Hacia la construcción de un nuevo paradigma de enfermería, realizado por el quinto año de la Licenciatura en Enfermería Chile: Universidad de Antofagasta, trabajo presentado en el VIII Congreso Nacional de estudiantes de enfermería, Parí, Agosto, 2000

La autonomía, implica el respeto de esta, del paciente-usuario o cliente y la ayuda a que pueda expresar sus necesidades, creencias, valores, a su vez pueda obtener la información suficiente y la atención que precise.

El consentimiento es la pieza clave de la autonomía, no solo como un requerimiento legal en algunas ocasiones, sino como parte integrante de cualquier cuidado o atención. Actuar sin el consentimiento del paciente solo debe hacerse cuando estamos seguros de que la autonomía de la persona esta comprometida porque no comprende el alcance, ni las repercusiones de su actuación. En estos casos el proceso de información de lo que va a realizarse y de sus motivos sigue siendo la garantía de un buen cuidado.

La dignidad, supone defender, velar por el respeto y mantenimiento de la dignidad de las personas vinculada a poder seguir siendo uno mismo, sea cual sea su situación de vida. Precisa del respeto por la persona tal como es y tal como quiere ser.

La veracidad, la relación con el usuario-paciente, es una relación de confianza, de seguridad. El engaño, la mentira tienen escasa cabida en ella, todo y en las ocasiones en las que la información es dolorosa por la gravedad de la situación y el pronóstico clínico. La información es entendida como un proceso porque el usuario- paciente tiene que comprender una situación dolorosa, y precisa tiempo para ello, para resolver dudas, para poder llevar una adaptación saludable. La veracidad presupone la honestidad de quien cuida.

La confidencialidad, salvo en las situaciones de requerimiento legal, o en las que el paciente-usuario lo permita, la información y los conocimientos acerca de su situación y vida permanecen dentro del secreto profesional. Así mismo cuando una información debe ser revelada a algún miembro del equipo, la enfermera debe asegurar su confidencialidad.

La responsabilidad: la enfermera debe responder de los resultados del proceso de cuidados al usuario-paciente actuando de forma consecuente con los estándares de su práctica profesional y con las responsabilidades derivadas del cuidado de enfermería.

En segundo lugar la enfermera responde a la institución en la que presta sus servicios frente a la profesión.

El medio ambiente saludable: implica la movilización de los elementos del ambiente, la comprensión de su interrelación con la situación, y la promoción de ambientes saludables necesarios para llevar a cabo cuidados seguros, competentes y éticos.

Cuidar es cubrir las necesidades cotidianas de manera que se hace posible el desarrollo y permanencia de los seres vivos. La profesión de enfermería mediante la profesionalización del cuidado ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades de salud cuando ellas no pueden hacerlo por sí mismas.

La cualidad ética del cuidado entonces, se deriva en la posibilidad de realizar los cuidados según la misma persona haría, por lo que el respeto por las múltiples formas de vida es esencial para el trabajo de las enfermeras.

Todas las definiciones de enfermería incluyen la importancia de realizar cuidados considerando la dignidad y el respeto por la vida de la persona tal y como ella la conciba. Cuidar contempla la totalidad de la persona, sus relaciones con el entorno, sus posibilidades, creencias, valores y formas de vida.

El cuidado es un acto de respeto por la vida de quien necesita cuidados, por lo que el sentido ético del cuidado viene de su definición y puede resumirse en:

El principal protagonista es el paciente o usuario: la valoración, planificación, actuación y evaluación se lleva a cabo desde su perspectiva. El cuidado se plantea desde la comprensión de la vivencia de la persona que hace frente a momentos de vida difíciles como son la enfermedad o la muerte.

El cuidado ayuda a las personas, familias y grupos a participar a partir de su propio saber, su cultura y sus medios, en la búsqueda y puesta en práctica de los mejores medios para vivir en salud, o morir dignamente. Se trata de ayudar a que la persona movilice sus propios recursos ayudándola a poder adaptarse lo mejor y más saludablemente posible a su nueva situación, ayudándole a comprenderla mejor y adoptar conductas más saludables.

Los argumentos éticos del cuidado ayudan a tomar las decisiones y a llevar a cabo las acciones desde el mejor interés para el paciente o usuario. Suscitan el desarrollo del máximo potencial de la persona y de sus propias capacidades y posibilidades, entre las que se encuentra su familia, allegados y contexto en que vive, para promover, restablecer y mantener la salud.

Cuidar es ante todo un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y cuidar la vida, así como permitir que esta se continúe y se reproduzca.

El vocabulario inglés, ha mantenido dos tipos de cuidado de naturaleza diferente:

- Los cuidados de costumbre o habituales: **Care** relacionados con las funciones de conservación, de la vida.

Representan a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, estos están basados en todo tipo de hábitos, de costumbres y de creencias. Estos representan el tejido, la textura de la vida que aseguran su permanencia y duración.

Los cuidados representan todo este conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como: beber, comer, evacuar, lavarse, levantarse, moverse, desplazarse, etc. Así como todo aquello que contribuya al desarrollo de la vida de nuestro ser, formando, manteniendo la imagen del cuerpo, estimulando los intercambios con todo aquello que es fundamental para la vida.

- Los cuidados de curación: **Cure** relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

Los cuidados de curación tienen por objeto limitar la enfermedad luchar contra ella y atajar sus causas. Estos cuidados son utilizados para el tratamiento de la enfermedad además de los cuidados habituales. Entran aquí los cuidados de tipo terapéuticos.

Cuando prevalece el cure sobre el care, es decir los cuidados de curación descuidando los cuidados habituales y de costumbre, se aniquilan progresivamente todas las fuerzas vitales de la persona, ya que se agotan todas las fuentes de energía, llevándolo a un deterioro irreversible. Diferenciar la naturaleza de estos dos tipos de cuidado nos hace llegar a la encrucijada de las orientaciones y las opciones fundamentales que guían las elecciones que se hacen, no solo respecto a la función cuidadora del personal sanitario, sino también respecto al conjunto de la acción sanitaria y social.²⁴

Por lo tanto se pueden ubicar aquí toda la práctica, que persigue la curación de la enfermedad individual, grupal, familiar o comunitaria.

Definimos el principio de “CUIDAR” como acciones de supervivencia

Cuidar: serie de actos que tienen como objetivo el mantenimiento de la vida de los seres vivos para permitir su reproducción y perpetuación de la vida de grupo (Colliere 1993)

En las personas, esta dirigida a satisfacer necesidades de supervivencia (comer, beber, respirar, eliminar, descansar, proteger, etc) y lo hacen tanto por si mismo como por quien dependen de ellos, niños, ancianos, enfermos, incapacitados, etc.

La capacidad para cuidar es innata, pero tiene formas de expresión y abordaje culturales que se van desarrollando y conformando en los procesos de aprendizaje (act. Innatas/ acti. Aprendidas)

Cuando las practicas, de salud trascienden de lo natural (innata /aprendida) para buscar el “bienestar”, se entiende como Cuidado de la Salud.

²⁴ Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería. Seminario taller Proceso de Atención de Enfermería 2005 233-238.

- Finalidad cuidado de la salud:
 - ❖ Mejorar / mantener la salud
 - ❖ Recuperar la salud
 - ❖ Evitar complicaciones de la enfermedad
 - ❖ Adaptarse a la enfermedad

- Responsabilidad de los Cuidados de Salud.
 - ❖ La propia persona
 - ❖ De los cercanos
 - ❖ De la enfermera

Los cuidados de los enfermeros; tienen la finalidad la satisfacción de los cuidados de Salud de la persona y/o grupo, por lo que han de ser estudiados, analizados y producidos dentro de un contexto que contemple a la persona, su salud y entorno.

- Evolución cuidados de los enfermeros
 - ❖ Hacia el entorno
 - ❖ Hacia la enfermedad
 - ❖ Hacia la persona
 - ❖ Hacia la interacción

ORIENTACION DEL CUIDADO			
Centro de los cuidados	Enfermedad	Persona	Interacción personal / Entorno
Finalidad	Eliminar el problema	Integridad de las personas	Estabilidad / Bienestar
Enfermedad	Actuar por la persona	Actuar para las personas	Actuar con la persona
Organización de los Cuidados	Fragmentación de los cuidados en tareas	Plan de cuidados	Promover el potencial de las personas

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 integralidad. Cuidar es promover la vida, es realizar todas las actividades posibles. Promover la vida no consiste solo en quitar el mal, sino que debemos centrar nuestra actividad en que las personas, familias o comunidades que desarrollen todas sus capacidades para responder a los cambios en salud.

2.2.4. Tecnología para el cuidado.

“El hombre necesita una tecnología para trabajar, no una maquinaria que trabaje por él. Necesita una tecnología que extraiga la mejor de la parte de la energía y de la imaginación personal, no una tecnología que le esclavice y le programe”.²⁵

Por tecnología hay que entender un arte, un conocimiento de los instrumentos, es decir de todo lo que muestra su elaboración, su creación, la justificación de su utilización apropiada y de la manera de servirse de ella.

La técnica corresponde a la forma únicamente de utilizar tal o cual instrumento. Es un instrumento que es objeto de aprendizaje y crea un saber. Aislada de un planteamiento tecnológico, pierde su significación y puede hacerse peligrosa, incluso perjudicial.

Ninguna profesión puede ejercerse sin la utilización de instrumentos. Estos, determina la práctica profesional que orientan y ayudan a identificar.

Todo oficio recurre a instrumentos cuya propiedad es indispensable conocer, así como la manera de emplearlas: técnicas y los cuidados, entre ellos, han recurrido a tecnologías diversas, siendo las principales todas aquellas que sirven para el mantenimiento de la vida: cuidados habituales de higiene, de alimentación, también de relajación, y de apariencia. Estos cuidados han estado siempre acompañados de una relación de base indisociable del acto de cuidar. Luego se han unido instrumentos y técnicas de curación cada vez más complejas a las que habrá de añadir todas las tecnologías de la información.

El estudio de las tecnologías utilizados por los cuidados de enfermería es un campo que hay que explorar por completo, ya que la tecnología no ha sido considerada por la enfermería como un elemento fundamental del proceso de cuidar, solamente si se estudian sus propiedades, sus obligaciones, y sus limitaciones de la misma manera que otros conocimientos, se pueden volver a situar en su justa medida sus efectos, reconocerlos como fundamentales y al mismo tiempo relativizarlos, sustituyéndolos en el conjunto de las circunstancias, elementos y medios que constituyen el proceso de los cuidados de enfermería.

²⁵ La Convivialite, París, Seuil. 1973

¿Cuales son las tecnologías utilizadas?

El cuerpo, el primer < instrumento> de los cuidados

El cuerpo en si ha sido el primer instrumento usado por una persona que prestaba cuidados, y sigue siendo el instrumento principal de los cuidados de enfermería, en el sentido de que es el vehículo, el mediador de los cuidados; de ahí de volver a descubrir las propiedades del cuerpo: energéticas, propioceptivas, térmicas, mecánicas, etc., propiedades desarrolladas o inhibidas que se traducen en mecanismos de defensa bio-psico-afectivos o en relaciones de empatía.

Esto puede llevarnos a preguntar por la utilización del cuerpo para cuidar y por el uso de los sentidos para diferenciar y prestar cuidados.

En primer lugar, el tacto, es el primer sentido utilizado en la presentación de cuidados. Se podría hacer un análisis completo del tipo de cuidados de enfermería prestados en un servicio, investigando todo lo que hacen las manos para cuidar, recopilando todos los verbos que traducen las acciones realizadas por las manos en el proceso de la prestación de los cuidados.

El sentido del oído transmite un mensaje, es el vehículo de la escucha, que sólo tiene sentido si se puede analizar y compartir para entenderlo. El oído intenta comprender el simbolismo de las palabras.

La vista sitúa a las personas en su entorno, descubre sus rostros, descifra los mensajes enviados por todo el cuerpo según la actitud que este presente.

Hablar del cuerpo como el primer instrumento privilegiado del cuidado no es tan sólo mencionar los sentidos, sino también redescubrir la sensibilidad. Redescubrir lo que siente, buscar lo que sienten los demás e intentar ser mas claro con lo que uno mismo siente.

Después del cuerpo, principal vehículo de los cuidados habría que tener en cuenta, las tecnologías relacionadas con los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida.

Las tecnologías para la curación.

Las tecnologías de la información.

Tecnologías para el mantenimiento de la vida

Son todas las tecnologías y los instrumentos que sirven para garantizar el mantenimiento de la vida cotidiana. Su uso requiere por parte de los cuidadores un estudio de los hábitos de vida que se refieren al aseo, al tipo de alimentación, el significado de la ropa o la manera de moverse, a la organización del espacio entero de la habitación, a la vivienda etc. Están relacionados con las tecnologías que compensan defectos funcionales, tienen como objetivo paliar un daño funcional y permitir la realización de la actividad obstaculizada por este daño.

La gran mayoría de estos instrumentos compensan las deficiencias de la motricidad, asegurando, por lo tanto la recuperación de la autonomía indispensable para atender las obligaciones cotidianas de la alimentación, el vestido, del aseo, de la eliminación, del desplazamiento, etc.

Estar al corriente de la existencia de estos medios de compensación, utilizarlos, aconsejarlos, y enseñar a servirse de ellos, forma parte del dominio de los cuidados de enfermería.

Tecnologías de la curación

Las tecnologías para la curación, al igual que las tecnologías para la investigación de las causas de enfermedad, han invadido progresivamente el campo de los cuidados de enfermería. Van desde los instrumentos más sencillos hasta las máquinas más completas, plantean el difícil problema del límite de su utilización y de su finalidad real.

Basado esencialmente en las técnicas, es decir en <<el modo de empleo>> de los instrumentos de curación, en él <<saber utilizar>>, el aprendizaje de enfermería ha omitido con frecuencia el desarrollo de una reflexión sobre su utilización, así como sobre los límites de su uso.

Todo instrumento para la curación requiere de una justificación de su utilización con respecto a la naturaleza del mal, de la deficiencia o del daño funcional que espera curar o suplir. Además hay que volverlo a centrar con respecto a las costumbres y las actividades de la vida.

Tecnologías de información

En el proceso de prestar cuidados hay que apelar a unos instrumentos y técnicas de recogida de análisis y consignación de la información, así como a instrumentos de transmisión y coordinación de la información. Muchos de estos instrumentos, por haber sido pensados más en la organización de las tareas que al sentido de los cuidados, se muestran poco significativos, han interferido considerablemente con los cuidados de enfermería, con la acción sanitaria y social.

Los instrumentos de información necesarios para los cuidados han tenido dos grandes defectos: su multiplicación y la falta de pertinencia de contenido.

La multiplicación se encuentra tanto en el hospital como fuera de él, donde las tecnologías de la información consumen un tiempo considerable: multiplicación de interrogatorios, de documentos de recogida de información, de cuestionarios, etc.

El fraccionamiento de la información aísla cada aspecto de la situación, y hace que se tomen unas medidas tras otras, algunas de las cuales pueden dañar a la persona y a los que la rodean porque no guardan ninguna relación con lo que es importante para ella.

Las tecnologías de la información se reúnen actualmente alrededor de dos tipos de instrumentos principales. Los que constituyen las historias de enfermería o de acción sanitaria, y los que contribuyen al ostión del servicio de enfermería.

La historia de Enfermería, instrumento fundamental de coherencia y de continuidad de los cuidados, consiste en recoger las bases de un proyecto de cuidados establecidos a partir de un tipo de problemas de orden físico, psíquico o afectivo que se le plantean al enfermo por su enfermedad y por las distintas deficiencias que ésta produce, así como la naturaleza de los cuidados que requieren: cuidados para el mantenimiento de la vida, cuidados para la curación (exploración y tratamiento) Se recogen también datos sobre el tiempo: duración del proyecto, frecuencia de los cuidados y cualquier chequeo que permita evaluar el proceso de los cuidados.

De igual modo, la historia de acción sanitaria y social es la expresión escrita del análisis de una situación familiar enfocada a identificar la naturaleza de las dificultades o los problemas que se les plantean a las familias, para desarrollar líneas de acción, calcular su duración y evaluar los resultados.

¿Cuál es el significado y el efecto de las tecnologías utilizadas en los cuidados de enfermería?

Preguntarse por el efecto y el significado de las tecnologías utilizadas en las situaciones que se plantean al cuidar, es igual que preguntarse por su valor de uso. ¿Son convenientes para la vida? ¿Qué vida? ¿Cómo satisfacen el conjunto de necesidades de la vida? ¿O es sólo que cumplen una necesidad aislada desconectada de la trama de la vida de la persona, de su familia y de su grupo social?

Así, la clase de cuidados de enfermería que le ofrecemos a los usuarios estará mejor identificada si determinamos la conveniencia de los instrumentos que empleamos y de la forma que tenemos de utilizarlos.

Integración del procedimiento tecnológico y del proceso de relación

El significado y el impacto de las tecnologías empleadas también dependen estrechamente del vínculo que se establece entre las tecnologías utilizadas y la relación que la acompaña.

Para poder ayudar a vivir, facilitar la vida de alguien, la utilización de instrumentos y técnicas en los cuidados requiere no estar disociada del soporte de relación que le confiere todo su significado. Cuidar sólo puede tener sentido si el uso de las técnicas está integrado en el proceso de la relación. Esta integración de los procedimientos tecnológicos y del proceso de relación es también inseparable de los cuidados curativos.

Las nuevas formas de organización del trabajo debidas al desarrollo de las tecnologías al final del siglo XIX, la aceleración del ritmo de vida y la división de las tareas, han impregnado progresivamente todo el proceso de los cuidados, en primer lugar, separando los cuidados de mantenimiento y los cuidados de curación de su apoyo de relación, posteriormente desarticulándoles; haciéndoles perder una gran parte de su significado.

Este empobrecimiento no sólo ha afectado a la enfermería, sino a todos los cuidados, incluyendo a los más antiguos del mundo: los cuidados maternos, los cuidados proporcionados dentro de la familia, que a menudo sufren de ésta misma desintegración.

En los servicios sanitarios, la organización de las tareas ha ido prevaleciendo sobre su significado, mientras que la valoración de las tareas, desposeídas de todo contenido de relación, se ha llevado a efecto dentro de la complejidad cada vez mayor de las tecnologías, hasta el punto de llegar a servir de escala para medir el valor económico y social de los cuidados, del personal de enfermería.

Es necesario reconsiderar la utilización de los instrumentos y de las técnicas empleadas en los cuidados dentro de la amplitud de la dimensión de las relaciones, ya que éstas son las que les dan sentido.

¿Ha desarrollado la enfermería instrumentos y técnicas propios de ella? Imaginar, crear tecnologías para los cuidados de enfermería

Uno de los determinantes fundamentales que permiten caracterizar e identificar un oficio como una profesión está constituido por el instrumento y la técnica utilizada en el ejercicio profesional.

Gracias a las corrientes que proceden de la psiquiatría y de las medicinas paralelas, los enfermeros comienzan a iniciarse en nuevos enfoques y a integrarlos a sus cuidados.

Los cuidados de enfermería deben nutrirse de todo tipo de campos y de tecnologías variadas, recrearlas, volverlas a pensar, adaptarlas para la aplicación de cuidados.

Tecnologías sencillas

Concluir esta descripción sobre las tecnologías, es citar las tecnologías sencillas de los cuidados habituales, de los cuidados primarios, es decir, aquellas utilizadas en el primer nivel de los cuidados que previenen cualquier agravamiento, lo que limita considerablemente las necesidades de cuidados de curación cuando las personas han podido beneficiarse a tiempo al tener acceso a servicios próximos a su domicilio con horarios bien adaptados a ellas. Es aprender a utilizar instrumentos, técnicas variadas y sencillas, adaptadas a la población; que puedan ser utilizadas por los mismos usuarios.

Creencias y valores

Una profesión tiene creencias que son la base de las ideologías que determinan su comportamiento.

Los cimientos de la enfermería han sido las creencias religiosas de mujeres consagradas que hacían una profesión de fe antes de definirse por la moral profesional, dando lugar a comportamientos y actitudes determinadas respecto a la responsabilidad de servir; creencias que durante muchos decenios dan prioridad a la actitud en el trabajo más que al trabajo en sí mismo. Así, comportamientos y actitudes son de alguna manera la clave de esta profesión.

Sin embargo, las primeras aportaciones de conocimientos especializados y de instrumentos técnicos han motivado que las antiguas creencias desaparezcan mientras que otras las suceden. Por esto, es fundamental identificar las concepciones, las creencias y los valores con los que se relaciona el enfoque de los cuidados de enfermería.

Fundamento de las creencias

Las creencias son una forma de conocimiento integrado, interiorizado a partir de las costumbres, las cuales, representan en sí mismas y desde el principio de la humanidad todo un conjunto de formas de hacer enfocadas a asegurar la continuidad de la vida.

A medida que se repiten y se asientan, las costumbres dan lugar a la adhesión del grupo que cree que tal o cual forma de hacer es buena y por lo tanto deseable, o mala y por consiguiente indeseable, son la base de los hábitos de pensamiento que se transformarán en creencias.

Cualquier creencia es un hábito, una costumbre a la que se adhiere un grupo y a través de él, las personas que lo integran.

Todas las creencias se basan en los conceptos de bien y de mal, a partir de la interpretación simbólica de un modo de hacer las cosas que da la forma de ser en un universo determinado.

Todo lo que no es considerado como bueno, es decir, saludable para la vida del grupo, está prohibido para proteger al grupo de todo lo que le puede perjudicar y, por lo tanto, causar la muerte.

Tanto las costumbres como las creencias se elaboran a partir de los medios de vida y son tributarias de las características del espacio, del territorio donde vive el grupo. El espacio es la base de los comportamientos y de la red de relaciones instauradas por las costumbres: relación entre las personas y también relación con los objetos

Las costumbres y creencias están reglamentadas por el tiempo que les marca un ritmo, las acentúa a merced del día o de la noche, las dispersa al filo de las estaciones, las repite, las recuerda y las conmemora en forma de ritos; constituyen el elemento que representa la permanencia y la estabilidad del grupo; aseguran y garantizan el sentimiento de pertenencia que permiten forjar una identidad gracias a formas de actuar que determinan como centrarse e identificarse; aseguran también la continuidad de la vida del grupo (etnia, profesión, institución).

Naturaleza de las costumbres y las creencias

Las costumbres, al igual que las creencias, encuentran sus orígenes en el principio de las prácticas relativas a la alimentación y al cuerpo: cuidados del cuerpo, prácticas sexuales, cuidados de higiene corporal, es decir, todo lo que inicialmente se pensó que era bueno o malo para asegurar, según los grupos culturales, el desarrollo del cuerpo.

Los valores están vinculados a las costumbres y a las creencias, siendo el valor el grado de importancia y de estimación social que se atribuye a tal o cual creencia, lo que hace que el grupo necesite protegerla para así mantenerla. Los valores se basan en el reconocimiento de las costumbres que los distintos grupos consideran que hay que mantener, se apoyan en las creencias que alientan y mueven en forma de comportamientos y actitudes.

Los valores fundamentales son aquellos que tienden a conservar y mantener todas las prácticas indispensables para la supervivencia del grupo, en ningún caso se puede modificar por encima de un cierto umbral sin correr el riesgo de que el grupo muera.

Estas costumbres, creencias, ritos y valores integran la cultura que relaciona a los hombres de una comunidad entre sí, determinan sus relaciones con el mundo, sus criterios del bien y del mal, constituye un todo estructurado donde las conductas y las costumbres están relacionadas con los valores; y con las motivaciones que cualquier civilización tiene jerarquizadas e institucionalizadas.

Los cuidados de enfermería se aplican cuando confluyen personas – las personas cuidadas y los cuidadores – con costumbres, por lo tanto, con creencias diferentes que están sometidas a fluctuaciones en sus diferentes medios de vida.

Transmisión y modificación de las costumbres y las creencias de un grupo

Tanto las costumbres como las creencias con las que se relacionan los grupos, se transmiten por herencia cultural y, son susceptibles de modificarse o de ser llamadas a transformarse aisladamente o en interrelación:

Cuando existe un contacto que da lugar a relaciones con otros grupos que tiene costumbres diferentes como ocurre con viajes, guerras, exploraciones, etc. y con más frecuencia en la vida cotidiana con la ampliación progresiva de las relaciones entre diferentes medios: familiar, escolar, de trabajo, de clase social, etc.

Cuando surge un replanteamiento de una costumbre o una creencia en una persona que empieza a dudar. Esta es la razón por la que los nuevos conocimientos surgidos de cualquier investigación científica alteran las creencias anteriores sometiendo a juicio su certeza.

Cuando nuevos conocimientos dan lugar a la transformación de instrumentos y a la invención de otras tecnologías, éstas a su vez cambian las costumbres, las creencias y los valores con los que están relacionadas.

Todo este proceso de formación, estabilización, mutación de costumbres y creencias intervienen en el seno de cualquier grupo e institución social. Las costumbres y las creencias actúan como mecanismos de defensa culturales; vigilando estas nuevas formas de actuar, desempeñan un papel protector con respecto al movimiento de los cambios.

Factores que influyen en las creencias y los valores e inspiran la concepción de los cuidados de enfermería.

Los cuidados de enfermería se sitúan en una encrucijada de sistemas de creencias y de valores que entran en acción e interfieren mutuamente.

Siendo competencia de una profesión, los cuidados de enfermería están influidos por creencias y valores heredados y transmitidos dentro del grupo profesional, así como por los de otros grupos que participan en los cuidados, también están influidos por el terreno institucional, el sistema de costumbres y valores tecnológicos, económicos, sociales e incluso jurídicos que segrega y genera el medio institucional.

Frente a la complejidad de creencias de origen y de simbolismos tan diversos, heredados de un pasado, frente a la gran cantidad de conocimientos y las variadas tecnologías y frente a la influencia determinante del medio de trabajo, cualquier profesión, y entre ellas la enfermería, tiene el riesgo de refugiarse tras una ideología generalizante y generalizable <<todo por el enfermo>>.

La ideología es la construcción de un sistema de ideas que sustituye a la realidad, hasta tal punto que se llega a pensar y a creer que estas ideas son la realidad.

La realidad es la inserción de las situaciones en el medio de trabajo, directamente influidas por las costumbres, las creencias y los valores transmitidos en este medio.

Incidencia en la práctica de los cuidados de enfermería.

Aunque parece difícil e irreal que sólo exista un único cuerpo de creencias y valores sobre el que se pueda basar la práctica de los cuidados de enfermería, también parece fundamental que la enfermera sea capaz de comprender y conocer lo que influye en su práctica de aplicación de cuidados así como la del grupo al que pertenece, para que pueda ser capaz de aclarar lo que le motiva e influye en su práctica, así como la coherencia entre los fines que proponen, y los medios que utiliza en función de las situaciones.

Es importante conocer y comprender las creencias, los valores heredados del pasado: lo que ha dado origen a la práctica de aplicación de los cuidados. Lo que ha orientado su evolución a través de las costumbres que valoran la fecundidad, el grupo social y, las que valoran el cuerpo enfermo, pobre y desprovisto que aíslan cada vez más al individuo para relegarle al mal que padece.

Todo proceso de aplicación de cuidados se inserta en un sistema de creencias y valores de los que son portadores las personas que participan en los cuidados, tanto las personas cuidadas como los cuidadores; por eso es importante comprender mejor el funcionamiento de las creencias, su naturaleza, la forma en que se transmiten y se modifican, todo ello para tomar conciencia de la variedad de sistemas de creencias y de valores que pueden influir en la concepción de los cuidados de enfermería, su incidencia sobre la práctica de los mismos.

2.3 Proceso atención de enfermería

2.3.1. Antecedentes Históricos.

A partir de su estado embrionario en la década de los cincuenta, el Proceso de Enfermería ha llegado a convertirse en una actividad organizada que va adquiriendo lentamente, un mayor reconocimiento en nuestro país, a pesar de ser un método de intervención de enfermería bastante consolidado en Norteamérica.

El término PAE (proceso atención de enfermería) es relativamente nuevo, ya que fue Hall su creadora en el año de 1955. Quien pronunció una conferencia en Nueva Jersey acerca de la calidad de asistencia sanitaria. Esta autora en el transcurso de su conferencia, empezó desarrollando sus ideas acerca de la asistencia sanitaria para llegar a la afirmación central de su conferencia: "La asistencia sanitaria es un proceso". En este sentido, definió como proposiciones fundamentales: "La asistencia sanitaria al paciente, para el paciente y con el paciente". Dichos enunciados debían guiar el objetivo del Proceso de Enfermería, por lo que podía utilizarse para evaluar el grado de calidad del mismo. Desde entonces, se ha descrito de diferentes modos.

I. J. Orlando a comienzos de la década de sesenta, publica una obra titulada "La relación dinámica enfermera paciente, lo constituye la relación interpersonal, al proponer la realización de acciones deliberadas, Orlando establece las distinciones entre estas y las actividades automáticas que pueden llegar a formar parte de la actuación del profesional de enfermería; así mismo, fue una de las primeras autoras que utilizó el término Proceso de la Asistencia Sanitaria hoy conocido como Proceso de Enfermería.

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, presentando una descripción de un modelo que contenía las actividades que constituye el cometido de los profesionales de enfermería, sugiriendo que el éxito profesional de la enfermería depende de su maestría para desarrollar las siguientes actividades: 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 esta a la interacción resultante”.

También en 1967, la facultad de enfermería de la Catholic University of America propuso cuatro componentes para el Proceso de Enfermería: Valoración, Planificación, Ejecución y Evaluación.²⁶

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, desarrollada 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 consideraron el diagnóstico de enfermería como básico para la enfermera 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 National Council of State Boards of Nursing, definió y describió las cinco fases del Proceso de Enfermería en términos propios de enfermería: Valoración, Análisis, Planificación, Ejecución y Evaluación.

²⁶ Hernández Conesa. J. Fundamentos de Enfermería, teoría y Método. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana. Madrid, España. Pág. 127,128.

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

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

2.3.2. Definición de proceso.

El proceso de enfermería es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.²⁷

El proceso atención de enfermería consiste en pensar como enfermera. Es el conocimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de la profesión con los años. Dicho proceso ha evolucionado y ha cambiado y, por ende, adquirido mayor claridad y comprensión.²⁸

Es un método sistémico y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales.²⁹

²⁷ iyer, P.W./ Taptich. B. J. Proceso y Diagnostico de Enfermería. Editorial MC: Graw Hill Interamericana 3ª. Edición México 1997 Pág. 11

²⁸ Murray, Mary Ellen. Proceso atención de enfermería 1996 Pág. 1.

²⁹ García González María de Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Editorial Progreso, S.A 1ª edición 1997 Pág. 21

El proceso atención de enfermería (PAE) es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería. Siendo su objetivo identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, estableciendo planes para resolver las necesidades identificadas, y actuar de forma específica para resolverlas.

2.3.3. Objetivos

El objetivo principal del proceso atención de enfermería es:

- Constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Identificando las necesidades reales y potenciales de los mismos estableciendo planes de cuidados para así actuar, cubriendo y resolviendo los problemas de salud ya sea previniendo o curando la enfermedad.

En el desarrollo del proceso atención de enfermería hace falta una interacción entre el personal y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica.- Manejo de instrumental y aparatos.
- Capacidad intelectual.- emitir planes de cuidado eficaces y con fundamento científico.
- Capacidad de relación.- saber mirar, empatía y obtener mayor número de datos para valorar.³⁰

2.3.4. Valoración

a) Definición de valoración.

Es la primera etapa del proceso de enfermería. En esta fase se reúne la mayor información posible para tener una imagen lo más completa y apegada a la realidad, sobre los problemas del paciente.³¹

Consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del nivel de salud del cliente. La información de los aspectos físicos, emocionales, del desarrollo, sociales, intelectuales y espirituales. Se obtiene de varias fuentes, y es la base de la actuación y la toma de decisiones en fases. Para realizar esta primera fase del proceso, son esenciales las técnicas de observación, comunicación y entrevista

³⁰ Dueñas F. José R. El proceso de atención de enfermería. Actualización: 22 Oct.2000
<http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>.

³¹ García González María de Jesús El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson 1ª edición 1997 editorial Progreso, S.A Pág.22

b) Objetivos

Identificar factores en situaciones que guían la determinación de problemas presentes reflejando el estado del individuo.

c) Métodos de valoración.

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

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

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería.

La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

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

- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

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

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

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

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

En la recogida de datos necesitamos:

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

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

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

Tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos)
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados³²

La 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:

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

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.

❖ **La exploración física :**

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

La exploración física: se realiza para obtener objetivos y completar la fase de reconocimiento del proceso de enfermería. En la exploración física se registra una impresión general sobre el aspecto completo del cliente y su estado de salud.

Tipos de datos.

- Datos objetivos: son aquellos que se pueden observar o verificar mediante criterios establecidos, a través de los sentidos.
- Datos subjetivos: son aquellos que son evidentes para la persona afectada y únicamente ella puede describirlos o verificarlos.

³² García González María de Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson 1ª edición 1997 editorial Progreso. S.A. Pág. 22

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

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.
- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

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

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

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilicemos.³³

³³ García González María de Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson 1ª edición 1997 editorial Progreso. S.A. Pág. 22

d) Fuentes de información

Fuentes Primaria o directas.

Fuentes Secundarias o indirectas.

Las primarias de información son las que proporciona el cliente y las secundarias la que la información se obtendrá a través de:

- La Historia clínica del cliente, actual o anterior
- La familia y el entorno del cliente
- El intercambio con los demás miembros del equipo de salud
- Libros, artículos y obras referidas al tema.

Estas fuentes de información están a disposición de la enfermera y ella debe utilizarlas.

El cliente cuando esta en condiciones de hacerlo le facilita información sobre su estado y sobre todo lo que, de cerca o lejos, pueda afectar a su salud física y mental. Él la pone al corriente sobre sus hábitos y de sus gustos. Todos estos detalles facilitan la planificación de los cuidados más adaptados.

La consulta de la historia debe permitir a la enfermera estar al corriente de las descripciones médicas y de la evolución del estado del paciente; de los informes, exámenes y análisis; de las distintas intervenciones terapéuticas, y de las notas y planes de cuidados redactados. Este tipo de consulta debe ser habitual y diario.

Los contactos con la familia y el entorno son igualmente importantes; a veces incluso resultan esenciales en ciertos servicios, como urgencias, pediatría o psiquiatría. En todo esto deberían ser considerados como necesarios y significativos.

La comunicación con otros miembros del equipo multidisciplinar puede igualmente enriquecer a la enfermera. Una mejor comprensión del plan medico o de las intervenciones de otros terapeutas y especialistas pueden ayudar a la enfermera a coordinar en conjunto el plan de tratamiento. Puede e incluso reforzar las acciones que se recogen en él y evaluar sus resultados.

Los libros, artículos y trabajos de referencia constituyen también una fuente importante de información. En ellos la enfermera puede contraer datos e informaciones sobre el problema de salud de su cliente; sobre las necesidades que pueden alterar este problema.³⁴

³⁴ Phaneuf Margot. "La recogida de datos: primera etapa del proceso de los cuidados" en cuidados de enfermería. Tr. Carlos Ma. López González y Julia López Ruíz, Editorial Mc. Graw Hill Interamericana, Madrid, 1993 Pág. 59 - 71

2.3.5. Diagnostico

a) Definición de diagnóstico.

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud / proceso de vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la selección de las actuaciones de enfermería para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable.

Es la segunda etapa del proceso de Enfermería, y se puede definir como un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo, y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar de forma independiente. (Rosalinda Alfaro 1993).³⁵

b) Objetivo

Proporcionar la base para la selección, de las actuaciones de enfermería.

c) Formato PES (Problema, etiología, signos y síntomas)

Los términos que describen el problema (P) se refiere al título o etiqueta de categoría diagnóstica, es una descripción del problema de salud (actual o potencial) del cliente (individuo, familia y comunidad).

Etiología del problema (E) identifica las causas probables de la alteración del problema de salud, y da la dirección a la terapia de enfermería requerida. La etiología puede incluir los factores de su entorno mental, conductas del cliente, falta de capacidad motora, deterioro perceptual o consciente.

Las características definidas o los grupos de signos y síntomas (S) las características definidas aportan la información necesaria para llegar a la etiqueta de la categoría diagnóstica. Cada categoría diagnóstica está asociada a signos y síntomas que ocurren como una entidad clínica. Los signos y síntomas principales son aquellos que tienen que estar presentes para hacer un diagnóstico válido.

³⁵ García González María de Jesús El Proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson 1ª edición 1997 Editorial Progreso, S.A. Pág. 32

d) Etiquetas Diagnosticas de la NANDA

Los diagnósticos de la NANDA constituyen una taxonomía en la que se recogen aquellos problemas o diagnósticos que las enfermeras pueden identificar, validar y tratar de forma independiente. Como en toda taxonomía, estos diagnósticos están agrupados sistemáticamente según determinadas características normas reglas y criterios previamente establecidos.³⁶

Los diagnósticos se clasifican en Reales, Potenciales y Posibles. Se considera un diagnóstico Real el que partir de la valoración de enfermería reúne todos los datos confirmatorios de su existencia. El diagnóstico Potencial se define cuando no este presente el momento de realizar la valoración. Y un diagnóstico es Posible cuando los datos recogidos nos indican la probabilidad de su presencia, aunque falten datos para confirmarlo o negarlo.

Componentes de los Diagnósticos.

Cada categoría diagnóstica consta de los siguientes elementos:

- Etiqueta Diagnóstica o Nombre. Consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema.
- Definición. Incluye una explicación concluyente del diagnóstico enunciado que sirve como factor diferenciador de las distintas etiquetas diagnósticas.
- Características Definitivas. Son manifestaciones o respuesta de la persona o familia que nos pueden reindicar la presencia o ausencia de un determinado diagnóstico.
- Factores Relacionados. Son situaciones o condiciones de la aparición del diagnóstico. Tales factores pueden ser descritos como:
 - Antecedente de
 - Asociado con
 - Relacionado con
 - Contribuyente a
 - Provocando...

Cabe añadir que cuando el diagnóstico es potencial no existen características definitivas, como se ha comentado y a los factores relacionados se les denomina factores de riesgo.

Teniendo en cuenta los diferentes tipos o clases de diagnósticos, existen diferentes formas de enunciarlos.

- Cuando el diagnóstico se pretende formular es un diagnóstico real y se enunciará escribiendo el nombre o etiqueta diagnóstica, relacionado con la etiología o factor relacionado contribuyente y manifestado por las características definitivas.

³⁶ Fernández Ferrin Carmen Proceso Atención de Enfermería Estudio de Casos. Editorial Masson reimpresión 1999 Pág. 42 -50

- Si el diagnóstico identificado se define como diagnóstico potencial, primero el nombre o etiqueta diagnóstica precedida de la palabra potencial y relacionada con la etiología o factor relacionado contribuyente.
- O de ser considerado diagnóstico posible, primero el nombre o etiqueta diagnóstica precedida de la palabra posible y relacionada con la etiología o factor relacionado.³⁷

Diagnóstico de Enfermería NANDA

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
 - 1.4.1.2.2.1 Déficit de volumen de líquidos
 - 1.4.1.2.2.2 Riesgo de déficit de volumen de líquidos
- 1.4.2.1 Disminución del gasto cardíaco

³⁷ Fernández Ferrin Carmen Proceso Atención de Enfermería Estudio de Casos. Editorial Masson reimpresión 1999 Pág. 42 -50

- 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 (RDDR)
- 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
- 5.1.2.1.1 Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante
- 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 auto cuidado: 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 auto cuidado: baño/higiene
- 6.5.3 Déficit de auto cuidado: vestido/acicalamiento
- 6.5.4 Déficit de auto cuidado: 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 censo-perceptivas, (especificar) (visuales, auditivas, cenestésicas, 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
- 8.3 Alteración de los procesos de pensamiento
 - 8.3.1 Trastorno de memoria

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 auto mutilación
 - 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 Temor³⁸

2.3.6. Planeación

a) Definición de planeación.

Es el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del cliente que se han identificado durante el diagnóstico. (Dependientes, Independientes e Interdependientes).

Es la fase de planificación, en donde se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. La fase de planificación consta de varias etapas:

1. Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados.
2. Fijar resultados con el cliente para corregir, reducir al mínimo o evitar los problemas.
3. Escribir las actuaciones de enfermería que conducirá a la consecución de los resultados propuestos.
4. Registros de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados.³⁹

b) Objetivos

- ❖ Proporcionar un cuidado individualizado al cliente.
- ❖ Asegurar la continuidad del cuidado.
- ❖ Dirigir las anotaciones a realizar en hojas de evolución.
- ❖ Ayudar a organizar el trabajo en el servicio.
- ❖ Servir como guía para el reembolso de las compañías de seguros médicos.

³⁸ NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003 – 2004. Editorial ELSEVIER

³⁹ IYER, Patricia W. Op. Cit. Pág. 13

c) Tipos 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:

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.

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. 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 en la terapia. No está autorizada para determinar determinados tratamientos, pero reconoce el momento en el que puedan ser necesarios.

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:

- Enseñanza en materia de salud.
- Asesoría en materia de salud para ayudar a los pacientes a efectuar elecciones informadas.
- 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.
- 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.
- Apoyo, comodidad y estímulo.
- Valoración al estado del paciente o su reacción a los tratamientos ordenados por enfermeras, médicos u otros profesionales de la salud.
- 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.

Ayuda para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria y minimizar riesgos.

2.3.7. Ejecución

a) Definición de ejecución.

Acción autónoma basada en el razonamiento científico que se ejecuta para beneficiar al cliente de una forma prevista en relación con el diagnóstico de enfermería y con los objetivos establecidos.

La ejecución es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente.

Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el cliente o por su familia. La ejecución incluye también el registro de atención al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería. Esta documentación verifica que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.⁴⁰

b) Objetivo

Conducir al cliente hacia un estado óptimo de independencia en la satisfacción de sus necesidades. Pero según la condición del cliente, el estado de dependencia puede ser variable.

2.3.8. Evaluación.

a) Definición

Es la última etapa del proceso en donde consiste en emitir un juicio sobre el trabajo de la enfermera en relación a los datos obtenidos es una realidad, de un interrogatorio y una reflexión sobre el conjunto de acciones y orientaciones decididas por la enfermera.

b) Objetivo

- Comprobar la eficacia y la adecuación de los cuidados
- Revisarse lo más pronto posible
- Que las intervenciones se conviertan en una garantía para la calidad de los cuidados de Enfermería.

⁴⁰ IYER, Patricia W. Op. Cit. Pág. 13

2.4. Modelo Conceptual de Virginia Henderson

2.4.1. Antecedentes Históricos

VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-1996)



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 Teóricas

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 influyó en Virginia Henderson en darle la debida importancia de mantener el equilibrio fisiológico.

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.

2.4.3. Principios, Postulados o 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.

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.

SUPUESTOS

“Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud”.⁴¹

“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.

“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.⁴²

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.

⁴¹El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. García G. Ma. de Jesús. Pp. 11

⁴² Ibíd.. Pág. 12

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.⁴³

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.⁴⁴

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.⁴⁵

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:⁴⁶

- La enfermera como sustituto del paciente.
- La enfermera como ayuda del paciente.
- La enfermera como compañera y orientadora del paciente.

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”.

⁴³El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. García G. Ma. de Jesús Pág.13

⁴⁴ Ibid.. Pág. 14

⁴⁵ | El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. García G. Ma. de Jesús Pág 14

⁴⁶ Ibid.. Pág. 15

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.

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.⁴⁷

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 son denominadas 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.

a) Independencia

Es la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud sobre la base de sus propias necesidades.

⁴⁷ www.Monografias.com/trabajos 16

b) Dependencia

Puede ser considerada una doble vertiente. Por una parte en un sentido la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer sus 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 con 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 menciona Henderson "Este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación" 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.

d) Necesidad

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

Cada una de estas necesidades esta relacionada con las distintas dimensiones del ser humano. En cada una de ellas pueden descubrirse las dimensiones biológica, Psicológica, sociológica, cultural y espiritual.⁴⁸

e) Causas de dificultad

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

- Falta de fuerza. Se interpreta por fuerza no solo en la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino la capacidad del individuo para llevar a termino las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas y capacidad intelectual, etc.

⁴⁸ PHANEUF Margot "Las Necesidades Fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson" en cuidados de enfermería. Tr. Carlos Ma. López González y Julia López Ruíz, Mc. Graw Hill Interamericana, Madrid, 1993. Pág. 17 - 48

- Falta de conocimientos se refiere a las cuestiones esenciales acerca de la propia salud y situación de enfermedad, la persona auto conocimiento y sobre los recursos propios y ajenos de los que dispone.
- Falta de voluntad se entiende como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse e una situación adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

2.4.5. 14 Necesidades básicas

Según la definición propia de la enfermera, y apartir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, Psicológicos, socioculturales y espirituales que tienen 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica y promover así su desarrollo y crecimiento.

1. Necesidad de Oxigenación: la respiración es la función por medio de la cual el organismo absorbe (inspiración) del exterior, él oxígeno necesario para el sostenimiento de la vida y elimina (expiración) del interior los gases nocivos para la misma.
2. Necesidad de Nutrición e Hidratación: él termino Nutrición es una cualidad o estado de los seres vivos. Las sustancias nutritivas que contienen los alimentos, necesitan para su absorción en el intestino delgado, de transformarse en moléculas simples que puedan atravesar la mucosa intestinal. E Hidratación: es un equilibrio entre la ingestión y la pérdida de agua, este se mantiene mediante una serie de fuerzas que controlan la salida y entrada de agua.
3. Necesidad de eliminar los desechos corporales: el organismo debe desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no utilizables, formados durante el proceso de digestión.
4. Necesidad de Moverse y Mantener una buena postura: el ejercicio físico ayuda a mantener un corazón saludable porque hace que aumente la circulación coronaria y las fibras del miocardio se contraen con mayor fuerza para aumentar el gasto cardíaco.
5. Necesidad de descanso y Sueño: El descanso físico y mental son necesidades básicas del ser humano, cada persona necesita cubrir ciertos requerimientos de tiempo y condiciones favorables para satisfacer su necesidad de dormir y descansar.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas: la forma de vestir son parte importante de la personalidad de un individuo, ya que es un rasgo particular que le hace ser diferente a los demás.
7. Necesidad de Termorregulación: la temperatura corporal es el grado de calor que mantiene el organismo en un momento dado, ya que es el equilibrio entre el calor producido por el organismo.
8. Necesidad de Higiene y protección de la piel: la higiene corporal es una forma más sencilla de conservar la salud física y proporcionar bienestar.

9. Necesidad de evitar los peligros: los accidentes resultan ser un grave problema social, económico y de salud. Son causa de pérdidas humanas de invalidez y de disminución de horas de trabajo de personas en edad productiva.
10. Necesidad de Comunicarse: Es un proceso a través del cual, se transmiten y reciben, emociones e informaciones entre personas o grupo de personas.
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores: son la expresión de la personalidad de cada individuo en lo más íntimos de su ser.
12. Necesidad de trabajar y realizarse: es una forma de auto - expresión importante a través de la cual la persona puede manifestar su capacidad creadora.
13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas: la recreación es una necesidad básica del ser humano, en cualquier etapa de su vida.
14. Necesidad de aprendizaje: el desconocimiento a cerca del estado de salud, solo conduce al descuido y a la enfermedad. ⁴⁹

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.

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 Henderson⁵⁰.

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 contenido⁵¹. 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.

⁴⁹ García González María de Jesús "El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson" Editorial Progreso S.A. 1997 1ª edición México DF Pág. 55 - 292

⁵⁰ García G. M. de J., "El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería", Progreso, México, 1997.

⁵¹ Fernández F. C., Garrido A. M., Santo Tomás P. M., Serrano Parra M., "Enfermería. Enfermería fundamental", Masson, Barcelona, 2000.

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.

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)

2.5.2. 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. Planeación

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 irán 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 cuidados⁵²

2.6. Displasia del Desarrollo de la Cadera.

La displasia de la cadera es un proceso gradual y progresivo que puede ser interrumpido en cualquiera de sus fases. El término de displasia denota anomalías del desarrollo de la articulación, en el cual la cápsula y la porción proximal del fémur y el acetábulo muestran defectos estos defectos comprenden anomalías que van desde la inestabilidad simple con laxitud capsular, hasta el desplazamiento completo de la cabeza femoral y su salida del acetábulo anómalo. Se puede presentar durante el desarrollo embrionario de los componentes articulares, ligamentarios y capsulares de la articulación de la cadera, o durante la etapa fetal o perinatal.

La luxación congénita de la cadera (LCC) consiste en pérdida de las relaciones normales de la articulación coxofemoral del niño. Actualmente se utiliza el término displasia de la cadera en desarrollo para definir una serie de trastornos relacionados con el desarrollo de esta articulación.

Incidencia

De 2 a 5 x 1.000 niños nacidos⁵³

En el 60 % de los casos está comprometida la cadera izquierda

En el 20 % la cadera derecha

Es más frecuente en la raza blanca que en la negra, se presenta 5 veces más en mujeres que en hombres⁵⁴.

Factores de riesgo

Antecedentes Hereditarios

Mal posición del Útero y factores mecánicos

Factores ambientales post natales.

⁵² Fernández F. C., Garrido A. M., Santo Tomás P. M., Serrano Parra M., "Enfermería. Enfermería_fundamental", Masson, Barcelona, 2000

⁵³ Mihran O. Tachdjian Ortopedia Pediátrica Editorial Interamericana Tomo 1 1985

⁵⁴ Correa U. José Alberto. Juan Fernando Gómez R. Fundamentos de Pediatría Tomo V 2ª edición 1999 Pág.2346

Clasificación

- ❖ Luxación Típica de la cadera al nacer, los datos patológicos importantes son laxitud anormal de la cápsula y alargamiento del ligamento redondo y la cabeza femoral puede ser más pequeña de lo normal.
- ❖ Luxación teratológica del acetábulo es pequeño, superficial y plano en su mitad superior, lleno de tejido fibrograsoso y quizá del tamaño no suficiente para sostener la cabeza.

Factores de riesgo:

- Sexo. Es mayor el riesgo en el sexo femenino.
- Rango de embarazo: Es mayor en primogénitos.
- Presentación podálica.
- Tipo de parto. Vértice espontáneo o cesárea. En la cesárea indagar sobre su indicación, ya sea por presentación podálica u oligohidramnios.
- Complicaciones peri natales. El oligohidramnios por malformación renal o ruptura de membranas.
- Historia familiar positiva para displasia de la cadera en desarrollo: entre más cercano sea el grado de consanguinidad, mayor es el riesgo.
- Deformidades congénitas o posturales. Metatarsus primus varus, pie calcáneo valgo, tortícolis congénita, laxitud articular generalizada. Pie equino varo aductus (chapín), artrogrifosis, anomalías gastrointestinales y genitourinarias.
- Clic de caderas. Consiste en un corto chasquido o crepitación que se escucha al hacer la maniobra de Ortolani, debido a un fenómeno de vacío dentro de la articulación de la cadera o a roce ligamentario o miofascial. No es un signo de displasia de la cadera en desarrollo, pero algunos de estos pacientes pueden llegar a tenerla.

Examen clínico.

Se diferenciarán en el recién nacido cuatro tipos de displasia de la cadera en desarrollo:

- ❖ Cadera luxada. La cabeza femoral está fuera del acetábulo. Se diagnostica con la maniobra de Ortolani, la cual reduce la cadera
- ❖ Cadera luxable. Es la cadera reducida, que se puede sacar del acetábulo

Mediante la prueba de dislocación. Se diagnostica con la maniobra de Barlow, la cual luxa la cadera.

- ❖ Cadera subluxada. Es aquella en la cual se pierde en forma parcial la relación de la cabeza femoral con el acetábulo, pero no se logra luxar la cadera. Se diagnostica mediante la maniobra de Barlow.
- ❖ Cadera irreductible o luxación teratológica. Se reconoce por que no reduce con la maniobra de Ortolani y sus signos clínicos son: limitación de la abducción de caderas (menor de 60 grados), asimetría de pliegues y de extremidades cuando es unilateral.

Las pruebas clínicas para el tamizaje secundario a los 3, 6 y 12 meses son:

- Limitación de la abducción de caderas (menor de 60 grados).
- Asimetría de pliegues glúteos, inguinales y de muslos, tanto anteriores como posteriores.
- Asimetría de las extremidades, demostrable mediante las prueba de Allis y Galeazzi.

Estudios complementarios

- Ultrasonografía dinámica. Es el examen complementario ideal, es útil en el estudio de caderas inestables al tamizaje primario, en pacientes con factores de riesgo o clic de cadera y para detectar casos tardíos de displasia de la cadera en desarrollo.
- Radiografía convencional. La antero posterior de la pelvis en posición neutra. Es un estudio complementario útil después de cuatro a seis meses de edad, donde ya se han osificado las epífis de la cabeza femoral. En el recién nacido es difícil de interpretar por la gran cantidad de cartílagos y la falta de núcleos de osificación.⁵⁵



⁵⁵ www.sepeap.es revisiones/ortopedia

Signo de Ortolani.

Se encuentra positivo en las caderas laxas subluxables y negativo en las teratológicas y luxables rígidas. Se toman ambas extremidades inferiores, una en cada mano, colocando las rodillas entre el pulgar y el índice, flexionando las caderas hasta 90°, y se apoya la palma de la mano sobre la rodilla flexionada y los dedos a lo largo del fémur con la punta del tercer dedo hacia el trocánter mayor; se fija la cadera opuesta, haciendo ligera presión de la rodilla hacia la mesa. La cadera que se examina se presiona en sentido vertical y se realizan movimientos suaves de aducción y abducción, buscando el chasquido que se produce al saltar la cabeza femoral sobre el labrum cartilaginoso.



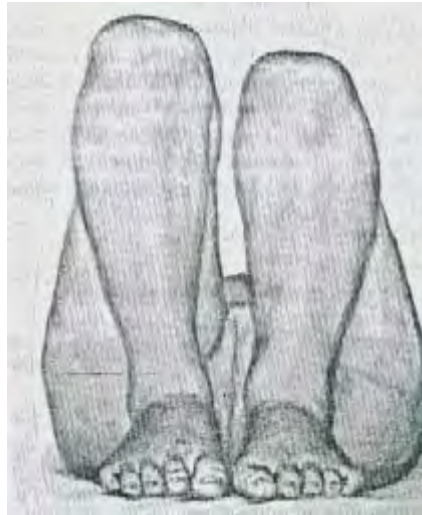
Signo de Barlow

Detecta caderas subluxables o luxables; se efectúa para descubrir la cadera inestable en el Recién Nacido. Se toma el lado a explorar, con la mano a lo largo del fémur. Con el dedo medio situado en el trocánter mayor y el pulgar sobre el trocánter menor; se coloca la cadera a flexión mayor a 90° y se lleva a 45° de abducción; con otra mano se fija la pelvis. Se efectúan movimientos de pelvis de adelante hacia tras. El signo es positivo cuando se percibe el juego anormal, y la cabeza temporal se desplaza de forma antero posterior. Se presenta en el 75% de los Recién Nacidos, pero desaparece en el 85% a los 30 días.



Signo de Galeazzi o Allis.

Se coloca al paciente en decúbito dorsal con las caderas y rodillas flexionadas y apoyando los pies en el plano de la mesa de exploración, observando la diferencia de altura de las rodillas. El afectado se encuentra descendido en comparación con el lado opuesto.



Signo de Limitación de Abducción.

El paciente en decúbito dorsal, con flexión de 90° en caderas y rodillas, haciendo abducción máxima suave de ambas piernas al mismo tiempo. El lado afectado mostrara limitación; los recién nacidos tienen abducción de 90° a los 15 días es de 60 a 70°.⁵⁶



⁵⁶ R. Martínez y Martínez. La salud del niño y del adolescente. 5ª edición Manual moderno 2005

A menudo pasa inadvertida hasta que el pequeño ha empezado a andar. Manifestando cojera típica que se caracteriza en la fase de postura de cada paso sobre la cadera luxada por inclinación contra lateral de la pelvis, desviación externa de la columna vertebral hacia el lado afectado y movimiento vertical de telescopio en la extremidad inferior afectada.

Cuanto mayor sea el niño cuando se inicia el tratamiento menos posibilidad habrá de desarrollo normal de la cadera. Al aumentar la edad y ser más grande la carga de peso progresiva, las contracturas de los tejidos blandos se tornan rígidas, el grado de ante versión de la parte proximal del fémur aumenta, y el contorno de la cavidad acetabular se hace mas anormal.⁵⁷

El objetivo del tratamiento es colocar la cabeza femoral en el interior del acetábulo y mantenerla en posición hasta que se estabilice. El tratamiento que se establece es de acuerdo a la edad en que se diagnostica la luxación.

Desde el nacimiento hasta los dos meses. En este grupo de edad se efectúa reducción suave por manipulación mediante flexión de la cadera a 90° y continuación abducción de la misma en flexión mediante la elevación de la punta de los dedos, bajo el trocánter mayor, para empujar la cabeza del fémur hacia la cavidad acetabular. La reducción se conserva mediante el entablillado, también se utiliza el arnés de Pawlick de la cadera en abducción en cojin de Frejka, colchón de Tutti, férula de Rosen etc.

De los 2 y los 18 meses de edad en el lactante mayor que ya ha empezado a erguirse o/a caminar y en el cual hay desplazamiento importante hacia arriba de la cabeza femoral hacia arriba de la parte proximal del fémur con fijez de los tejidos blandos contracturados. Esta indicada la tracción esquelética con un clavo de kissner a través de la parte distal del fémur.

De 1 ½ a 3 años de edad. El tratamiento consiste en miotomía percútanea o abierta de los aductores y tracción esquelética con clavo kissner a través de la epífisis distal del fémur durante dos semanas. Se aplica tracción con la línea que tira de la cadera en flexión parcial y cierta abducción. Cuando la cabeza femoral llega al nivel del acetábulo, la cadera se coloca de manera gradual en abducción y extensión con estiramiento de los tejidos blandos contracturados, a menudo después de los dos años se requiere reducción abierta y osteotomía tipo Salter del hueso iliaco para obtener una cadera normal.

De los 4 a los 7 años en las caderas luxadas se aplica tracción esquelética después de la liberación de los tejidos blandos la cadera femoral se puede desplazar hacia abajo hasta llegar al acetábulo se ejecuta reducción abierta y osteotomía tipo Salter del hueso iliaco.

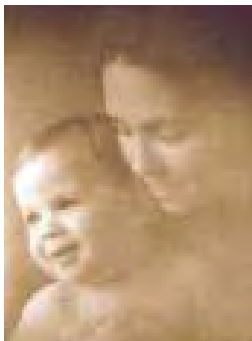
⁵⁷ Mihran O. Tachdjian Ortopedia Pediátrica Editorial Interamericana Tomo 1 1985

Complicaciones.

- Necrosis avascular de la cabeza femoral: ocurre generalmente por hiperpresión de la cabeza femoral contra el acetábulo, al acortarla en una abducción forzada. El utilizar tracción previa a la abducción disminuye el riesgo de necrosis.
- Relajación de cadera
- Rigidez articular
- Artritis degenerativa.⁵⁸

2.7. Apego Materno.

"La teoría del apego es una forma de conceptualizar la propensión de los seres humanos a formar vínculos afectivos fuertes con los demás y de extender las diversas maneras de expresar emociones de angustia, depresión, enfado cuando son abandonados o viven una separación o pérdida". El apego es el vínculo afectivo que se infiere de una tendencia estable a buscar la proximidad, el contacto, etc. Subyace a las conductas que se manifiestan, no de una forma mecánica sino en relación con otros sistemas de conducta y circunstancias ambientales.



Sroufe y Waters (1977) describen el apego como "un lazo afectivo entre el niño y quienes le cuidan y un sistema conductual que opera flexiblemente en términos de conjunto de objetivos, mediatizado por sentimientos y en interacción con otros sistemas de conducta".

Ortiz Barón y Yarnoz Yaben (1993) señalan que "el apego es el lazo afectivo que se establece entre el niño y una figura específica, que une a ambos en el espacio, perdura en el tiempo, se expresa en la tendencia estable a mantener la proximidad y cuya vertiente subjetiva es la sensación de seguridad".

⁵⁸ | Mihran O. Tachdjian Ortopedia Pediátrica Editorial Interamericana Tomo 1 1985.

Las explicaciones psicoanalíticas de la interacción figura de apego-bebé también enfatizan los instintos. Es importante tener en cuenta que el apego es un concepto relativamente reciente que no fue muy utilizado en la clásica teoría psicoanalítica freudiana. Cuando las madres son percibidas como fuentes de placer y comodidad por los bebés, se convierten en objetos amorosos. La teoría psicoanalítica mantiene que, aunque en un principio, la habilidad del bebé para discriminar entre personas es difusa, la energía psíquica o libido pronto llega a ser específica y se dirige hacia la figura de apego. En este sentido, la relación puede ser descrita como apego (Spitz, 1965).

Los seres humanos y animales de otras especies, tienden a permanecer en un sitio familiar específico, en compañía de personas también familiares. Los individuos de una especie determinada, lejos de deambular al azar a todo lo ancho de la región a la que pueden adaptarse desde el punto de vista ecológico, por lo común, pasan su vida dentro de un sector sumamente restringido de aquella (denominada área de acción).

En un sujeto, los sistemas de activación que determinan la conducta de temor tienden a apartar al individuo de situaciones potencialmente peligrosas. De igual forma, los sistemas que determinan la conducta de apego, suelen empujarlo hacia situaciones en que potencialmente se hallará a salvo, y mantenerlo en esas condiciones.

En el hombre adulto la conducta de temor puede ser provocada por indicios que derivan por lo menos de tres fuentes: 1) Indicios naturales y sus derivados (desarrolladas en la infancia) 2) Indicios culturales aprendidos por medio de la observación (desarrolladas gracias a la sociedad) y 3) Indicios aprendidos y utilizados con un mayor grado de perfeccionamiento, a los efectos de evaluar el peligro y evitarlo.

Según Yela (2000), La ausencia de amor maternal durante la infancia se asocia a problemas psicopatológicos en la etapa adulta (histeria, autismo, inseguridad, temor al rechazo e intensa necesidad de aprobación); déficit psicológico traducido en una actitud de hostilidad ante el mundo y ante los demás. Sin embargo, el amor de madre depende en mucho del estilo de apego que haya desarrollado a través de su existencia, lo cuál repercutirá de igual manera en la seguridad que le transmita a su hijo al momento de nacer y durante los años posteriores, haciendo especial énfasis en los primeros meses de vida que son cruciales para el establecimiento del apego. Por lo tanto, se puede definir al apego como un "proceso de maduración a través del cual el cuidador principal de la infancia adquiere la calidad de un objeto de amor" (England, 1981; citado por Aizpuru, 1994), o como la "conducta que reduce la distancia de las personas u objetos que suministrarían protección" (Bowly, 1985; 1998)

A partir de los primeros meses de vida y durante toda la existencia del ser humano, la presencia o ausencia (física) de una figura de afecto es una variable clave que determina el que una persona se sienta o no alarmada por una situación potencialmente alarmante.

A partir de esa misma edad y durante toda su vida, una segunda variable de importancia es la confianza o falta de confianza que experimenta la persona con respecto a la disponibilidad de la figura de apego (este o no presente físicamente) de responder a sus requerimientos cuando por alguna razón lo desee (Bowlby, 1985; 1998).⁵⁹

La teoría del apego desarrollada por J. Bowlby (1969) intenta construir una teoría del desarrollo de la personalidad. En oposición a los postulados hasta ese momento, de que la razón por la cual un niño establece un vínculo estrecho con su madre radica en el hecho que esta lo alimenta, quedando relegado a un segundo plano la relación personal otorgada por el vínculo (teoría Psicoanalista), J Bowlby propone que los seres humanos presentan una tendencia innata a buscar vínculos de apego, los cuales brindan una satisfacción personal y constituyen a la supervivencia de la especie. Aunque la alimentación y el sexo cumplan una función importante dentro del vínculo, la relación de apego tiene una existencia, una dinámica y una función propia. Existe de este modo una tendencia primaria por parte de los individuos a establecer fuertes lazos emocionales con determinadas personas, considerando esto como un componente básico de la naturaleza humana. En la infancia los lazos emocionales se establecen con los padres en busca de protección y apoyo, los cuales prosiguen a lo largo de todo el ciclo del desarrollo, pero complementados por nuevos lazos de acuerdo a los periodos evolutivos.⁶⁰

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CONCEPTO DE APEGO

El concepto de apego evolucionó del psicoanálisis, en particular de la teoría de las relaciones objétales. El primero en desarrollar una teoría del apego a partir de los conceptos que aportara la psicología del desarrollo, con el objeto de describir y explicar por qué los niños se convierten en personas emocionalmente apegadas a sus primeros cuidadores, así como los efectos emocionales que resultan de la separación, fue John Bowlby, quien intenta mezclar los conceptos provenientes de la etología, el psicoanálisis y la teoría de sistemas para explicar el lazo emocional del hijo con la madre (Yarrow, 1972; citado por Aizpuru, 1994). De esta forma, Bowlby (1985; 1998) define al apego como "la conducta que reduce la distancia de las personas u objetos que suministrarían protección" Desde esta perspectiva, la conducta de apego parece ser un componente más de entre las heterogéneas formas de conducta comúnmente clasificadas dentro de la categoría de conducta dictada por el temor.

Ainsworth (1983), lo define como aquellas conductas que favorecen ante todo la cercanía con una persona determinada. Entre estos comportamientos figuran: señales (llanto, sonrisa, vocalizaciones), orientación (mirada), movimientos relacionados con otra persona (seguir, aproximarse) e intentos activos de contacto físico (subir, abrazar, aferrarse). Es mutuo y recíproco.

⁵⁹ www.monografias.com/trabajos13/elemparaz

⁶⁰ <http://www.apsique.com/tiki-index.php?page=DesaApego>

Sroufe y Waters (1977) describen el apego como "un lazo afectivo entre el niño y quienes le cuidan y un sistema conductual que opera flexiblemente en términos de conjunto de objetivos, mediatizado por sentimientos y en interacción con otros sistemas de conducta".

Ortiz Barón y Yarnoz Yaben (1993) señalan que "el apego es el lazo afectivo que se establece entre el niño y una figura específica, que une a ambos en el espacio, perdura en el tiempo, se expresa en la tendencia estable a mantener la proximidad y cuya vertiente subjetiva es la sensación de seguridad" (citados por Ortiz y Gutiérrez, 2001).

Yela (2000) dice que la importancia del establecimiento de un vínculo amoroso fuerte y confortable entre el niño y una figura de apego de cara a un desarrollo óptimo de la persona ha sido subrayada tanto por etólogos (quienes consideran muchas conductas como básicamente innatas y específicas de la especie o de origen instintivo) como por psicodinámicos y otros psicólogos de distintas corrientes.

TIPOS DE APEGO

Clasificación de Ainsworth

Ainsworth y cols. (1978) elaboraron un instrumento denominado "situación extraña", con el objetivo de evaluar la manera en que los niños utilizaban a los adultos como fuente de seguridad, desde la cual podían explorar su ambiente; también la forma en que reaccionaban ante la presencia de extraños, y en los momentos de separación y reunión con la madre. La prueba consta de ocho episodios de tres minutos de duración cada uno. Previamente a su aplicación, se brinda la información adecuada y precisa sobre la misma, tanto a la madre como a la "persona extraña". La secuencia completa de la interacción es video grabada a través de una cámara de Gessell. (Lartigue y Vives, 1992). Ainsworth distinguió a raíz de ésta prueba tres tipos de apego según la respuesta del niño:

- Niños ansiosos-evitantes:
- Niños con apego seguro
- Niños con apego ansioso-ambivalente⁶¹⁶²

Tomando como base la clasificación de Ainsworth, se procede a describir las características de cada uno de estos tipos de apego.

⁶¹ www.monografias.com/trabajos13/elemparaz

⁶² <http://www.apsique.com/tiki-index.php?page=DesaApego>

Apego seguro

Un patrón óptimo de apego se debe a la sensibilidad materna, la percepción adecuada, interpretación correcta y una respuesta contingente y apropiada a las señales del niño, fortalecen interacciones sincrónicas (Aizpuru, 1994).

Las personas con estilos de apego seguro, son capaces de usar a sus cuidadores como una base de seguridad cuando están angustiados. Ellos tienen cuidadores que son sensibles a sus necesidades, por eso, tienen confianza que sus figuras de apego estarán disponibles, que responderán y les ayudarán en la adversidad. En el dominio interpersonal, tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, y en el dominio intrapersonal, tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismo. De igual forma, muestran tener una alta accesibilidad a esquemas y recuerdos positivos, lo que las lleva a tener expectativas positivas acerca de las relaciones con los otros, a confiar más y a intimar más con ellos (Feeney, B. & Kirkpatrick, L. 1996, citados por Gayó, 1999).

Apego ansioso - evitante

Para la conducta que tiende a aumentar la distancia de personas y objetos supuestamente amenazadores resultan convenientes los términos "retracción" "huida" y "evitación". Para otro componente importante y adecuadamente organizado, el término utilizado es "inmovilización" (Bowlby, 1985; 1998).

La conducta de retracción y la de apego se suelen dar con frecuencia ya que ambas cumplen una misma función: protección. Resulta fácil combinar en una acción única el acto de alejarse de una zona y acercarse a otra. No obstante, existen poderosas razones para trazar una distinción entre ambas. En primer lugar, aunque en buena medida las condiciones que las provocan son las mismas, no siempre ocurre así. La conducta de apego, por ejemplo, puede ser activada por la fatiga o la enfermedad, tanto como una situación que provoca miedo. Por otra parte, cuando ambas formas de conducta son activadas al mismo tiempo no siempre son compatibles, aunque si lo sean en la mayoría de los casos. (Bowlby, 1985; 1998).

Una conducta de apego insegura-evitante o la presencia de fallas en el establecimiento del vínculo materno-infantil, también se ha asociado con madres que maltratan a sus hijos, ya sea de manera física, verbal, a través de la indiferencia o por una inhabilidad psicológica (Egeland y Ericsson, 1987; mencionado por Lartigue y Vives, 1992). Este tipo de apego no seguro, se ha asociado con la presencia del "síndrome no orgánico de detención del desarrollo" que se caracteriza por carencias nutricionales y/o emocionales que derivan en una pérdida de peso y un retardo en el desarrollo físico, emocional y social. (Leventhal et al, 1988; mencionado por Lartigue y Vives, 1992).

Las madres de niños evitantes pueden ser sobre estimulantes e intrusitas (Aizpuru, 1994)

Algunos niños sujetos a un régimen imprevisible parecen llegar a un punto de desesperación en el que, en vez de desarrollar una conducta afectiva caracterizada por la ansiedad, muestran un relativo desapego, aparentemente sin confiar en los demás ni preocuparse por ellos. A menudo esta conducta se caracteriza por la agresividad y la desobediencia, y esos niños son siempre propensos a tomar represalias. Este tipo de desarrollo es mucho más frecuente en los varones que en las niñas, en tanto que ocurre a la inversa en el caso de una conducta de fuerte aferramiento y ansiedad (Bowlby, 1985; 1998).

Apego ansioso ambivalente

Los sujetos ambivalentes son aquellos que buscan la proximidad de la figura primaria y al mismo tiempo se resisten a ser tranquilizados por ella, mostrando agresión hacia la madre. Responden a la separación con angustia intensa y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia. Debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores, estos niños no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de los primeros. (Gayó, 1999)

Una situación especial en la que se produce conflicto entre la conducta afectiva y la conducta de alejamiento, es la que se produce cuando la figura de apego es también la que provoca temor, al recurrir, quizás, a amenazas o actos de violencia. En esas condiciones, las criaturas más pequeñas no suelen huir de la figura hostil, sino aferrarse a ella (Bowlby, 1985; 1998).

Todo apego regido por la ansiedad se desarrolla no sólo porque el niño ha sido excesivamente gratificado, sino porque sus experiencias lo han llevado a elaborar un modelo de figura afectiva que suele mostrarse inaccesible o no responder a sus necesidades cuando aquél lo desea. Cuanto más estable y previsible sea el régimen en el que se cría, más firmes son los vínculos de afecto del pequeño; cuanto más imprevisibles y sujetos a interrupciones sea ese régimen, más caracterizado por la ansiedad será ese vínculo (Bowlby, 1985; 1998).⁶³

DESARROLLO DEL APEGO

Klaus y Kennell (1976) formularon siete principios que son componentes cruciales en el proceso de apego:

1. Hay un período sensible dentro de los primeros minutos u horas de vida durante el cual es necesario que los padres estén en contacto íntimo con el niño para que su desarrollo ulterior sea óptimo.
2. Los padres poseen respuestas específicas de la especie, que se presentan cuando les entregan al niño por primera vez.

⁶³ <http://www.apsique.com/tiki-index.php?page=DesaApego> .

3. El proceso de apego es estructurado de tal forma que el padre y la madre solo establecen vínculo afectivo con un niño a la vez.
4. Durante el proceso de apego madre-hijo, es necesario que el niño responda a la madre, con ciertas señales tales como los movimientos del cuerpo o de los ojos.
5. Las personas que observan el proceso de nacimiento, adquieren un fuerte vínculo afectivo con el niño.
6. Para ciertos adultos, es difícil vivir simultáneamente el proceso de apego y de desapego, es decir apegarse a un bebé mientras que la vida del otro está en grave peligro.
7. Ciertos acontecimientos que suceden inmediatamente después del nacimiento, tienen efectos perdurables. Por ejemplo, Los primeros días de ansiedad a propósito de un desorden temporal, podrían provocar inquietud de larga duración que pondría en riesgo la orientación del desarrollo del niño.⁶⁴

Stroufe y Rutter (1984) (citados por Trianes, 2000), mencionan que entre las tareas del desarrollo para niños de 0-1 año se encuentra la regulación biológica: interacción con la madre o padre armonioso, formulación de una buena relación de apego. Y con niños de 1-2 ½ años: exploración, experimentación y dominio del mundo del objeto (el cuidador como una base segura); individuación y autonomía, responder al control externo de los impulsos.

Las tareas evolutivas características de cada etapa comienzan en los primeros meses, donde tienen que ver con el establecimiento de un buen lazo afectivo con los padres y de respuestas a las exigencias paternas y sociales sobre el control de esfínteres, los cambios en la alimentación, y otras (Trianes, 2000).

El hecho de poder confiar en una figura de afecto, amén de mostrarse accesible y que pueda ser capaz de responder a los requerimientos del sujeto, dependería de: a) el que se estime que la figura de apego es o no el tipo de persona que por lo general pueda responder a los requerimientos de apoyo y protección; b) el que uno mismo, de acuerdo con las estimaciones, sea o no el tipo de persona hacia quien un tercero pueda responder con muestras de apoyo. Como resultado, el modelo de la figura de afecto y el modelo de si mismo suelen desarrollarse de manera tal que se complementan y reafirman mutuamente (Bowlby, 1985; 1998).

⁶⁴ <http://www.encolombia.com/medicina/pediatrica/pedi36101-bonding2.htm>

El desarrollo emocional durante el primer año establece la base de la salud mental en el individuo humano (Winnicott, 1995), pero desde el momento del parto y las semanas posteriores, el apego de la persona se va consolidando. (Ortigosa, 1999).⁶⁵

Desde los siete meses de edad, los niños son muy sensibles a las separaciones y vulnerables a percibir separaciones inesperadas como amenazas a la relación de afecto con su madre o padre. Antes de esta edad no son tan sensibles porque los lazos afectivos se están formando, y después de los 4 años tampoco lo son, puesto que han adquirido las habilidades cognitivas que mantienen la relación con sus figuras de apego cuando están ausentes. En este proceso muchos niños utilizan muñecos u otros objetos que les inspiran confianza y les ayudan a controlar la ansiedad de separación (Trianes, 2000). El tipo de apego desarrollado al año de edad, predice el tipo de apego a los 18 meses, la frustabilidad, persistencia, cooperatividad y entusiasmo en la tarea a los 24 meses, la competencia social en los preescolares y la autoestima, empatía y la conducta en el salón de clases (Stern, 1985 mencionados por Lartigue y Vives, 1992) A medida que crecen, los pequeños pueden recurrir a la visión y a la comunicación oral como medio de mantener el contacto con la madre.

En presencia de una figura materna sensible a sus requerimientos, por lo común el bebe se muestra contento; Y una vez que adquiere cierta movilidad suele explorar el mundo circundante lleno de confianza y valor. En ausencia de aquella figura, más tarde o más temprano él bebe experimenta un sentimiento de zozobra y responde con una viva sensación de alarma a toda suerte de situaciones imprevistas, por levemente extrañas que le resulten. Ante la inminente partida de la figura materna o cuando ésta no puede ser hallada, el pequeño suele emprender una acción dirigida a detenerla o buscarla, y no logra superar su ansiedad hasta tanto no lograr cumplir sus objetivos. (Bowlby, 1985; 1998).

En la adolescencia, el vínculo de apego que une al hijo con sus padres cambia, ya que otros adultos comienzan a tener igual o mayor importancia que los padres acompañando la atracción sexual que empieza a sentir por compañeros de su misma edad. En esta etapa, las variaciones individuales en el apego se vuelven mayores.

En un extremo se encuentran los adolescentes que se apartan por completo de sus padres; y en el otro, los que siguen apegados a ellos y no pueden o quieren dirigir su conducta de apego hacia otras personas. En medio se encuentran los que siguen teniendo un apego fuerte hacia los padres, pero sus vínculos con los demás también son importantes. El vínculo con los padres se mantiene durante la vida adulta y afecta a la conducta de diferentes maneras.

⁶⁵ www.monografias.com/trabajos13/elemparaz.

En la vejez cuando la conducta de apego ya no puede orientarse hacia miembros de la generación anterior, tal conducta se puede dirigir hacia los miembros de la generación más joven. Durante la adolescencia y la vida adulta, parte de la conducta de apego no sólo se suele dirigir hacia personas de fuera de la familia, sino también hacia grupos e instituciones fuera de esta. Para muchos la escuela, trabajo, grupo religioso, etc. puede convertirse en figuras de apego subsidiarias. En tales casos, es probable que, al menos inicialmente, el vínculo con el grupo se establezca por el apego hacia un miembro que ocupe una posición destacada en él. Ante una enfermedad o catástrofe, los adultos se vuelven con frecuencia más exigentes respecto de los demás. Ante un desastre o peligro, es casi seguro que el sujeto buscará la proximidad de algún conocido en quien confía (Bowlby, 1969; 1998).

En cuanto al miedo a los extraños, la secuencia se encuentra marcada:

Los primeros días de vida, él bebe no discrimina entre personas familiares y no familiares. Reacciona de forma similar ante unos y otros. Audaz: la presentación de objetos novedosos desencadena respuestas de interés sin temor. 3 y 6 meses: reacción positiva ante personas desconocidas, pero comienza la diferenciación en la interacción con las personas conocidas y no conocidas.

6 y 8 meses: cauto e inhibido ante la persona extraña

8-9 meses: miedo a los extraños

9-12: aumento en la intensidad conductual del miedo a los desconocidos

24 meses: máximo de intensidad del miedo. A partir de los dos años suele perder intensidad debido a procesos autorregulatorios (Fernández et. al, 2002).

Figuras de apego

Osofsky y Ebehart (1988) (mencionados por Lartigue y Vives, 1992), identificaron tres patrones de riesgo en los que tenía lugar un intercambio de afectos negativos. El primer patrón fue de blandura o aburrimiento en la interacción, en el cual casi no existe comunicación; el segundo patrón caracterizado por el enojo y rabia de la madre hacia el bebé; el tercer patrón como un intercambio negativo mixto donde el infante y su madre aparecen fuera de sincronía el uno con el otro; y por último, cuarto patrón de interacción recíproca positiva caracterizado por la disponibilidad emocional, sintonía afectiva y sensación de bienestar.

El mero hecho de estar cerca de una madre y poder verla parece suficiente como para brindar a un pequeño de dos años una sensación de seguridad, en tanto que un pequeño de un año suele insistir en sus deseos de entablar contacto físico. Los niños de dos años se quejan menos que los de un año durante periodos breves en que las madres los dejan solos. En conclusión, por comparación con los niños de un año, los de dos años poseen estrategias cognitivas más perfeccionadas para mantener el contacto con la madre.

Recurren en medida mucho mayor a la comunicación ocular y verbal, y con probabilidad también elaboran imágenes mentales (Bowlby, 1985; 1998).

Al cumplir dieciocho meses, la gran mayoría de los niños se sienten apegados, al menos, a una figura más, y con frecuencia a varias. Entre esas otras figuras, el padre era quien más frecuentemente daba lugar a la conducta de apego. La fase más sensible a la ausencia paterna se halla entre los cero y los dos años, ya que parece ser la etapa más debilitante para la personalidad en términos generadores de vergüenza, culpa, inferioridad y desconfianza Santrock (1970) (mencionado por Navarro y Steva, 1986).

Méndez (1999), menciona algunos de los factores que explican el origen y la persistencia de los miedos infantiles son: 1) preparatoriedad, 2) vulnerabilidad biológica, 3) vulnerabilidad psicológica, 4) historia personal y 5) experiencias negativas.

Los elementos que componen la experiencia del estrés en los niños son: 1) variables antecedentes (estímulos estresantes), 2) variables que median la experiencia del estrés: modeladoras (género, edad, temperamento) y amortiguadoras o protectoras (familia, interacción), 3) factores de riesgo (condiciones personales y ambientales que predisponen a padecer estrés) y 4) factores de afrontamiento (condiciones personales y ambientales que ayudan a manejar y superar el estrés) (Trianes, 2000).

Según Ortiz (1994) (citado por Fernández et. al, 2002), la activación del sistema del miedo depende de la evaluación que el niño realice de la situación. Incluyendo factores tanto individuales (seguridad de apego, experiencia social previa, temperamento y capacidades cognitivas) como contextuales (novedad de la situación, forma de aproximarse e interactuar de la persona extraña, edad de la persona extraña y presencia de las figuras de apego).

Por otra parte, el miedo a extraños se manifiesta en la siguiente secuencia: 1) tendencia a retirarse y/o evitar a la persona extraña, 2) reducción de conductas de interacción social positiva, 3) orientación de la mirada, atención y manipulación hacia otros elementos, 4) manifestación de temblores, 5) expresión de llanto y/o quejas intensas, 6) manifestación de desagrado o malestar, 7) activación de conductas de apego (Fernández et. al, 2002).

Separaciones

Según Bowlby (1985; 1998), en las separaciones prolongadas los niños atraviesan tres fases:

- 1) Protesta y trata de recuperar a la madre por todos los medios posibles
- 2) Desespera la posibilidad de recuperarla pero, sigue preocupado y vigila su retorno
- 3) Desapego emocional

Siempre que el periodo de separación no sea demasiado prolongado, ese desapego no se prolonga indefinidamente. Mas tarde, el reencuentro con la madre, causa el resurgimiento del apego. De ahí en adelante, durante días o semanas, el pequeño insiste en permanecer con ella. Siempre da muestras de ansiedad cuando intuye su posible partida (Bowlby, 1985; 1998).

La respuesta infantil es diferente dependiendo de quien inicia la separación. El niño no muestra signos de miedo cuando se aleja porque alguna cosa atrae su curiosidad o para jugar. Si la separación se realiza contra su voluntad manifiesta señales de intenso temor, aunque el adulto cuidador permanezca en su campo de visión, y busca ansiosamente el contacto con él. Así, durante la infancia, se producen las separaciones forzadas por diversas circunstancias (Méndez, 1999):

- a) Escolarización
- b) Hospitalización
- c) Divorcio
- d) Muerte

Consecuencias de la separación

Hay razones para creer que después de una separación muy prolongada o que se repite durante los tres primeros años de vida el desapego experimentado puede prolongarse de manera indefinida. Tras las separaciones más breves desaparece esa conducta de desapego, por lo común tras un periodo de horas o días. Por lo general sucede una fase durante la cual el niño muestra una notoria ambivalencia hacia sus padres. Exige su presencia y llora amargamente si lo dejan solo; por otra parte puede dar señales de rechazo hacia ellos o mostrarse hostil o desafiante. Entre los factores determinantes de la duración de esa ambivalencia, uno de los más importantes suele ser el modo en que responde la madre (Bowlby, 1985; 1998).

Cuando el hijo regresa al hogar tras un periodo de separación, su conducta plantea grandes problemas a sus padres, y en especial a la madre. El modo en que esta responde depende de muchos factores (tipo de relación que haya tenido con el pequeño antes de la separación, y el hecho de considerar que conviene más tratar a un niño exigente y perturbado dándole muestras de seguridad y procurando calmarlo o recurriendo a medidas disciplinarias).

Westheimer (1970) centra su atención en el modo en el que los sentimientos de la madre hacia el hijo pueden modificarse en el curso de una prolongada separación durante la cual no lo ve. Los sentimientos anteriormente cálidos tienden a enfriarse y la vida en familia se organiza de acuerdo con esquemas tales que no dan lugar a que el niño pueda adaptarse a ella a su retorno (Bowlby, 1985; 1998).

Hay pruebas de que cuando el hijo ha permanecido lejos de su hogar en un lugar extraño y al cuidado de personas desconocidas, siempre sigue albergando temor de que lo alejen nuevamente del ambiente familiar.

Reducción del estrés

Las condiciones que mitigan la intensidad de las respuestas de los pequeños separados de la madre, las más eficaces parecen ser:

La presencia de un acompañante familiar y/o posesiones familiares
Los cuidados maternos proporcionados por una madre sustituta (Bowlby, 1985; 1998).⁶⁶

De acuerdo con el enfoque analítico, si ocurre una separación durante el período de fuerte apego del bebé a la figura de apego, aparecerá un deseo del estado de placer anterior. Así, estos cambios abruptos, como la separación, conducirán a una fijación del desarrollo y pueden convertirse en la base de serios trastornos mentales.

⁶⁶ <http://www.monografias.com/trabajos17/estilos-de-apego/estilos-de-apego.shtml>

2.8 Caso Clínico

Ficha de Identificación

Nombre: H.C.Laura I.
Fecha de Ingreso: 03 de Noviembre del 2005
Edad: 3 años
Sexo: Femenino
Peso: 16.200 Kg.
Talla: 99 cm.
Lugar de Nacimiento: San Luis Potosí
Religión: Católica
Nivel socioeconómico: Medio
Responsable Legal: Madre

Se trata de usuario femenino de 3 años de edad producto de Gesta 1, Obtenida por vía abdominal; sin presencia de sufrimiento fetal al nacimiento, con buen estado general, con características normo cefálicas sin alteraciones, a nivel de cuello sin presencia de masas palpables, la cual en hombro izquierdo presenta desnivel, sin presentar compromiso en funciones cardio pulmonares así como gastro intestinales. Presentando a nivel de caderas limitación en los arcos de movilidad, con rotación interna de 20° y rotación externa de 35°, presentando Galezzi positivo con acortamiento en fémur de aproximadamente 1 cm. Pie sin alteraciones y sin presencia de contracturas musculares y sin compromiso Neuro Vascular Distal, mostrando los Rx. De control escoliosis lumbar concavidad Izquierda.

Inicia padecimiento al notar la madre acortamiento del miembro pélvico izquierdo al iniciar de ambulación notando marcha claudicante y fatiga.

A.P.N.P. Displasia del Desarrollo de la Cadera Izquierda a los 2 años 3 meses

Antecedentes Quirúrgicos Tenotomía de aductores a los 2 años 4 meses.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA

El modelo de Virginia Henderson: valoración de las catorce necesidades básicas.

Necesidad de Comunicación.

Biológicas	Psicológicas o Emocionales	Sociales	Espirituales.
<p>Edad: 3 años. Peso: 16.200 Kg. Talla: 99 cm.</p> <p>El llanto es una de las formas en las que Laura expresa, sus sentimientos, así como el miedo a lo desconocido y la ausencia de su madre.</p> <p>Así mismo es la manera de pedir o demandar de forma no verbal la presencia de su madre.</p>	<p>El llanto es la forma no verbal en que Laura, se comunica con el personal de enfermería.</p> <p>La presencia del personal de enfermería aumenta la angustia por parte de Laura.</p>	<p>La madre es el cuidador primario y la presencia de esta le ocasiona confort y seguridad.</p>	<p>La presencia de la madre o de algún miembro de la familia conocido para ella le da seguridad y confort.</p> <p>La ausencia de la madre en el hospital aumenta la angustia.</p>

Rol de enfermería de acompañamiento

Parcialmente dependiente ocasionado por la falta de voluntad para comunicarse verbalmente con el personal de enfermería.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la **comunicación verbal** ocasionada por ausencia de la madre, siendo esta el cuidador primario.⁶⁷

Objetivo	Intervenciones de Enfermería	Fundamentación	Observaciones.
<p>Evitar la presencia de llanto, favoreciendo una mejor comunicación entre Laura y el personal de enfermería brindándole así seguridad y confianza.</p>	<p>Proporcionar métodos de comunicación alternativos.</p> <p>Crear una atmósfera de aceptación e intimidad utilizando un entorno relajado.</p> <p>Utilización de la ludo terapia</p>	<p>Los métodos de comunicación alternativos ayudan a disminuir la ansiedad y sentimientos de aislamiento y favorecen la sensación de control y seguridad.</p> <p>La comunicación es el centro de todas las relaciones humanas</p> <p>La ludo terapia puede ser un instrumento excelente para establecer un sentimiento mutuo y comunicar los sentimientos.</p>	<p>Al estar presente al personal de enfermería se observara que la presencia del llanto es nula en ausencia de la madre y se mostrara más cooperadora.</p>

⁶⁷ Nanda Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2003 – 2004 Pág. 46.

⁶⁸ Linda Juall Cardenito diagnósticos de Enfermería Editorial McGraw Hill Interamericana 2002 Pág. 229 a la 241

	<p>Hablar con uno de los padres y dejar que Laura observe, e incluirla progresivamente.</p> <p>Utilizar palabras sencillas.</p> <p>Hablarle de algo que no guarde relación con la situación actual.</p>	<p>Al acercarse al niño despacio y con calma sin prisas, le proporcionara mayor confianza y seguridad⁶⁸</p> <p>Ayudaran al niño a compartir sus temores y preocupaciones.</p> <p>La primera interacción con el niño define el tono de las interacciones futuras.</p>	
--	---	---	--

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA.

El modelo de Virginia Henderson: valoración de las catorce necesidades básicas.

Necesidad de Movimiento.

Biológicas	Psicológicas o Emocionales	Sociales	Espirituales
<p>Edad 3 años Peso: 16.200 Kg. Talla: 99cm. Presenta limitación en los arcos de movilidad a la rotación interna de 20° y externa de 35° con acortamiento de miembro pélvico izquierdo de 1 cm. Por tal motivo presenta marcha claudicante. Al control radiológico se puede observar escoliosis con cavidad a la izquierda debido a la presencia de la displasia de la cadera izq. Incomodidad por la presencia de aparato ortopédico de fibra de vidrio tipo Calot posterior al evento quirúrgico.</p>	<p>Incomodidad por la limitación de los movimientos ya que presenta fatiga por el esfuerzo de la marcha claudicante. Irritabilidad por la falta de movimiento a causa del aparato ortopédico.</p>	<p>Limitación para la realización de actividades con niños de su edad debido al tipo de marcha y a la presencia de fatiga. Así como posterior al evento quirúrgico, la fibra de vidrio evita la movilidad fuera de cama.</p>	<p>La presencia de la madre le brinda seguridad y la motiva a realizar actividades.</p>

Rol de enfermería de asistencia, Total mente dependiente debido a la falta de movilidad ocasionada por el Tx. Qx.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA.

Diagnóstico de Enfermería: trastorno de la **movilidad física** ocasionada por el tratamiento quirúrgico al cual fue sometida requiriendo aparato ortopédico tipo fibra de vidrio.

Objetivo	Intervenciones de Enfermería	Fundamentación.	Observaciones.
<p>Mejorar su vínculo de comunicación y expresión de Laura, posterior a la cirugía evitando que el uso de férulas y vendajes disminuya la comunicación que establece con las personas que la rodean.</p>	<p>Variar la posición en la cama para modificar gradualmente la posición del tórax.</p> <p>Involucrar a sus padres y a la familia en el tratamiento.</p> <p>Elevar las extremidades por encima de la altura del corazón</p>	<p>Se mantiene la circulación y la fuerza de los músculos, las articulaciones y todos los tejidos.</p> <p>Se mantiene la actividad y la interacción a fin de estimular interés, el crecimiento y el desarrollo; también se ayuda a mejorar la relación padre e hijo.⁶⁹</p> <p>Esta posición evita el edema en los tejidos traumatizados, evitando así la presencia de dolor y de compromiso neuro vascular distal.⁷⁰</p>	<p>Se observara una mejora progresiva en su comunicación con los demás adaptándose al uso del aparato de fibra de vidrio ya que a esta edad la movilidad física es una forma de comunicación no verbal.</p> <p>Así mismo se observara que no exista presencia de edema en extremidades inferiores, evitando la presencia de dolor, y a su vez que exista compromiso neurovascular distal provocado por el aparato de fibra de vidrio.</p>

⁶⁹ Mourad Leona A. "Ortopedia" 3ª edición 1994 Editorial Mosby / Doyma 1994 Pág. 177

⁷⁰ Leona O Mourad "Enfermería Ortopédica" 1ª edición 1984 Pág. 80

	<p>Valorar la función intestinal y vesical</p> <p>Animarla a compartir sus sentimientos y temores respecto a la limitación de la movilidad.</p> <p>Animarle a vestir su propia ropa en lugar de pijama.</p> <p>Variar la rutina diaria</p> <p>Mantener los objetos necesarios como son sus juguetes a su alcance.</p>	<p>La inmovilización puede causar estreñimiento y drenaje urinario inadecuado.⁷¹</p> <p>Alivia la ansiedad y contribuye a mejorar la comprensión.</p> <p>Mejora la auto aceptación y unos sentimientos positivos de los padres con respecto a Laura.</p> <p>La adquisición de esquemas de conducta perfecciona las aptitudes psicomotoras y el lenguaje verbal.</p> <p>El mantener sus juguetes y los objetos necesarios a su alcance le proporcionara mayor seguridad.</p>	
--	---	--	--

⁷¹ Lillian Sholtis Brunner "Manual de la Enfermera" 4ª edición 1991 Editorial Interamericana Mcgraw Hill Pág.1394

⁷² Linda Juall Cardenito "diagnósticos de Enfermería" Mc. Graw Hill Interamericana 9ª edición 2003 Pág. 294-301

	<p>Comentarle el plan de actividades diarias y permitirle tomar sus decisiones posibles.</p> <p>Vigilar que no exista presencia de Compromiso Neuro-Vascular Distal.</p>	<p>El aumento de las actividades de su propio cuidado y la toma de decisiones, permite expresiones de autonomía y de individualización.⁷²</p> <p>La insuficiencia vascular por tumefacción puede causar necrosis y úlceras por presión.</p>	
--	--	--	--

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA.

El modelo de Virginia Henderson: valoración de las catorce necesidades básicas.

Necesidad de Jugar.

Biológicas	Psicológicas o Emocionales	Sociales	Espirituales
Edad: 3 años Peso: 16 200 Kg. Talla: 99 cm. Debido a la colocación del aparato de fibra de vidrio tipo calot posterior al evento quirúrgico surge la inquietud de querer quitárselo para poder jugar.	Su estado de ánimo es triste debido a la inmovilidad.	Se relaciona adecuadamente con niños de su edad que se encuentran en la misma habitación del hospital.	La presencia de la madre la anima a que se relacione adecuadamente con sus compañeros que se encuentren en el hospital.

Rol de enfermería de acompañamiento, parcialmente dependiente al cuidador primario ocasionada por la falta de movilidad.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA.

Diagnóstico de Enfermería: trastorno del **Juego** relacionado con la falta de movilidad física ocasionada por el evento quirúrgico.

Objetivo	Intervenciones de Enfermería	Fundamentación	Observaciones
<p>Mejorar la comunicación y expresión corporal de Laura, mediante el juego; durante el tiempo que dure su tratamiento con el aparato de fibra de vidrio posterior al evento quirúrgico, ayudando así a que se socializa con las demás personas.</p>	<p>Utilizar terapia de juego para animar a Laura a compartir sus sentimientos.</p> <p>Mantener los objetos necesarios como son sus juguetes a su alcance.</p>	<p>La terapia de juego disminuye la monotonía de la inmovilización y mitiga la tensión y la frustración.⁷³</p> <p>Expresarse a través del juego es la forma más natural de auto terapia del que el niño dispone “ Erikson”⁷⁴</p> <p>El mantener sus juguetes y los objetos necesarios a su alcance le proporcionara mayor seguridad.</p>	<p>Laura expresara mediante el juego sus sentimientos afectivos para entender un mundo real, misterioso y algunas veces doloroso. Esto fortalecerá su ego para que pueda adaptarse con mayor confianza y afrontar futuros retos.</p>

⁷³ Linda Juall Cardenito “diagnósticos de Enfermería” Mc. Graw Hill Interamericana 9ª edición 2003 Pág. 294-301.

⁷⁴ Petrillo Madeline, Sanger Sirgay Cuidado emocional del niño hospitalizado Editorial Prensa Médica Mexicana 1975 Pág.111- 149

⁷⁵ Ibid.

	<p>Observar y vigilar las actividades de Laura durante el juego.</p> <p>Realizar actividades de juego en grupo.</p>	<p>El observar las características de juego que Laura realiza, nos dará a conocer la vida mental de esta; ya que el juego releja lo que para el niño significa estar fuera de su hogar.</p> <p>La vista de otros niños que expresan sus preocupaciones, sirve como estímulo; para que los niños expresen lo que sienten.</p> <p>El ver como otros niños se adaptan a una situación, es una buena experiencia para cada niño.⁷⁵</p>	
--	---	---	--

Bibliografía

Alarcón A. El Consejo Universitario, sesiones 1924-1977; 2ª ED. México: UNAM; p.520

Alatorre E, González E. Desarrollo histórico de la enfermería en México. Tesis profesional. México: ENEO-UNAM; 1984.

Alatorre E. El Proceso Histórico de la Educación de Enfermería en México. En: XIII Reunión de Licenciados en Enfermería, Arte Antiguo a los Desafíos de la Ciencia Moderna. Memoria. México, ENEO-UNAM; 1992.

Audain, Cynthia, <http://www.scottlan.edu/lriddle/women/>

Cárdenas M, Ponce B. Marco de referencia para la actualización de los programas del Plan de estudios de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la ENEO. DF. México: ENEO; 1998.

Cohen, I.B. "Florence Nightingale", Scientific American, 250 (March 1984), 128-137

Colliere MF. Promover la Vida; por Loreto Rodríguez Méndez. México: Interamericana; 1982.

Correa U. José Alberto. "Fundamentos de Pediatría" Tomo V 2ª Edición 1999 Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas Medellín Colombia.

Doheny M, Bryon O, Cook CB, Stopper HC. _La Disciplina en Enfermería. Maryland: Edith Prentice Hall; 1982.

Donaldson S, Crowley D. Perspectives in Nursing Theory. Philadelphia: Lippincott Company; 1992.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Primer Simposio Nacional sobre planificación de los recursos de Enfermería. Memoria. México; 1978.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Segundo Simposio Nacional sobre planificación de los recursos humanos de Enfermería. Memoria. México; 1980.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Tercer Simposio Nacional sobre planificación de los recursos humanos de Enfermería de América Latina. Memoria. México; 1982.

Bibliografía

Alarcón A. El Consejo Universitario, sesiones 1924-1977; 2ª ED. México: UNAM; p.520

Alatorre E, González E. Desarrollo histórico de la enfermería en México. Tesis profesional. México: ENEO-UNAM; 1984.

Alatorre E. El Proceso Histórico de la Educación de Enfermería en México. En: XIII Reunión de Licenciados en Enfermería, Arte Antiguo a los Desafíos de la Ciencia Moderna. Memoria. México, ENEO-UNAM; 1992.

Audain, Cynthia, <http://www.scottlan.edu/lriddle/women/>

Cárdenas M, Ponce B. Marco de referencia para la actualización de los programas del Plan de estudios de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la ENEO. DF. México: ENEO; 1998.

Cohen, I.B. "Florence Nightingale", Scientific American, 250 (March 1984), 128-137

Colliere MF. Promover la Vida; por Loreto Rodríguez Méndez. México: Interamericana; 1982.

Correa U. José Alberto. "Fundamentos de Pediatría" Tomo V 2ª Edición 1999 Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas Medellín Colombia.

Doheny M, Bryon O, Cook CB, Stopper HC. _La Disciplina en Enfermería. Maryland: Edith Prentice Hall; 1982.

Donaldson S, Crowley D. Perspectives in Nursing Theory. Philadelphia: Lippincott Company; 1992.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Primer Simposio Nacional sobre planificación de los recursos de Enfermería. Memoria. México; 1978.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Segundo Simposio Nacional sobre planificación de los recursos humanos de Enfermería. Memoria. México; 1980.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Tercer Simposio Nacional sobre planificación de los recursos humanos de Enfermería de América Latina. Memoria. México; 1982.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Plan de Estudios de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. México; 1992.

Fernández F. C., Garrido A. M., Santo Tomás P. M., Serrano Parra M., "Enfermería. Enfermería fundamental", Masson, Barcelona, 2000.

García G. M. de J., "El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería", Progreso, México, 1997.

Grier, M.R. "Florence Nightingale and Statistics," Res. Nurse Health, 1 (1978), 91-109.

Griffith Janet W. "Proceso atención de enfermería" Ed Manual Moderno 1993.

Guzmán M. Informe de la Gestión 1979-1982. México: ENEO-UNAM; 1982.

Hernández J. Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 1995.

<http://www.spartacus.schoolnet.co.uk/REnightingale.htm>

Kopf, E.W. "Florence Nightingale as a Statistician," J. Amer. Statist. Assoc., 15 (1916), 388-404

Kozier, Bárbara; "Enfermería Fundamental" ED. Interamericana Mcgraw Hill; 4ª edición tomo1; 1993, Madrid Pág. 180 a 261

Lamicq E. Guía de la enfermera. México: Casa Editorial Gante; 1914.

Landa E. Memorias de la Segunda Reunión de Cirujanos. México; 1983.

Leona O. Mourad "Enfermería Ortopédica" 1ª edición editorial Interamericana 1984

León N. La Obstetricia en México. México: Tipografía de la Vda. de F. Díaz de León; 1910.

Larousse, Dictionary of Women, New York, 1996

Lynda Juall Carpenito, Diagnósticos de Enfermería aplicaciones a la práctica clínica, Interamericana 9ª edición 2003 p.314

Lillian Sholtis Bruner "Manual de la Enfermera" 4ª edición ED. Interamericana Mc- Graw Hill

Lipsey, Sally. "Mathematical Education in the Life of Florence Nightingale," Newsletter of the Association for Women in Mathematics, Vol. 23, Number 4 (July-August 1993), 11-12.

Martínez Benítez M. Sociología de una profesión. El caso de Enfermería. México: Centro de Estudios Educativos, A.C.; 1985.

Martínez y Martínez R. "La Salud del Niño y del Adolescente" 5ª Edición Manual Moderno 2005

Mihan O Tachdjian "Ortopedia Pediátrica" Tomo 1 Editorial. Interamericana 1985

Moreno E. Sociología histórica de las instituciones de salud en México. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 1982.

Mourad Leona A "Ortopedia" 3ª Edición Mosby / Doyma 1994

Murray Mary Ellen; "Proceso de atención de enfermería" Edit. McGraw- Hill Interamericana; 5ª edición; 1996 Pág.44 a 48, 79 a 82

Nanda "Diagnósticos Enfermeros y Clasificación" 2003 -2004

Navarro M. Colegio Nacional de Enfermeras, A. C. 50 años de vida 1947-1997. México: Prado; 1998.

Nuttall, P. "The Passionate Statistician," Nursing Times, 28 (1983), 25- 27.

Ocaranza F. Historia de la Medicina en México. México: Laboratorios Midy; 1934.

Pacheco Arce, A.L. Fundamentación Teórica para el Cuidado. ENEOI, División de Educación Continua y Desarrollo Profesional. México, 2005.

Pérez L. Características de los Servicios de Enfermería al Inicio del Siglo XX. En: XII Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería. Del Arte Antiguo a los desafíos de la Ciencia Moderna. Memoria. México: ENEO-UNAM; 1992.

Petrillo Madeline. Sanger Sirgay "Cuidado Emocional del Niño Hospitalizado" Editorial. Prensa Médica Mexicana 1975

Phaneuf M. "La planificación de los cuidados enfermeros" Ed. McGraw- Hill Interamericana; 1999 Pág.129 a179

Robles M. Educación y sociedad en la historia de México. 8ª Ed. México: Siglo XXI; 1985.

Rush S. Nursing Education in the United States 1898-1910: a Time of Auspicious Beginnings. Journal of Nursing Education. 1992; 31 (9): 409-414.

Salas S. Enfermería Universitaria en la ENEO. Legados y Tendencias. 1997:14.

Sandra Stinnett. "Women in Statistics: Sesquicentennial Activities," *The American Statistician*, May 1990, Vol. 44, No. 2, 74-80.

Sánchez F. *La Puericultura en México*. México: Publicaciones "Puericultura"; 1952.

Secretaría de Gobernación. Reglamento del Hospital General de la Ciudad de México. Art. 76. En: Díaz M, Viseca T, *Historia del Hospital General de México*. México: Hospital General; 1994. p. 91.

Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE). *Informe de la Situación de la Enfermería en México*. México; 1999.

Sociedad de Cirugía. *La Enfermera en la Segunda Asamblea Nacional de Cirujanos*. Memoria. México: Ediciones de la Sociedad de Cirugía; 1938.

Lic. Luiris Sanabria Triana. Hogar Materno "Bárbara Herrera Lazo" Recreo No. 59 entre Primera y Diez de Octubre, Regla, Ciudad de La Habana, Cuba

Wadsworth Jr., Harrison, Kenneth Stephens and A. Blanton Godfrey, *Modern Methods for Quality Control and Improvement*, Wiley & Sons, 1986. Discute la historia de los métodos gráficos de control de calidad y las contribuciones de F. Nightingale.

[www. Apsique.com/tiki- index- php](http://www.Apsique.com/tiki-index.php)

www. Encolombia.com/medicina/pediatria/pedi36101-bonding

www.monografias.com/trabajos13 /elembaraz.

www.monografias.com/trabajos17/estilos-de- apego/estilos

www. Sepeap.es revisiones / Ortopedia

Anexo 1

**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Sistema Universidad Abierta**

BIOLOGICAS	PSICOLOGICAS O EMOCIONALES	SOCIOCULTURALES	ESPIRITUALES

Anexo 2

Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia Sistema Universidad Abierta

Valoración Clínica de Enfermería

1.- Datos de Identificación.

Nombre _____ Domicilio _____
Edad ____ Sexo ____ Nacionalidad ____ Fecha de Nacimiento _____
Ocupación _____ Escolaridad _____ Religión _____
Lugar de Origen _____ Estado Civil _____
Familiar responsable _____

2.- Perfil del Paciente.

Ambiente Físico.

Casa Propia ____ Rentada ____ Prestada ____ No. De Habitaciones _____
Tipo de Construcción _____ Animales domésticos _____
Características físicas (ventilación, iluminación, etc.) _____

Servicios Sanitarios.

Agua intra domiciliaria _____ Hidrante público _____ Otros _____

Eliminación de Desechos

Drenaje Sí ____ No ____ Fosa séptica Sí ____ No ____
Letrina Sí ____ No ____
Control de basura _____

Vías de Comunicación

Pavimentación _____ Colectivos _____ Teléfono _____
Carreteras _____ Metro _____ Camiones _____
Taxi _____ Carro Particular _____

Recursos para la salud

Centro de Salud ____ IMSS ____ ISSSTE ____ Consultorio Particular ____
Otro ____

Hábitos Higiénicos Dietéticos

Baño (tipo y Frecuencia) _____ De
manos _____
Bucal _____ (frecuencia)

Cambio de ropa personal (total, parcial y frecuencia) _____

Alimentación

Tipo de alimento	No. de veces a la semana	Observaciones
Carne		
Verduras		
Fruta		
Leguminosas		
Pastas		
Leche		
Huevo		
No. de tortillas		
No. de piezas de pan		
Agua lts. o vasos al día		

Eliminación

Horario y características

Intestinal: _____ Vesical _____

Descanso

Tipo y frecuencia _____ Sueño (horario y características) _____

Diversión y/o Deportes _____

Trabajo y/o estudio _____

Otros _____

Composición familiar

Parentesco	edad	ocupación	Participación económica

Dinámica familiar

Comportamiento (conducta cotidiana)

Agresivo _____ tranquilo _____ indiferente _____

alegre _____ cooperador _____

3.- Antecedentes Personales no patológicos.

Grupo y Rh: _____

Tabaquismo Sí _____ No _____

Tiempo _____

Alcoholismo Sí _____ No _____

Tiempo _____

Fármaco dependencia Sí _____ No _____ Que

tipo _____

Antecedentes personales patológicos	Antecedentes Heredo - Familiares
Diabetes Sí_____ No_____ Epilepsia Sí_____ No_____ HTA Sí_____ No_____ Cardiopatías Sí_____ No_____ Neuropatías Sí_____ No_____ Enf. Infecto contagiosa Sí_____ No_____ Toxoplasmosis Sí_____ No_____ Antecedentes quirúrgicos Sí_____ No_____ Tipo_____ Antecedentes transfusionales Sí_____ No_____ Antecedentes traumáticos Sí_____ No_____ Otros_____	Sífilis Sí-_____ No_____ SIDA. Sí_____ No_____ Malformaciones congénitas Sí_____ No_____ Consanguinidad Sí_____ No_____ Retraso Mental Sí_____ No_____ Trastornos Psiquiátricos Sí_____ No_____ Cardiopatías Sí_____ No_____ Neuropatías Sí_____ No_____

Observaciones. _____

4.- Interrogatorio por aparatos y sistemas

Cardio respiratorio

Palpitaciones	Lipotimias	Disnea	Tos
Acúfenos	Dolor torácico	Edema	Disfonías
Fosfenos	Ruidos cardiacos	cianosis	Expectoración

Digestivo

Apetito Normal	Vómito	Meteorismo	Diarrea
Disminución del apetito	Náuseas	Distensión	Hematemesis
Pirosis	Dolor abdominal	Ruidos peristálticos (aumentados)	Melena
disfagia	regurgitaciones	Constipación	Prurito anal Pujo y tenesmo

Observaciones. _____

Genitourinario

Dolor	Piuria	Dismenorrea	Patología mamaria
Disuria	Poliuria	Prurito	Sí____ No____
Tenesmo	Disuria	Leucorrea	Tipo_____
Hematuria	Escurrecimiento uretral	Características	
		<hr/>	
		Glándulas mamarias_____	

Observaciones: _____

Nervioso

Cefalea	Aislamiento	Inconsciencia	Miosis
Temblores	Insomnio	Anisocoria	
Depresión	Falta de memoria	Midriasis	
ansiedad			

Observaciones: _____

Músculo esquelético

Deformidades: óseas, articulares, musculares	Crepitación	Aumento de peso	Hipertricosis
Sí____No____	ROTS	Galactorrea	Hipertiroidismo
Tipo_____	Polidipsia	Sudoración	Hipotiroidismo
Mialgias	Polifagia	diabetes	
Artralgias	Pérdida de peso		
varices			

Observaciones: _____

Piel y anexos		Órganos de los sentidos	
Hiper-pigmentación	Heridas	Otorrea	Conjuntivitis
Apigmentación	Edema	Hipoacusia	Epistaxis
Acné	Prurito	Dolor	
Alergias		Rinorrea	
Dermatosis		Trastornos del olfato	

Observaciones: _____
 Comprensión y/o comentario acerca de su problema o padecimiento.

5.- Antecedentes gineco obstétricos

Menarca _____ años. Telarca _____ años. Pubarca _____ años.

Ciclos _____

Duración: _____ Dismenorreica Si _____ No _____

Incapacitante Sí _____ No _____

Método de control prenatal Sí _____ No _____ Tipo de control _____

Periodo de utilización del _____ al _____

Papanicolau: Sí _____ No _____ Fecha _____ Resultado _____

FUR _____ FPP _____ SDG _____

Géstas _____ Paras _____ Abortos _____ Cesáreas _____

Periodo ínter genésico _____ Vigilancia prenatal Sí _____ No _____

No. de Compañeros

sexuales _____ Circuncidados _____

Historia de embarazos previos

No. de gestas	Fecha	Parto	Fórceps causa	Cesárea	LUI	Peso del producto	observaciones

Observaciones: _____

Evolución del embarazo			
Complicaciones en embarazos previos	Sí____ No____	Malformaciones del producto	Sí____ No____
Embarazos ectópicos	Sí____ No____	Muerte neonatal	Sí____ No____
Embarazo molar	Sí____ No____	Óbito	Sí____ No____
Preeclamsia	Sí____ No____	Infección de vías urinarias	Sí____ No____
Parto prematuro	Sí____ No____	Infección genital	Sí____ No____

6.- Exploración física.

Peso antes del embarazo:_____Peso actual._____Peso ideal____ Sobre peso
 De_____Kgrs. Estatura:_____Pulso_____Tensión arterial_____
 Temperatura_____Respiración_____

Inspección

Aspecto físico_____

Palpación_____

Percusión_____

Auscultación_____

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico y rehabilitación_____

Problema o padecimiento actual

Síntomas_____

Signos_____

7.- exámenes de laboratorio

Gabinete y/o Laboratorio	Cifras normales	Cifras del paciente	Observaciones.

8.- Problemas detectados:

(De mayor a menor importancia)

Anexo 3

**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Sistema Universidad Abierta**

Conclusiones Diagnosticas de enfermería.

Necesidad	Grado de Dependencia	Diagnostico de Enfermería
1. Oxigenación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
2. Nutrición e Hidratación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
3. Eliminación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
4. Moverse y Mantener una Buena Postura	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
5. Descanso y Sueño	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
6. Usar prendas de Vestir adecuada	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
7. Termorregulación	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
8. Higiene y Protección de la Piel	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
9. Evitar Peligros	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
10. Comunicarse	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
11. Vivir según sus Creencias y Valores	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
12. Trabajar y Realizarse	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____

13. Jugar y Participar en Actividades Recreativas	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____
14. Aprendizaje	I _____ PD _____ D _____	_____ _____ _____

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

Fecha: _____

Hora: _____

Firma: _____

Anexo 4

Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia Sistema Universidad Abierta

Instrumento para el análisis de la necesidad

Ficha de identificación

Nombre _____ Edad: _____ Peso _____ Talla _____

Fecha _____ de
nacimiento _____ sexo _____ Ocupación _____
Escolaridad _____ fecha _____ de
admisión _____ Hora _____
Procedencia _____ fuente _____ de
información _____
Fiabilidad(1-4) _____ Miembro de la familia / persona
significativa _____

Valoración de necesidades humanas

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

Necesidad de Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a _____ tos productiva/seca _____ Dolor
Asociado con la respiración: _____ fumador: _____ desde
Cuando fuma/ cuantos cigarros al día / varía la cantidad según su estado
emocional.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características _____

Tos productiva/seca _____ estado de conciencia _____
Coloración de piel/ lechos ungueales /peribucal _____
Circulación del retorno venoso: _____
Otros _____

—

Necesidad de Nutrición e Hidratación

Subjetivo:

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

Objetivo:

Turgencia de la piel _____
Membranas mucosas hidratadas/secas _____
Características de uñas / cabello _____
Funcionamiento neuromuscular y esquelético _____

Aspecto de los dientes y encías _____
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización _____
Otros _____

Necesidad de Eliminación

Subjetivo:

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

Objetivo:

Abdomen característica _____
Ruidos intestinales _____
Palpación de la vejiga urinaria _____
Otros _____

Necesidad de termorregulación

Subjetivo

Adaptabilidad de los cambios de temperatura _____
Ejercicio/frecuencia _____
Temperatura ambiental que le es agradable _____

Objetivo

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

2.- Necesidades básicas de:

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

Necesidad de moverse y mantener 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 deambulaci3n: _____
Dolor en el movimiento _____ estado de conciencia _____
Estado emocional _____
Otros _____

Necesidad de descanso 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 _____

Necesidad 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 de 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 dietéticos _____

Objetivo

Aspecto general _____

Olor corporal _____ halitosis _____

Estado del cuero cabelludo _____

Lesiones térmicas de 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 accidentas _____

Hogar _____

Trabajo _____

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona

Familiares _____

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida

Objetivo

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

3.- necesidades básicas de:

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

Necesidad de comunicarse

Subjetivo

Estado civil _____ años de relación _____ viven 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

Creencias religiosas _____
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 específicas 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 _____ cuánto tiempo le dedica al trabajo _____
Esta satisfecho con su trabajo _____ Su remuneración le permite
cubrir sus necesidades básicas y /o las de su familia _____
Esta satisfecho (a) con el rol familiar que 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 esta necesidad _____

Recursos en su comunidad para la recreación _____

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa _____

Objetivo

Integridad en el sistema neuromuscular _____

Rechazo a las actividades recreativas _____

Estado de ánimo: apático/aburrido/participativo _____

Otros _____

Necesidad de aprendizaje

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 _____

Anexo 5

**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Sistema Universidad Abierta**

Formato de Plan Atención de Enfermería

Diagnóstico de enfermería	objetivos	Intervenciones de enfermería	observaciones