

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UNA PERSONA CON AFRONTAMIENTO
INDIVIDUAL INEFECTIVO RELACIONADO CON FALTA
DE CONFIANZA PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS
MANIFESTADO POR EXPRESIONES DE INCAPACIDAD.**

Que para obtener el Título de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P r e s e n t a:

MARIA ELENA ALCOCER SILVA

**No. Cuenta:
4-0311336-3**

DIRECTORA DEL TRABAJO

MTRA. LETICIA SANDOVAL ALONSO

MEXICO, D.F. OCTUBRE 2006.



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.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS:

***Por darme la oportunidad de
Vivir y darme la fuerza para
Luchar por mis ideales.***

AL AMOR DE MI VIDA:

***Gracias a mi esposo por su
Amor y paciencia ya que estuvo
Connigo apoyándome en cada
Momento y por confiar y creer en mí
Mi más sincero agradecimiento***

A VICTOR Y PERLITA:

***Mis amados hijos, por permitirme
Robarles parte de su tiempo,
Siempre han sido y serán la
Fuerza que me impulsa para seguir adelante
Y ser la madre que ellos merecen.
De todo corazón gracias.***

A MIS PADRES:

***Por su confianza y apoyo.
Mil gracias.***

A MI SUEGRA:

***Por su apoyo incondicional
Gracias***

A MI MAESTRA LETY:

***Por Compartir conmigo sus conocimientos,
Y darme la oportunidad de crecer
Profesionalmente.
Mi más sincero agradecimiento.***

CONTENIDO

	Paginas
1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS	6
3. METODOLOGIA	7
4. MARCO TEORICO	8
4.1 Historia de la Enfermería	
4.2 Proceso Atención de Enfermería	
4.3 Modelo Conceptual de Virginia Henderson	
5. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA	25
5.1 Presentación del Caso	
5.2 Desarrollo de las Etapas del Proceso Atención de Enfermería	
7. CONCLUSIONES	37
8. SUGERENCIAS	39
9. BIBLIOGRAFIA	40
10. ANEXOS	41

INTRODUCCION

Actualmente el desarrollo de la enfermera requiere de una gama importante de conocimientos y visiones mucho más extensas, que se basan en los conocimientos que se adquieren durante la formación profesional, de ahí la necesidad de tomar modelos teóricos que ayuden a identificar los elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados.

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento.

El Proceso de Enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

Para realizar el presente trabajo fue necesario plantear unos objetivos que sirvieron de guía para tener una visión más concreta de lo que se pretende obtener al realizar el trabajo, se estableció una metodología para la elaboración del Proceso de Enfermería, en el cual se utilizó un instrumento de valoración, la cual fue de gran utilidad para formular los diagnósticos de enfermería, así como sus intervenciones.

Para la elaboración del marco teórico fue necesario consultar bibliografía que se relacionara con el tema, en el cual se abordó tanto el como ha evolucionado la enfermería como profesión, todo lo referente a el Proceso Atención de Enfermería y todo lo que Virginia Henderson aportó a la

enfermería para identificar las necesidades humanas y con apoyo de las definiciones y clasificación 2005 – 2006 de los diagnósticos enfermeros de la NANDA se estructuraron los diagnósticos de enfermería.

Este proceso se aplicó a una persona de sexo femenino, adulto joven, con afrontamiento individual inefectivo relacionado con la falta de confianza para solucionar problemas, diabética de 15 años de evolución; siguiendo el modelo de Virginia Henderson, el cual consideró que es útil, en la práctica profesional. En este Proceso de enfermería, se abordan aspectos conceptuales de enfermería, y etapas del Proceso, (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación). El cual cuenta con una visión integrada que permite que la actuación de la enfermera sea vista como un proceso de construcción de conocimientos.

Para finalizar este trabajo se incluyen conclusiones y sugerencias.

MARCO TEORICO

Historia de la Enfermería

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.

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

La enfermería es la profesión que tiene como base las necesidades humanas, la importancia de su satisfacción los aspectos que la modifican y afectan. Se aplican en sus acciones los principios de las ciencias biológicas, físicas, químicas, sociales, psicológicas y médicas, proporcionándole atención integral al hombre sano o enfermo

La enfermería como profesión ha venido practicándose desde hace más de un siglo y sus teorías han experimentado rapidez evolución. La profesión de enfermería ha evolucionado durante siglos. Antes de la era cristiana (año 1500 d.c.) Eran las mujeres las encargadas de prestar atención al enfermo en el hogar. Más tarde las órdenes monásticas se ocuparon de esta actividad. La primera orden de enfermeras, las Hermanas Agustinas se fundó en la edad media. Esta fue probablemente la primera organización permanente sanitaria que se creó para el servicio público.

Antes de la reforma protestante del siglo XVI los hospitales se organizaban bajo la dirección de la Iglesia Católica. A partir de la reforma, a principios de 1517, el interés por la iglesia y la religión disminuyó en gran medida. Esta crisis provocó el nacimiento del llamado “período oscuro” de la enfermería.

La reforma llegó de mano de una enfermera británica Florence Nightingale durante al guerra de Crimea (1854-18546). Los esfuerzos de Florence lograron que la enfermería se convirtiera definitivamente en una profesión respetada. Ella luchó por la limpieza y comodidad de los hospitales, enseñó al pueblo a tomar medidas sanitarias y evitar en lo posible las enfermedades provocadas por las condiciones de las ciudades. Nightingale creía en la prevención y la necesidad de un ambiente fresco, agua potable, medicación adecuada, paz, movilidad y el conocimiento para que la persona cuidara de si mismo. Muchas de sus propuestas son la base de la atención de enfermería.¹

En nuestro país, podemos reconocer un periodo de transición prolongada para lograr la profesionalización de enfermería, entendiéndose ésta como el proceso que nos permitirá presentar a la sociedad la organización, procedimientos y garantías que tiene cualquier profesión en virtud de asegurar que toda persona identificada como enfermera, tenga los conocimientos, capacidades y cualidades para desempeñar un servicio

¹ Marriner A “Modelos y Teoría de Enfermería”1989

profesional de calidad. Por este motivo se ha pretendido que las auxiliares se integren a la educación formal, y se está promoviendo una regularización académica del nivel técnico para el nivel superior, al mismo tiempo que se consolida la licenciatura en enfermería. Las condiciones institucionalizadas para la práctica de enfermería, no corresponden con ese ideal de profesión, y hasta el momento ha sido muy difícil organizar y desplegar el tipo de práctica científica, humana, técnica que nuestros profesionales pueden desarrollar, si encontraran condiciones, oportunidades y la exigencia para ampliar sus responsabilidades. De alguna manera vamos a avanzar más en nuestro ideal de profesión como consecuencia de la internacionalización de los mercados de bienes y servicios, la reforma del sistema, y por los nuevos problemas de salud, que retan al sector salud y a los profesionales. Enfermería alcanzará solidez en México si participamos y nos adaptamos a los cambios de manera sensata, decidida y con un gran compromiso por una parte con las necesidades de nuestra profesión, pero estoy convencida que lograremos mucho más si nos preparamos para atender mejor las necesidades de salud de la población.

La esencia de la enfermería es el cuidado integral del ser humano, siendo el núcleo de actuación las necesidades humanas básicas y las metas de nuestros cuidados la autonomía y el bienestar, considerando a un individuo autónomo cuando está capacitado para su autocuidado, siempre a través de los diagnósticos de enfermería y sus respectivos planes de cuidados.

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

El Proceso de Enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión Hall, lo describió como un proceso distinto. Jonson, Orlando y Weindenbach, cada una en su momento desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenían elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los 70, Bloch, Roy, Mundinger, Puaron y Espinal añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases. Desde ese momento, el Proceso de Enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de enfermería. La NANDA utilizó el Proceso de Enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia.²

El Proceso de Enfermería es un método sistematizado y organizado porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, en los cuales la enfermera realiza intervenciones intencionadas, pensadas para maximizar los resultados a largo plazo; se caracteriza por su humanismo, ya que desarrolla y se pone en práctica, de tal manera que sus intereses e ideales únicos de la persona, así como de sus allegados significativos para él.

El Proceso de Enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia y el grado de satisfacción y progreso del individuo.

Etapas del Proceso Atención de Enfermería

El proceso se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas:

² Iyer, P.W. "Proceso y Diagnostico de Enfermería" 1997.

1) Valoración

La primera fase del Proceso Atención de Enfermería debe iniciar con la recolección de datos en una forma organizada y sistematizada, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guíen la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles en individuos o grupos, y facilita plantear los logros que se requieren en el futuro: facilita entonces la intervención de enfermería.

La historia personal: Los factores biológicos, psicológicos y sociales del ser humano se toman como fuente principal de información, sus objetivos son:

- La identificación de modelos de salud y enfermedad.**
- La identificación de la presencia de factores de riesgo para las alteraciones.**
- La identificación de los recursos posibles.**

Examen físico: Método básico en la recolección de datos dentro de la fase de valoración. Implica la utilización de todos los sentidos para la obtención sistemática y completa de la información, requiere de una base sólida de conocimientos y adiestramiento en la utilización de los sentidos para que sea eficaz es la exploración de todas las partes del cuerpo usando las técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación en busca de anomalías que puedan proporcionar información en relación a los problemas de salud. Sus objetivos son:

- Valorar los datos obtenidos en la historia social.**
- Identificación de nuevos datos que se valoran.**
- Diferenciar los descubrimientos normales de los que significan una alteración.**

La valoración significa hacer una doble comprobación, en la que pueden aceptarse como verdaderos aquellos datos susceptibles de medición, los

datos observados por otra persona (verbales y no verbales) pueden ser verdaderos o no. Las reglas para la realización de la validación son:

- **Revisar los datos que son extremadamente anormales.**
- **Pedir la comprobación a otra persona.**
- **Es necesaria cuando hay contradicción entre los datos.**
- **Es necesaria cuando quien diagnostica tiene dudas acerca de**

Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del cliente, las cuales exigen una intervención enfermera. La valoración de cada una de ellas puede ser difícil de manejar por lo que es preciso establecer un sistema para determinar que datos deben reunirse en primer lugar.

2) Diagnóstico de Enfermería

La segunda fase, el diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento o ciencia de la enfermería.

El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional, pues su uso aclara qué es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de la de los otros miembros del equipo de salud; ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y asegura cuidados eficientes porque permite tener conocimiento concreto de los objetivos del cuidado, de los problemas del sujeto de atención, y de lo que debe hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos.

Ventajas en la redacción de diagnósticos de enfermería:

- 1. Facilita abordar el cuidado del sujeto de atención en forma individualizada**

2. **Facilita la comunicación profesional**
3. **Ayuda a determinar resultados en el sujeto de atención**
4. **Ayuda al profesional de enfermería a articular con claridad el ámbito de la práctica.**

3) Planeación

La tercera fase del proceso es la planeación de cuidados de enfermería, es decir el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).

La planeación de cuidados de enfermería incluye las siguientes etapas: establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un sujeto de atención tiene varios problemas; determinación de objetivos con el sujeto de atención y planeación de intervenciones de enfermería específicas para ayudarlo a lograr los objetivos.

1. Establecimiento de prioridades

Durante el proceso de establecimiento de prioridades, siempre que es posible, la enfermera y el paciente determinan, en conjunto, cuáles de los problemas que se identificaron durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuáles pueden ser tratados en un momento posterior. Establecer prioridades no significa que un problema tenga que ser totalmente resuelto antes de considerar los otros. A menudo es posible abordarlos de forma simultánea. A veces, reducir la gravedad de un problema ayuda a eliminar los otros; por ejemplo, cuando se elimina el dolor intenso se corrige la respiración ineficaz.

2. Determinación de objetivos (metas esperadas)

Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema; deben quedar siempre por escrito con el fin de que todo el personal que atiende al sujeto conozca claramente lo que se desea lograr con él y, por tanto, determinar si se alcanzó o no el objetivo.

Los resultados esperados, o metas, deben estar centrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, que se puedan observar y medir, e incluir indicadores de desempeño; además, deben estar limitadas en el tiempo a corto y largo plazo, y ser ajustadas a la realidad definidas en forma conjunta con el sujeto de atención.

3. Planeación de las intervenciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. La meta la logra el sujeto de atención y la intervención la realiza el profesional de enfermería con el sujeto de atención y el equipo de salud. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.

Las órdenes de enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones sobre cuáles son de competencia de la enfermera y cuáles son delegables o de competencia de otra disciplina de la salud; esto último se hace de acuerdo con la complejidad, los conocimientos y habilidades requeridas, y las implicaciones éticas, entre otros criterios.

4) Ejecución-Intervención.

La ejecución es la cuarta fase de las cinco que componen el Proceso de Enfermería. La ejecución es la operacionalización de la planeación de la atención de enfermería. Consta de varias actividades: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.

- 1. Validación del plan de atención.** Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención. En la validación del plan se debe dar respuesta a tres interrogantes esenciales: ¿el plan está orientado a la solución de las respuestas humanas del sujeto de atención? ¿se apoya en conocimientos científicos sólidos? ¿cumple con las reglas para la recolección de los datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnósticos de enfermería y de los resultados esperados? Cuando se valida el plan con el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención.
- 2. Documentación del plan de atención.** Para comunicar el plan de atención a El personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud. Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados. Los de uso más habitual son los individualizados, estandarizados con modificaciones y computarizados. Los primeros son impresos y divididos en columnas destinadas para el diagnóstico de enfermería, los resultados esperados y las acciones de enfermería.

Una vez estructurado y escrito el plan, el profesional de enfermería puede proceder a dar la atención como se planeó. La ejecución de las intervenciones de enfermería debe ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en esta etapa del Proceso de Enfermería.

3. ***Continuación con la recolección de datos.*** A lo largo de la ejecución el profesional de enfermería continúa la recolección de datos, esta información puede usarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención de acuerdo con la evolución del sujeto de atención.

5) Evaluación

La quinta, y última, fase es la evaluación. Esta es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del Proceso de Enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados. Esta fase consta de tres partes: la evaluación del logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción del sujeto de atención.

1. ***La evaluación del logro de objetivos.*** Es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo del plan de atención.
2. ***La revaloración del plan.*** Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el sujeto de atención.
3. **La satisfacción del sujeto de atención.**

Es importante resaltar que la evaluación y revaloración ayudan al profesional de enfermería a desarrollar la habilidad para redactar planes reales y objetivos para afrontar los problemas del sujeto de atención; dan la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas del

sujeto de atención; y permiten diseñar protocolos de atención de enfermería cuando el plan de atención ha dado resultados satisfactorios.³

Por lo anteriormente expuesto se puede concluir que la práctica de los cuidados de enfermería supone la adquisición de gran número de conocimientos y habilidades, esenciales para poder suministrar unos cuidados de calidad. Los más elementales forman parte de un conjunto de elementos en los que se basa la profesión, ayudando a la enfermera a buscar su práctica en un marco conceptual definido, para aplicar el proceso científico apoyándolo en determinados conocimientos y establecer una relación enfermera – cliente válida.

El primer elemento de este marco conceptual es el conocimiento de un modelo de los cuidados de enfermería, que le sirva para definir cual es el servicio que presta a la sociedad, y determine que es lo específico de este. El cual sirve de guía a los postulados y valores que forman los cimientos teóricos en que se apoya el concepto de cuidados, los cuales constituyen el por qué y el cómo de la profesión de enfermería.

El segundo elemento de competencia son los distintos conocimientos que debe poseer la enfermera, los cuales ha adquirido en el curso de su formación; y se relacionan con el plano científico, el técnico, el de relación, el ético y el legal.

El tercer elemento que conforma el modelo conceptual es el conocimiento del proceso científico aplicado a los cuidados de enfermería; el cual es el instrumento de investigación, de análisis, de interpretación, de planificación y de evaluación de los cuidados de enfermería, que propicia el desarrollo lógico y sistemático del trabajo de la enfermera respecto al cliente, y le confiere un cierto rigor científico.

Un elemento más que compete a este modelo conceptual, es la capacidad que tiene la enfermera de aplicar sus conocimientos a los diferentes niveles de intervención, en que se desarrollan sus tareas. Su rol se orienta por tanto a promover la salud, cuidar la enfermedad, mantener y acrecentar el estado

³ Roldan de T Amparo. F “Proceso Atención de Enfermería” 1983.

de integridad de la persona, de la familia y la comunidad, por medio de sus tres niveles de intervención: los cuidados de prevención primaria, secundaria y terciaria.

El último elemento que forma la base de la profesión de enfermería lo constituye la capacidad que tiene el profesional de los cuidados para establecer una relación enfermera – cliente, que sea calida y adaptada a su condición; está relación debe permitir establecer una comunicación funcional, pedagógica y terapéutica.⁴

⁴ Phaneuf, M. “Las necesidades fundamentales según el enfoque de V. Henderson en el cuidado de Enf.” 1993.

Modelo de Virginia Henderson

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo", en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

En la óptica de Virginia Henderson, los cuidados de enfermería deben asumir un rol de suplencia de la persona cuidada en la satisfacción de sus necesidades fundamentales. Además deben favorecer el camino hacia la autonomía del cliente. Para esto, se necesita poseer un espíritu de disponibilidad, de una voluntad de ayuda y de apertura al otro, que constituyen el clima especial en que se desarrolla la actividad de la enfermera.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería.

Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia .Tiene una serie de necesidades básicas para la

supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

1º.- Respirar con normalidad.

2º.- Comer y beber adecuadamente.

3º.- Eliminar los desechos del organismo.

4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.

5º.- Descansar y dormir.

6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.

7º.- Mantener la temperatura corporal.

8º.- Mantener la higiene corporal.

9º.- Evitar los peligros del entorno.

10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.

12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.

14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Salud:

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

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

Enfermera:

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Entorno:

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

La satisfacción del conjunto de necesidades de una persona le permite conservar sus diferentes procesos fisiológicos y psicológicos en estado de equilibrio, denominado este proceso como homeostasis y actualmente se ha extendido tanto este término que ahora se habla de homeostasis fisiológica y psicológica. Para mantener un equilibrio fisiológico y psicológico el cliente debe alcanzar un nivel máximo de satisfacción de sus necesidades. Si es capaz de responder de forma conveniente, por medio de acciones o comportamientos adecuados que el mismo realiza, es independiente. Si por causa de otras dificultades el cliente es incapaz de adoptar comportamientos favorables para realizar por si mismo acciones adecuadas que le permitan un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades, se convierte en dependiente.

El Proceso Atención de Enfermería con base al modelo de Virginia Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las etapas del proceso de atención.

En las etapas de Valoración y Diagnóstico, sirve de guía en la recogida de datos y en análisis y síntesis de los mismos en esta etapa se determina:

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

En las Etapas de Planificación y Ejecución, sirve para la formación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado.

En la Etapa de Evaluación, el modelo de Virginia Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ayudando al individuo a conseguir la independencia máxima en la satisfacción de sus necesidades; utilizando sus propios recursos y capacidades.

Finalmente, el diagnóstico de enfermería permite categorizar las actividades de enfermería en 1) *independientes* (las que realiza el profesional de enfermería como resultado de su juicio crítico basado en la ciencia o conocimiento de la enfermería); 2) *dependientes* (aquellas derivadas del diagnóstico médico; son las

Órdenes médicas); o 3) *interdependientes* (son aquellas que dependen de la interrelación que se tiene con los otros miembros del equipo de salud).⁵

⁵ Phaneuf, M. "Las necesidades fundamentales según el enfoque de V. Henderson en el cuidado de Enf." 1993.

OBJETIVOS

Objetivo General

Aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación académica en el desarrollo del Proceso Atención de Enfermería.

Objetivos Específicos:

- ♣ Valorar cada una de las 14 necesidades básicas del ser humano basado en el modelo de Virginia Henderson.**

- ♣ Fomentar en la persona la independencia en la satisfacción de necesidades.**

METODOLOGIA

Para la elaboración del presente trabajo fue necesaria la asistencia a un seminario de Proceso Atención de Enfermería en el que acudimos cinco alumnas durante 3 sesiones, sobre el modelo conceptual de Virginia Herderson, para tener las bases suficientes para la realización del presente trabajo; durante las sesiones se realizo el encuadre en cuanto a la dinámica de trabajo, con la finalidad de tener una visión amplia de la manera en que se trabajaría, así como de la estrategia de asesoría a distancia que pudiera continuar después de las tres asesorías presénciales.

En el presente trabajo se eligió a una persona diabética desde hace 15 años, la cual su principal problema es no saber tomar sus propias decisiones para cuidar su salud y la de su familia, desconoce algunos datos importantes de sus vida, como son algunas fechas. Para realizar la valoración se planearon 3 entrevistas con duración de una hora durante una semana, en el domicilio particular de la persona, de esa manera al recopilar toda la información suficiente se integraron los diagnósticos de enfermería posteriormente se elaboro un plan de cuidados, tomando como base los datos de dependencia y así es como se pudieron plantearon las intervenciones de enfermería para esta persona ya que mi objetivo principal es ayudarla a que comprenda que ella es la principal responsable para cuidar su salud, el proceso se llevo a cabo satisfactoriamente ya que ella mostró una actitud positiva y de interés para adquirir los conocimientos necesarios para su auto cuidado, todo esto se realizo en base a la Taxonomía II de la NANDA y se ordenaron de acuerdo a las necesidades según Virginia Henderson,

En la estructuración del marco teórico se hizo una revisión bibliografía de la historia de la enfermería, el proceso de atención y el modelo de Virginia Henderson.

APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Irma R B **Edad:** 34 años **Sexo:** Femenino

Estado civil: Casada **Escolaridad:** Analfabeta **Ocupación:** Empleada Domestica

Lugar de nacimiento: Cuautla, Morelos **Fecha de nacimiento:** 07 febrero 1972

Fuente de información: Personal **Fiabilidad:** 2

Diagnóstico médico: Diabetes tipo II

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de persona femenina, adulto joven, casada, de nivel socioeconómico bajo, analfabeta, que vive en casa propia pero en el mismo terreno que sus suegros, la vivienda cuenta con los servicios indispensables, en ella se observa hacinamiento ya que solo hay dos cuartos y viven su esposo y un hijo de 18 años de edad.

Físicamente no presenta palidez facial de tegumentos, mucosas orales hidratadas, se encuentra orientada pero titubea al momento del interrogatorio y refiere ignorar datos importantes de su persona

Actualmente su estado de salud es estable, pero refiere que su glucosa ha estado descontrolada ya por varios meses, presenta fatiga, dolor de piernas con presencia de varices en pierna izquierda.

A Irma le preocupa más que su esposo e hijo no trabajen que el cuidar su salud

Ya que el dinero que ella gana lavando y planchando ropa en diferentes hogares solo alcanza para cubrir las necesidades básicas en su hogar

DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1. NECESIDAD DE OXIGENACION:

VALORACIÓN:

Datos que manifiestan independencia

Presenta un patrón respiratorio normal, campos pulmonares limpios, su estado de conciencia es alerta. No presenta dolor a la respiración. La coloración facial de tegumentos es buena, no hay presencia de cianosis peribucal o ungueal. La circulación de retorno venoso es normal con buen llenado capilar de 3 segundos. Los signos vitales registrados en el momento de la valoración FC: 80x', FR 20x', Temp. 36°C y T/A 110/70.

Datos que manifiestan dependencia.

Al momento de la valoración no se observaron datos que manifestaran dependencia

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

VALORACIÓN:

Datos que manifiestan independencia

Ingiere, mastica y deglute por si mismo los alimentos, encías un poco inflamadas, dentadura con presencia de sarro, cepilla sus dientes una vez al día, no presenta intolerancia alimenticia.

Datos que manifiestan dependencia

Habitualmente lleva una dieta mal equilibrada ya que su alimentación habitual es, carne 2 veces por semana, leche diario por la mañana y noche, no ingiere verduras, fruta ocasionalmente, agua solo toma 2 vasos al día,

pan de dulce 2 -3 veces por semana, tortillas de 10 – 12 diarias, presenta trastornos digestivos como el estreñimiento.

Ha perdido dos piezas dentarias por caries, tiene 4 molares con caries y sarro tiene problemas para masticar,. La piel es seca poco hidratada, el cabello seco, sin brillo natural, delgado y con presencia de caspa. El funcionamiento neuromuscular y esquelético presenta dolor muscular, de rodillas y piernas con presencia de varices en pierna izquierda.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA No. 1

Desequilibrio Nutricional por exceso, relacionado con una dieta alta en carbohidratos manifestado por un peso de 60 Kg. y. una talla de 1.54cm

PLAN DE CUIDADOS:

Objetivo:

Lograr reducir la ingesta excesiva de carbohidratos en su dieta diaria.

Intervenciones de Enfermería

- Que conozca cuales son los alimentos que puede incluir en su dieta
- Que identifique los alimentos que contienen carbohidratos
- Realizar sesiones demostrativas sobre la preparación de alimentos nutritivos y de bajo costo.

EVALUACIÓN

Se ha logrado parcialmente que en su dieta diaria disminuya la ingesta de tortillas

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA No. 2

Deterioro de la dentición, relacionado con perdida de piezas dentarias manifestado por dificultad en la masticación, caries y sarro

PLAN DE CUIDADOS

Objetivo:

Se dará a conocer la importancia del cuidado de los dientes y las visitas periódicas al odontólogo.

Intervenciones de Enfermería:

- **Recomendar el cepillado correcto de sus dientes 3 veces al día**
- **Sugerir la visita al odontólogo cada 3 a 6 meses.**
- **Orientar sobre el uso de antisépticos orales para evitar la inflamación de las encías.**

EVALUACION

Modificó la frecuencia y forma de realizar el aseo bucal, acudió al odontólogo quien le hizo limpieza completa de su dentadura.

3. NECESIDAD DE ELIMINACION

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia

No tiene antecedentes de enfermedad renal ni hemorroides, no refiere dolor o ardor al orinar.

Datos que manifiestan dependencia

El abdomen se encuentra ligeramente inflamado, ingiere insuficiente agua, la eliminación de heces es una vez al día o cada tercer día, sus características de materia fecal es de consistencia dura menciona el uso de laxantes en algunas ocasiones su dieta no contiene fibra, para que esta ayude a mejorar la eliminación intestinal.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA No. 1

Estreñimiento relacionado con baja ingesta de líquidos y fibra manifestado por evacuaciones 2 o 3 veces por semana de consistencia dura

PLAN DE CUIDADOS

Objetivo:

Lograr que su eliminación intestinal sea adecuada al ingerir líquidos y fibra

Intervenciones de Enfermería

- **Que conozca cuales son los alimentos ricos en fibra**
- **Recomendar la ingesta de líquidos mínimo 2 litros de agua al día**
- **Enseñar ejercicios abdominales para mantener una eliminación abdominal aceptable.**
- **Recomendarle que realice caminatas para favorecer la digestión.**

EVALUACIÓN

Irma se encuentra muy a gusto y dice sentirse bien ya que ha podido evacuar y ya no se siente inflamada.

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

VALORACION

Datos que manifiestan independencia

Se adapta fácilmente a los cambios de temperatura, usa ropa apropiada al clima de la región, su transpiración es normal, usa antitranspirante, su habitación cuenta con buena ventilación e iluminación.

Datos que manifiestan dependencia

Al momento de la valoración no se observaron datos que manifestaran dependencia

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia

Estado de conciencia; orientado en lugar y espacio, no así en tiempo ya que se llega olvidar de fechas, no presenta problemas músculo esquelético, con postura ligeramente encorvada, sin ocasionarle problemas,

Datos que manifiestan dependencia

Al momento de la valoración no se observaron datos que manifestaran dependencia

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia

Su estado mental se encuentra atento, lenguaje claro y concentración adecuada, tiene 8 horas de sueño (23:00 – 07:00), no padece insomnio, no presenta ojeras y cuando duerme despierta descansada para realizar sus labores cotidianas, no tiene pesadillas.

Datos que manifiestan dependencia

Al momento de la valoración no se observaron datos que manifestaran dependencia

7. NECESIDAD DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADA

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia

Viste de acuerdo a su edad y a su condición económica, no tiene dificultad para vestirse o desvestirse ella sola. El cambio de ropa es 1 o 2 veces al día según lo requiera para estar limpia.

Datos que manifiestan dependencia

Al momento de la valoración no se observaron datos que manifestaran dependencia

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia

Su cuero cabelludo con presencia de caspa, el baño es diario por las tardes preferentemente, se lava las manos para cocinar, antes de comer y después de ir al baño.

Datos que manifiestan dependencia

Su piel se ve seca y presenta grietas en los talones, ya que pasa mucho tiempo con calzado descubierto (sandalias).

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA No. 1

Deterioro de integridad cutánea, relacionado con el uso de calzado descubierto, manifestado por resequedad y grietas en los talones.

PLAN DE CUIDADOS

Objetivo:

Lograr que comprenda la importancia que tiene el cuidado de sus pies para evitar complicaciones por su padecimiento. (Pie diabético)

Intervenciones de Enfermería

- Enseñar como debe lubricar su piel diariamente para evitar la resequedad
- Recomendar el uso de aceite de almendras dulces.
- Sugerir el uso de calzado cómodo y cerrado
- Orientar sobre el cuidado de sus pies y como evitar complicaciones

EVALUACIÓN

Aprendió a lubricar su piel y sus pies, utilizando aceite para evitar la resequedad y las grietas han disminuido, ya que ha usado con mayor frecuencia zapato cerrado.

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia

Su familia esta integrada por su esposo y 2 hijos, pero solo uno vive con ella ya que el hijo menor vive en la casa de los abuelos paternos desde recién nacido y solo esta con ellos por momentos. En su hogar no existen peligros ambientales ni de su entorno, hay seguridad en los pisos y escaleras.

Datos que manifiestan dependencia

En situaciones de urgencia no sabe tomar decisiones, se apoya en la familia de su esposo para que lo resuelvan, no lleva un buen control de su padecimiento y en ocasiones se le olvida acudir a consulta con el medico, no toma en cuenta las recomendaciones medicas, las situaciones de tensión las canaliza llorando, no conoce las medidas preventivas de accidentes en el hogar.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA No. 1

Riesgo de protección inefectiva relacionado con manejo inadecuado de su tratamiento.

PLAN DE CUIDADOS

Objetivo:

Lograr que aprenda a cumplir con su tratamiento para la diabetes y así poder llevar mejor control de su enfermedad

Intervenciones de Enfermería

- **Que respete la dosis y el horario de sus medicamento**
- **Hacerle ver la importancia de las visitas frecuentes al medico**
- **Realizar periódicamente su toma de destrostix para conocer sus cifras de glucosa.**
- **Recomendar seguir asistiendo al grupo de diabéticos de su clínica ó centro de salud**
- **Indicar que no debe tener ayunos prolongados**
- **Dar a conocer los alimentos que puede incluir en su dieta.**
- **Enseñar como puede sustituir algunos alimentos sin afectar el aporte nutricional.**

EVALUACION

Ha tratado de ser más atenta a los horarios y dosis de su tratamiento, así como acudir al centro de salud a consulta con el médico para llevar un control de la diabetes.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia

Es casada desde hace 15 años, no tiene dificultad de visión ni auditiva, al hablar en ocasiones tiene problemas de dicción y pronunciación.

Datos que manifiestan dependencia:

Su preocupación es que su esposo e hijo de 18 años no trabajan o lo hacen muy esporádicamente, y ella tiene que trabajar lavando y planchando en diferentes hogares para tener dinero, viven en el mismo terreno que sus suegro y frecuentemente opinan sobre la situación que viven, apoyando a su hijo, eso a ella le molesta, ocasionando que ella se sienta incomprendida.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA No. 1

Deterioro de la comunicación verbal con su familia, relacionado con baja autoestima manifestado por enojo y frustración.

PLAN DE CUIDADOS

Objetivo:

Lograr modificar la comunicación intrafamiliar y así elevar su autoestima.

Intervención de Enfermería

- **Tener sesiones educativas con la familia**
- **Resaltar la importancia que tiene el aporte económico en el núcleo familiar**
- **Resaltar los valores personales y familiares para que poco a poco los integren y pongan en práctica en su vida cotidiana.**

EVALUACIÓN

Se ha avanzado un poco en la comunicación familiar, su esposo e hijo consiguieron un empleo temporal y ella se encuentra más tranquila.

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia

Sus creencias religiosas es católica, la cual no le causa problema alguno, viste con prendas según sus posibilidades económicas, su religión le permite contacto físico con libertad, en su hogar tiene imágenes que determinan sus valores y creencias, acude a misa todos los domingos, su familia aunque poco frecuentan la iglesia profesan la misma religión

Datos que manifiestan dependencia

Al momento de la valoración no se observaron datos que manifestaran dependencia

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

VALORACION

Datos que manifiestan independencia

A ella le agrada su trabajo y lo hace bien para que las personas a las que les arregla su ropa estén contentas y le sigan dando trabajo, le da mucho gusto cuando la gente halaga su trabajo y la recomienda con más amas de casa.

Datos que manifiestan dependencia

Al momento de la valoración no se observaron datos que manifestaran dependencia

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia

En su tiempo libre ella ve televisión y le gusta bordar, asiste tres veces por semana al centro de salud por la tarde con un grupo de personas diabéticas e hipertensas que hacen ejercicios, siempre y cuando no tenga que trabajar por las tardes.

Datos que manifiestan dependencia

Al momento de la valoración no se observaron datos que manifestaran dependencia

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

VALORACIÓN

Datos que manifiestan independencia

Su nivel de educación es bajo, no presenta problemas para desenvolverse en la sociedad, ni tiene limitaciones congénitas.

Datos que manifiestan dependencia

El conocimiento que tiene en cuanto a su padecimiento es erróneo, ya que cree que con el hecho de tomar su medicamento es suficiente para controlar su glucosa en cifras normales.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA No. 1

Déficit de conocimiento sobre la diabetes, relacionado con errores en la atención de su padecimiento manifestado con cifras elevadas de glucosa.

PLAN DE CUIDADOS

Objetivo:

Lograr que aprenda el manejo de su enfermedad y así logre prevenir las complicaciones.

Intervenciones de Enfermería

- Que aprenda todo lo referente a la diabetes.
- Hacer hincapié en el cumplimiento de las indicaciones medicas
- Que conozca las medidas preventivas para evitar complicaciones
- Dar a conocer los signos y síntomas de alarma referentes a su padecimiento.

EVALUACIÓN

Al llevar a cabo las indicaciones las cifras de glucosa han disminuido gradualmente. Cuida más su alimentación.

CONCLUSIONES

El Proceso Atención de Enfermería es el modelo predominante para brindar cuidados, sirve de enlace del conocimiento científico, la investigación, la teoría y las aplicaciones del conocimiento al quehacer profesional. Es un método para interconectar las bases de ciencia con las acciones clínicas del profesional. El uso del Proceso de Enfermería contribuye a garantizar la calidad del cuidado que ofrece, y la razón principal para el uso de este método es que se evidencia un mayor grado de interacción entre el enfermero y el usuario

La incorporación de los diagnósticos de enfermería según la NANDA, se sustenta en la generación de patrones de respuesta humana que en su conjunto abarcan el total de los patrones de vida de un individuo en interacción con su entorno.

A primera vista, el diagnóstico de enfermería parece ser una solución simple y conveniente para algunos problemas profesionales de la enfermería. Esta impresión ha llevado a muchas enfermeras a utilizar los diagnósticos de enfermería, sin embargo, muchas no lo integran todavía a su práctica profesional.

El presente trabajo fue aplicado a una persona diabética, desde hace 15 años, que no tiene los conocimientos suficientes de lo que es su padecimiento, por lo que no lleva su tratamiento y cuidados como debe de ser. Fue necesario tener primero que nada un acercamiento con ella para que tuviera confianza y así poder obtener toda la información que se requería para que la valoración fuera lo más completa posible, ya con la elaboración de los diagnósticos de enfermería trabajamos en 3 sesiones a la semana para poder corroborar si las intervenciones de enfermería eran viables o tenía que modificarlas, esa forma de trabajar a ella le agradado

mucho ya que sentía que cada día aprendía algo nuevo, modifíco algunas cosas que van a beneficiar su salud.

Desde mi punto de vista fue una experiencia importante, el realizar este trabajo con ella, ya que se da uno cuenta que para poder tener éxito en cuanto al manejo de los paciente con problemas crónico degenerativos la persona debe saber todo acerca de su padecimiento para que pueda llevar una vida hasta cierto punto normal y sin complicaciones.

Es un gran reto para enfermería abordar este tipo de problemas en la población, ya que necesitamos estar bien preparadas para tratar de brindar apoyo, hoy en día los padecimientos crónico degenerativos son los que ocupan los primeros lugares de la morbilidad y mortalidad en la población y es urgente que se atiendan desde un punto de vista preventivo para así poder brindar una atención de calidad para evitar las complicaciones.

Como profesionista me queda claro que para la elaboración del Proceso Atención de Enfermería se necesita tener los conocimientos suficientes para poder identificar cada una de las necesidades de la persona, y así poder construir diagnósticos de enfermería con intervenciones viables para poder satisfacer sus necesidades.

SUGERENCIAS

Enfermería es una profesión que nace con el hombre, es por eso que debemos de satisfacer todas las demandas de la salud de los individuos, Virginia Henderson nos dice que se deben de cubrir todas las necesidades a lo largo de la vida, y considerar al hombre y a la mujer como seres holísticos y complejos. Esta es la Filosofía que debemos de tomar todos los profesionales de la salud, en especial el personal de enfermería en la sociedad actual. Por este motivo los cuidados de enfermería deben de cumplir con las expectativas, pero ellos deberán ser prestados a través de una metodología científica y sistematizada, como el Proceso Atención de Enfermería. Utilizar cada día más los planes de cuidados individuales y ayudar a cada persona de manera diferente, porque no somos iguales y cada uno tiene sus necesidades de atención, con el enfermo, ayudarlo en la batalla contra la enfermedad y con el sano para promocionar su salud.

Por lo que es de gran importancia lograr una homogenización en los planes de estudio en las escuelas de enfermería, para que la enseñanza tenga mayor énfasis en el Proceso Atención de Enfermería, ya que de esta manera se vera reflejada en los cuidados de enfermería que brindaran las nuevas generaciones de profesionales ya que este será de mejor calidad.

Así mismo promover en las instituciones de salud que el personal de enfermería este actualizado en lo referente al Proceso Atención de Enfermería y lo aplique como parte de su ejercicio profesional, para identificar las necesidades reales de la persona, familia o comunidad ya que este puede ser aplicado en todos los niveles de atención.

BIBLIOGRAFIA

1. Marriner A. "Modelos y teorías de enfermería". Barcelona: Ediciones Rol; 1989:p305.
2. López P. "Proceso de Enfermería". *Rev Iberoamericana de Geriatría y Gerontología* 1994; c10:pp37-38.
3. Dueñas F J.Raúl. "Diplomado en enfermería":
www.Terra.es/personal/dueñas/pae.htm.
4. Iyer, P.W. "Proceso y Diagnostico de Enfermería", McGraw – Hill Interamericana México 1997 pp 9 – 10.
5. Fernández, F.C "El proceso Atención de Enfermería, Estudios de casos" Ediciones Científicas y Técnicas". Barcelona 1993 pp 3 – 6.
6. Phaneuf, M. "Las necesidades Fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson en cuidados de Enfermería". McGraw – Hill Interamericana Madrid 1993 pp 17 – 48.
7. Griffit JW, Christensen PJ. "Proceso Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos". México: El Manual Moderno; 1986:p6.
8. Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. "Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería". México: Interamericana McGraw-Hill; 1993:p13.
9. NANDA, "Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2005 – 2006", Elsevier, Madrid España.
10. Roldan de T Amparo, Fernández de S M. S "PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA". El uso del proceso de atención de enfermería 2ª. de. México: McGraw-Hill, 1983: p32.
11. "EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA" La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de atención de enfermería
www.terra.es/personal/duenas/pae.htm - 87k.

ANEXOS

ANEXO 1

LAS 14 NECESIDADES SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

NUM	NECESIDADES	GRADO DE DEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA	CAUSAS DE DIFICULTAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA
1	OXIGENACION	INDEPENDIENTE			
2	NUTRICION / HIDRATACIÓN	DEPENDIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • DIETA RICA EN CARBOHIDRATOS. • PROBLEMAS DENTALES 	CONOCIMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO, RELACIONADO CON UNA DIETA ALTA EN CARBOHIDRATOS MANIFESTADO POR UN PESO DE 60 kg. Y UNA TALLA DE 1.54 cm. 2. DETERIORO DE LA DENTINCIÓN, RELACIONADO CON PERDIDA DE PIEZAS DENTARIAS MANIFESTADO POR DIFICULTAD EN LA MASTICACIÓN, CARIES Y SARRO

NUM	NECESIDADES	GRADO DE DEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA	CAUSAS DE DIFICULTAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA
3	ELIMINACIÓN	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	<ul style="list-style-type: none"> ESTREÑIMIENTO 	CONOCIMIENTO	1. ESTREÑIMIENTO RELACIONADO CON BAJA INGESTA DE LIQUÍDOS Y FIBRA MANIFESTADO POR EVACUACIONES 2 O 3 VECES POR SEMANA DE CONSISTENCIA DURA.
4	TERMORREGULACIÓN	INDEPENDIENTE			
5	MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA	INDEPENDIENTE			
6	ESCANSO Y SUEÑO	INDEPENDIENTE			
7	USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	INDEPENDIENTE			
8	HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	<ul style="list-style-type: none"> PIEL SECA GRIETAS EN LOS TALONES 	CONOCIMIENTO	1. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA, RELACIONADA CON EL USO DE CALZADO DESCUBIERTO MANIFESTADO POR RESEQUEDAD Y GRIETAS EN LOS TALONES.

NUM	NECESIDADES	GRADO DE DEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA	CAUSAS DE DIFICULTAD	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA
9	EVITAR PELIGROS	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • NO TIENE UN CONTROL DE SU PADECIMIENTO 	VOLUNTAD Y CONOCIMIENTO	1. RIESGO DE PROTECCIÓN INEFECTIVA RELACIONADO CON MANEJO INADECUADO DE SU TRATAMIENTO.
10	COMUNICARSE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • PREOCUPACIÓN • POCA COMUNICACIÓN FAMILIAR. • INCOMPREENCIÓN. 	VOLUNTAD	1. DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL CON SU FAMILIA, RELACIONADO CON BAJA AUTOESTIMA MANIFESTADO POR ENOJO Y FRUSTRACIÓN.
11	VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS	INDEPENDIENTE			
12	TRABAJAR Y REALIZARSE	INDEPENDIENTE			
13	JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	INDEPENDIENTE			
14	APRENDIZAJE	DEPENDIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • NO CONOCE TODO LO RELACIONADO DE LA DIABETES 	CONOCIMIENTO	DÉFICIT DE CONOCIMIENTO SOBRE LA DIABETES, RELACIONADO CON ERRORES EN LA ATENCIÓN DE SU PADECIMIENTO MANIFESTADO POR CIFRAS ELEVADAS DE GLUCOSA.

ANEXO 2

INSTRUMENTO GUIA PARA LA VALORACIÓN

Nombre: Irma R B **Edad:** 34 años **Sexo:** Femenino
Peso: 60 kg **Talla:** 1.54 cm **Estado civil:** Casada
Escolaridad: Analfabeta **Ocupación:** Empleada Domestica
Lugar de nacimiento: Cuautla, Morelos **Fecha de nacimiento:** 07 febrero 1972
Fuente de información: Personal **Fiabilidad:** 2
Diagnóstico médico: Diabetes tipo II

1. NECESIDAD DE OXIGENACION:

Datos Objetivos

Presenta un patrón respiratorio normal, sin datos de dificultad respiratoria, su estado de conciencia es alerta. No presenta dolor a la respiración. La coloración facial de tegumentos es buena, no hay presencia de cianosis periférica o distal. Los signos vitales registrados en el momento de la valoración FC: 80x', FR 20x', Temp. 36 °C y T/A 110/70.

Datos Subjetivos.

No refiere dolor asociado a la respiración, se considera fumador pasivo ya que su esposo es fumador activo actualmente.

Su estilo de vida es activo, ya que trabaja todo el día

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

Datos Objetivos

No presenta datos que manifiesten limitaciones para ingerir, masticar o deglutir alimentos, las encías se observan un poco inflamadas, dentadura con presencia de sarro y caries en algunos molares.

Su piel se observa reseca, poco hidratada, el cabello no tiene brillo.

Presenta varices en la pierna izquierda sin ocasionar molestias incapacitantes.

Datos Subjetivos

Habitualmente lleva una dieta mal equilibrada ya que su alimentación habitual es, carne 2 veces por semana, leche diario por la mañana y noche, no ingiere verduras, fruta ocasionalmente, agua solo toma 2 vasos al día, pan de dulce 2 -3 veces por semana, tortillas de 10 – 12 diarias, manifiesta la presencia de trastornos digestivos

Ocasionalmente acude a un grupo de diabéticos que se reúnen para hacer ejercicio.

3. NECESIDAD DE ELIMINACION

Datos Objetivos

A la exploración se encuentra el abdomen inflamado, con ruidos intestinales, no presenta hemorroides, refiere que cuando tiene periodos de estrés cambia su metabolismo y en ocasiones tiene diarrea.

Datos Subjetivos

La eliminación fecal es una vez al día o cada tercer día, sus características de materia fecal es de consistencia dura menciona el uso de laxantes en algunas ocasiones, sin datos de enfermedad renal y no presenta dolor a la defecación.

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos Objetivos

Su piel se encuentra seca poco hidratada, su transpiración es normal, usa antitranspirante, su vivienda cuenta con adecuada ventilación e iluminación.

Datos Subjetivos

Se adapta fácilmente a los cambios de temperatura, usa ropa apropiada al clima de la región.

El clima que más le agrada es el frío.

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Datos Objetivos

El sistema músculo esqueléticos no presenta problemas, con buena capacidad muscular, su postura ligeramente encorvada, sin ocasionarle problemas, Estado de conciencia; orientado en lugar y espacio.

Datos Subjetivos

Su capacidad física cotidiana es buena, trabaja planchando y lavando ropa en los hogares, no tiene horario para realizar su trabajo.

Sus hábitos de descanso son irregulares por no tener horario fijo para realizar su trabajo.

En sus ratos libres ve televisión y borda.

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos Objetivos

Su estado mental es atento, no padece insomnio, no presenta ojeras y cuando duerme despierta descansada para realizar sus labores cotidianas, no tiene pesadillas.

No presenta cefaleas y la respuesta a estímulos es adecuada.

Datos Subjetivos

Su horario de sueño es de 8 horas (23:00 – 07:00) con periodos cortos de descanso en el día.

7. NECESIDAD DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADA

Datos Objetivos

Viste de acuerdo a su edad y a su condición económica, no tiene problema psicomotor para vestirse adecuadamente.

Datos Subjetivos

Sus creencias religiosas así como su estado de ánimo no influyen para la selección de sus prendas de vestir.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Datos Objetivos

Sus hábitos higiénicos son adecuados, su aspecto en general es aceptable.

Su cuero cabelludo con presencia de caspa y su cabello con poco brillo.

Se observa una lesión dermica en el brazo izquierdo que fueron ocasionadas por quemadura con aceite al momento de guisar.

Sus pies presentan resequedad con grietas en los talones.

Datos Subjetivos

El baño lo realiza diariamente, su aseo bucal es una vez al día

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Datos Objetivos

En su hogar existe seguridad en cuanto a pisos y escaleras, los integrantes de la familia no conocen las medidas de prevención de accidentes en el hogar.

Datos Subjetivos

Su familia esta integrada por su esposo y 2 hijos, pero solo uno vive con ellos ya que el hijo menor vive en la casa de los abuelos paternos desde recién nacido.

Cuando se presenta alguna urgencia en su familia ella no sabe que hacer, dejando que los demás actúen ante la situación que se este presentando.

Acude a la unidad de salud para recibir atención médica solo cuando necesita medicamento para su padecimiento.

En situaciones de tensión la canaliza llorando

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos Objetivos

Habla claro sin dificultad, a veces no encuentra la manera de expresarse, su audición es normal. Por lo general la comunicación familiar es inadecuada ya que intervienen terceras personas (suegros).

Es casada desde hace 15 años, vive en casa propia pero en el mismo terreno con sus suegros.

Datos Subjetivos:

Su preocupaciones son económicas, ya que su esposo e hijo de 18 años no trabajan y ella tiene que trabajar lavando y planchando en diferentes hogares para solventar los gastos de su hogar.

No manifiesta sus problemas de salud, ya que se siente incomprendida.

11. NECESIDAD DE VIVIR SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos Objetivos

Su forma de vestir no muestra tendencia específica de algún tipo de religión o sociedad.

Permite el contacto físico.

En su hogar existen crucifijos e imágenes que indican sus creencias religiosas

Datos Subjetivos.

Su religión es católica, la cual no le causa problema alguno, sus valores personales es la honestidad, humildad y el respeto por lo que es aceptada con agrado en la sociedad.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos Objetivos

Su estado emocional se observa temerosa, distraída, apática y en ocasiones cansada.

Datos Subjetivos

Actualmente refiere que trabaja en diferentes hogares lavando y planchando ropa, esta satisfecha con su trabajo.

Su remuneración es poca, lo cual solo alcanza para solventar las necesidades básicas en su hogar, ya que ella es la única que aporta dinero a su casa

Su autoestima es baja por ver la incompreensión de su familia ya que no recibe ayuda para mejorar la situación económica de su hogar.

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos Objetivos

La integridad de su sistema neuromuscular no esta alterado, su estado de animo es participativo, l gusta asistir a reuniones sociales cuando el trabajo se lo permite.

Datos Subjetivos

Acude ocasionalmente a un grupo de diabéticos que se reúnen para realizar ejercicios.

La situación de estrés influye también en la satisfacción de actividades recreativas.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos Objetivos

El sistema nervioso esta integro, los órganos de los sentidos no presentan alteraciones, su memoria presenta un problema para recordar datos tanto recientes como pasados.

Datos Subjetivos

Su nivel educativo es analfabeta, presenta algunos problemas de aprendizaje, no manifiesta limitaciones cognoscitivas.

No tiene los conocimientos suficientes relacionados con su padecimiento.

Acude a sesiones educativas a la unidad de salud, pero refiere no entender la información que le transmite el personal de salud.