



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA.**

***“PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
APLICADO A UNA PACIENTE CON RETRASO MENTAL  
GRAVE”***

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

LESSLIE NOVARA ARROYO

No. De Cta. 402116684

DIRECTORA DEL TRABAJO:

MTRA. MARÍA DEL PILAR SOSA ROSAS.



MÉXICO, D. F.

2007.



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.

***“En un mundo orientado hacia el éxito, una persona con necesidades especiales, nos confronta día a día con nuestros propios límites y discapacidades internas, que preferimos ocultar o disfrazar, pero es precisamente la discapacidad enfrentada la que nos permite descubrir nuestras más importantes capacidades”.***

***Anónimo***

***Organización Mundial de la Salud***

***Dios, gracias por la vida, el amor, la sabiduría y la fortaleza que a lo largo de este tiempo me has dado, para terminar una de las metas más importantes en mi vida. Gracias por la vida de mis padres y mis hermanos porque siempre me han apoyado.***

***Papá, gracias por tu apoyo, tu amor y tu cuidado. Mi carrera es el regalo más hermoso que me has dado, estoy orgullosa de ti y espero que tú también te sientas orgulloso de mí. Te quiero mucho.***

***Mamá, gracias por estar siempre a mi lado, por ser mi mejor amiga, por todo tu amor y cariño. Tú eres un vivo ejemplo de lo que es ser una gran mujer, una hermosa madre y una maravillosa persona. Te quiero mucho.***

***Gracias a mis hermanos Ingrid, Miguel y David por su apoyo, y por aguantarme. Los quiero mucho y se que siempre estaremos juntos para apoyarnos unos a otros. Nunca dejen de luchar y esforzarse para alcanzar sus metas y anhelos***

***¡¡Los amo, que Dios los bendiga!!***

***Gracias a mi paciente porque ella no solo aprendió sino que, también me enseñó muchas cosas; la más importante: ser la mejor enfermera todos los días.***

# ÍNDICE

	Página
<b>ÍNDICE .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>8</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>9</b>
<b>HISTORIA UNIVERSAL DE LA ENFERMERÍA .....</b>	<b>10</b>
ETAPAS HISTÓRICAS DEL CUIDADO.....	10
<i>ETAPA DOMÉSTICA</i> .....	10
<i>ETAPA VOCACIONAL</i> .....	11
<i>ETAPA TÉCNICA</i> .....	12
<i>ETAPA PROFESIONAL</i> .....	13
ETAPA DOMÉSTICA DE LOS CUIDADOS .....	14
<i>TIEMPOS REMOTOS</i> .....	14
<i>SOCIEDADES ARCAICAS SUPERIORES</i> .....	15
ETAPA VOCACIONAL DE LOS CUIDADOS .....	16
<i>INICIO DEL MUNDO CRISTIANO</i> .....	16
<i>ALTA EDAD MEDIA</i> .....	18
<i>BAJA EDAD MEDIA</i> .....	19
<i>MUNDO MODERNO</i> .....	19
<i>ÉPOCA MODERNA</i> .....	21
ETAPA TÉCNICA DE LOS CUIDADOS .....	22
<i>EL MUNDO CONTEMPORÁNEO</i> .....	22
<i>NUEVA CONCEPCIÓN DE LA ENFERMERÍA</i> .....	22
<i>REFORMADORES DE LA ENFERMERÍA</i> .....	24
<i>INICIO DE LA PROFESIONALIZACIÓN DEL CUIDADO</i> .....	29
ETAPA DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL.....	30
<i>PROFESIONALIZACIÓN DEL CUIDADO</i> .....	30
<i>CAMPO DE ACTUACIÓN DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL</i> .....	32
<i>LA DISCIPLINA ENFERMERA EN EL MOMENTO ACTUAL</i> .....	33
<b>HISTORIA DE LA ENFERMERÍA EN MÉXICO .....</b>	<b>35</b>
<b>PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....</b>	<b>46</b>
ANTECEDENTES .....	46
DEFINICIÓN .....	48
VALORACIÓN.....	49
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA .....	50
PLANEACIÓN .....	51
EJECUCIÓN .....	52
EVALUACIÓN.....	53
<b>HILDEGARD E. PEPLAU.....</b>	<b>55</b>
ANTECEDENTES PERSONALES .....	55
PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES .....	56
<b>INSTRUMENTO DE VALORACIÓN .....</b>	<b>61</b>

<b>PRESENTACIÓN DEL CASO .....</b>	<b>71</b>
<b>JERARQUIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA .....</b>	<b>72</b>
<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA .....</b>	<b>73</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>95</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>101</b>
<b>RETRASO MENTAL .....</b>	<b>101</b>
<i>DEFINICIÓN.....</i>	<i>101</i>
<i>FACTORES DE RIESGO .....</i>	<i>103</i>
<i>DIAGNÓSTICO.....</i>	<i>105</i>
<i>MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....</i>	<i>108</i>
<i>TRATAMIENTO.....</i>	<i>120</i>
<i>PREVENCIÓN.....</i>	<i>122</i>
<i>PRONÓSTICO: .....</i>	<i>122</i>
<i>EXPECTATIVA DE VIDA: .....</i>	<i>123</i>
<i>DERECHOS DE LA PERSONA CON RETRASO MENTAL .....</i>	<i>123</i>
<b>GLOSARIO.....</b>	<b>125</b>

## INTRODUCCIÓN

Cuando catalogamos a una persona como retrasada mental, el empleo solo de esta palabra la coloca en una posición de desventaja en su integración social, pues inmediatamente el que la escucha comienza a pensar en la lista de cosas que el sujeto no es capaz de hacer y deja de apreciar el enorme potencial de cosas que sí puede ser capaz de hacer. Por tal motivo diversos autores y especialistas en el área de psiquiatría han planteado que en lugar de emplear el término retraso mental podrían utilizarse las expresiones, “discapacidad del aprendizaje” o el de “necesidades educativas especiales” ya que son menos peyorativos y definen mejor el problema que enfrentan este tipo de personas.

Otro punto importante a considerar, es que si hablamos de un retraso mental, podríamos llegar a determinar que todo ser humano sufre de este mismo padecimiento, ya que como bien es sabido, todas las personas usamos solo un pequeño porcentaje de nuestro cerebro. Sin embargo, en este trabajo el término utilizado es el de retraso mental, ya que esta terminología ha sido aprobada y empleada por las organizaciones más importantes a nivel mundial como la Asociación Americana de Retraso Mental (AARM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS); por consiguiente, también es conocida y utilizada en el área profesional de la salud para referirse a los individuos que presentan dicho padecimiento pero con fines terapéuticos.

Es importante recalcar que en México, la falta de interés y de presupuesto por parte del gobierno dirigido a los Hospitales Psiquiátricos, a las Instituciones de Salud y albergues encargados de prestar atención y servicio a personas con retraso mental, así como la escasez de personal de enfermería que esté capacitado para cubrir las necesidades requeridas por este tipo de pacientes, son algunos de los problemas principales que interfieren con la oportunidad que tienen de desarrollarse, e incluso la posibilidad de llegar a ser independientes principalmente en personas con retraso mental leve o moderado; en los casos más severos como en el retraso mental grave y

profundo no se les da el apoyo suficiente para desarrollar habilidades y destrezas que los lleven a ser menos dependientes del personal.

El presente Proceso de Atención de Enfermería fue realizado durante mi período de servicio social en el Hospital Psiquiátrico Infantil y fue aplicado a una paciente con retraso mental grave con el propósito de que esta paciente lograra desarrollar habilidades y destrezas dentro de sus posibilidades las cuales puedan ayudarle a tener una mejor calidad de vida.

El Proceso de Atención de Enfermería se realizó en base al Modelo de Hildegard E. Peplau debido a su experiencia profesional y docente en diversas áreas de enfermería, pero principalmente por su gran aportación a la enfermería psiquiátrica. Peplau emplea conocimientos y desarrolla técnicas tomadas de la ciencia conductual o de lo que también podría denominarse como modelo psicológico; el cual nos ayuda a comprender las conductas y emociones que presenta una persona, para que de esta forma la enfermera este capacitada para cubrir no solo las necesidades biológicas sino también las necesidades emocionales.

En este trabajo también se integra un anexo enfocado a las definiciones, las causas, manifestaciones y prevención del retraso mental ya que si se tienen más conocimientos acerca de este padecimiento entonces ayudará a fomentar en las enfermeras un mayor interés por las personas con retraso mental y la atención que ellos reciban será de calidad.



## JUSTIFICACIÓN

Para la realización de este Proceso de Atención de Enfermería escogí a una paciente con Retraso Mental Grave del Hospital Psiquiátrico Infantil, por ser la que representaba mayor dificultad en cuanto al manejo de su conducta, ya que siempre se mostraba muy agresiva, era totalmente dependiente del personal y siempre se mantenía aislada. También porque en el transcurso de mi servicio social muchas veces me tocó escuchar a algunas enfermeras que laboran en esa área decir: “Cuando una persona tiene retraso mental ya no hay nada más que hacer”, al consultar diferentes bibliografías pude darme cuenta de que eso era falso, ya que mencionaban que la labor de enfermería era fundamental para las personas con retraso mental, ya que la enfermera era la encargada de identificar, planificar y cubrir las necesidades físicas, psicológicas y sociales de estos pacientes, además podían ayudarles a desarrollar habilidades encaminadas a los aspectos de la vida diaria para lograr un mayor bienestar. Solamente que aprendían de manera más lenta que las personas “sanas” y necesitan mayor apoyo.

La mayoría de las personas con retraso mental son rechazadas por la sociedad y tristemente hasta por los profesionales de la salud, porque piensan que no pueden hacer ciertas cosas o que si se les trata bien o mal no lo van a percibir, cuando en realidad tienen derecho a ser tratados en una Institución de salud y también a recibir un trato digno.

# OBJETIVOS

## GENERAL:

- Proporcionar atención planeada e individualizada a una paciente con Retraso Mental Grave en base a las alteraciones en el manejo de su conducta y autocuidado con el fin de lograr su mayor bienestar, aplicando el Proceso de atención de Enfermería lo más íntegramente posible.

## ESPECÍFICOS:

- Fomentar al máximo el desarrollo de habilidades, destrezas y hábitos acorde a sus posibilidades individuales y respetando sus limitaciones.

- Establecer programas de enseñanza que ayuden a la paciente a adquirir habilidades de autocuidado, autocontrol e integración social con el fin de lograr el máximo nivel de independencia

- Fomentar el paseo, ejercicio y actividades de juego para mejorar su motricidad y evitar la monotonía.

- Vigilar a la paciente estrechamente para garantizar su seguridad y prevenir accidentes.

- Proporcionar afecto, cariño y reconocimiento constantes, que ayuden a la paciente a sentir mayor seguridad, para reforzar su autoestima y mejorar su conducta.

# HISTORIA UNIVERSAL DE LA ENFERMERÍA

## ETAPAS HISTÓRICAS DEL CUIDADO

### ETAPA DOMÉSTICA

El concepto de ayuda a los demás está presente desde el inicio de la civilización, como lo demuestran estudios antropológicos, arqueológicos, etc. Lo que no está tan claro es que lo que denominamos el cuidado de la enfermería aparezca con el hombre, ya que en aquella época se entremezclaban diversas formas de cuidar, que con el transcurso del tiempo dieron lugar a diferentes disciplinas. Sin embargo, es nuestra convicción que son éstos primeros cuidados los que han dado origen a los cuidados profesionales, razón de ser de las enfermeras.<sup>1</sup>

En esta primera etapa los cuidados se desarrollan formando parte de la historia de la atención a la salud de la época, comprendiendo desde las primeras civilizaciones hasta la caída del Imperio Romano.

Esta etapa de los cuidados se denomina doméstica, por ser la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio.

Alrededor de cada mujer en la familia se entrelazan y laboran las prácticas rituales que tienden a asegurar la vida, la promoción y su continuidad. La mujer utiliza elementos que son parte de esa misma vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y la manos, elemento muy importante de contacto maternal, para transmitir bienestar.

---

<sup>1</sup> Catalina García Martín y Ma. Luisa Martínez Martín. *Historia de la Enfermería*, pág. 15.

En consecuencia, los cuidados van encaminados a ese mantenimiento de la vida a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, el vestido y, en general, todas las medidas que hacen la vida más agradable, algunas de las cuales se han dado en llamar en nuestros días cuidados básicos.

## **ETAPA VOCACIONAL**

El calificativo vocacional de la actividad de cuidar se asocia con el nacimiento de la religión cristiana. Con la aparición del cristianismo, la salud adquirió una nueva interpretación. La sociedad cristiana de la época atribuyó la salud y la enfermedad a los designios de Dios. El valor religioso de la salud que imperó se determinó por la convicción del pensamiento de que la enfermedad era una gracia del Todopoderoso: el que sufre es un elegido de Dios.

Las actividades de cuidar se relacionan con el concepto que los incipientes cristianos tienen sobre la enfermedad y además se corresponden con las normas establecidas por la idea religiosa. Como consecuencia de esta filosofía, lo verdaderamente importante de las personas dedicadas al cuidado eran las actitudes que debían mostrar y mantener; actitudes consistentes en hacer voto de obediencia y sumisión, actuar en nombre de Dios, permanecer en el seno de la iglesia, reconfortar a través del consejo de tipo moral y utilizar el cuidado como vehículo de salvación propia y comunicación con Dios. Aparece la figura de una mujer cuidadora a la que Colliere llama la “mujer consagrada”.<sup>2</sup> Por otro lado, las normas cristianas eran estrictas y rechazaban todo contacto corporal, por tanto, la incipiente enfermera, a causa de estos principios de tipo moral, centró la atención en la palabra y en los consejos morales.

Durante la etapa vocacional, los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples. Lo realmente importante eran las actitudes que debían mostrar y mantener las personas al cuidado de los enfermos, menesterosos y necesitados.

---

<sup>2</sup> Ibid, pág. 17.

La práctica enfermera, vista desde esta perspectiva, no requería ningún tipo de preparación, a excepción de la formación religiosa. La enfermería de esta época se describe como una actividad ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia.

La etapa considerada como vocacional se encuadra en la historia de los cuidados desde el nacimiento del pensamiento cristiano hasta finalizar la edad moderna de la Historia Universal.

## **ETAPA TÉCNICA**

Esta etapa se desarrolla en la época en que la salud es entendida como lucha contra la enfermedad.

El desarrollo científico y tecnológico aplicado a la atención médica, se produjo lentamente desde el Renacimiento, tuvo el exponente más claro en el siglo XIX. Este desarrollo condujo a la clase médica a un mayor conocimiento, que se centró en la búsqueda de las causas de la enfermedad y su tratamiento. Se fomentó realmente la concentración de todos los recursos sanitarios para la atención diagnóstica y curativa dentro de los hospitales, pasando a ser éstas instituciones el único dispositivo asistencial.

Esta etapa, conocida como técnica, se inició a mediados del siglo XIX con el advenimiento de lo que Collière denomina “mujer enfermera-auxiliar del médico”<sup>3</sup>. Época marcada por la herencia de estadios presentes: profesión de mujeres y, durante siglos, reservada a mujeres consagradas.

La aparición de la enfermería técnica y la separación de los poderes político y religioso permitieron el inicio de la enfermera en vías de profesionalización.

Los principios de profesionalización de la enfermería se atribuyen a Florence Nightingale, pero verdaderamente la consideración de enfermería como trabajo eminentemente técnico surgió a raíz de los años cincuenta a partir del siglo XX,

---

<sup>3</sup> Ibid, pág. 19.

cuando la red hospitalaria se extiende, adquiriendo estos centros otra función diferente a la que se venían desempeñando.

El paso a esta etapa técnica, desde la etapa vocacional, no ocurrió de una forma brusca. Por el contrario, fue necesario un largo período de transición, conocido como Etapa Oscura de la enfermería por las circunstancias que dieron lugar a esta denominación.

## **ETAPA PROFESIONAL**

“Dentro de nuestro cambiante mundo actual, probablemente sea el de la salud uno de los conceptos que ha sufrido una más profunda transformación, fruto de la evolución de la comunidad humana en materia económica social y política”.<sup>4</sup>

Desde esta perspectiva, la atención a la salud supone la intervención de diferentes profesionales que, integrados en un equipo multidisciplinar, atiendan de forma eficaz y autónoma los diferentes aspectos de la salud individual y colectiva.

En consecuencia, las enfermeras han tenido que ampliar el campo de actuación que les era propio al lado de la cama del enfermo. En la actualidad, el cuidado enfermero integra un conjunto de actividades para propiciar mayor bienestar físico y una mejor adaptación de los individuos con su entorno.

Paralelamente a este nuevo concepto de salud, las enfermeras comienzan a preguntarse sobre su razón de ser entienden que están perdiendo su identidad ligada al individuo y tratan de desprenderse de la dependencia histórica de otras disciplinas. Surgen enfermeras investigadoras que a nivel teórico y filosófico describen la actuación diferenciada de la profesión, comienzan a emplearse métodos de trabajos científicos sustituyendo a los empíricos, y las enseñanzas se incluyen en la Universidad. En definitiva, se inicia la etapa de la enfermería profesional.

---

<sup>4</sup> V.V.A.A. *Conceptos de Enfermería, Curso de nivelación de A.T.S.*, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, 1983, pág. 93.

## ETAPA DOMÉSTICA DE LOS CUIDADOS

### TIEMPOS REMOTOS

#### *La mujer cuidadora*

Durante toda la prehistoria, el cuidado de la salud y el mantenimiento de la vida recayeron en la mujer y en el sanador.

El protagonismo de los cuidados fue adjudicado a las mujeres. Son ellas las que desempeñan en cada familia las prácticas encaminadas al mantenimiento de la vida, a través de elementos naturales como la higiene, el vestido, la alimentación y todos aquellos cuidados que favorecen el bienestar.

La práctica de este tipo de cuidados se entremezclaba con actividades rituales para la protección, la promoción y la continuidad de la vida.

“Los cuidados que se tejen alrededor de todo aquello que crece y se desarrolla revierten en las mujeres y lo hacen hasta la muerte: cuidados a los niños y también cuidados a los enfermos y a los moribundos, puesto que ¿A caso dándoles la vida no les comunican la muerte?”.<sup>5</sup>

Los elementos empleados por la cuidadora formaban parte de la propia naturaleza para la higiene, el agua; para el abrigo, las pieles; para la alimentación, las plantas, y para transmitir bienestar, el contacto físico a través de la caricia.

---

<sup>5</sup> Collière, MF. *Promover la vida*. Interamericana – Mc Graw-Hill, Madrid, 1993, pág.14.

## SOCIEDADES ARCAICAS SUPERIORES

En esta época, la relación con la salud, va a continuar la idea de que las enfermedades están producidas por espíritus malignos, y serán los líderes religiosos los encargados de la curación de las enfermedades. Los médicos serán los sacerdotes.

Del cuidado de los enfermos en estas civilizaciones se conoce muy poco, casi no existen documentos de los mismos. Sólo tenemos varias fuentes de aquellas civilizaciones, que nos indican que la cirugía va a ser mucho más desarrollada, dónde va a ser necesario crear hospitales, y en estos lugares los hombres fueron las personas que se dedicaron a cuidar. En las demás civilizaciones las actividades cuidadoras serán desempeñadas por la mujer, generalmente llevadas a cabo por esclavas y sirvientas. Otra generalidad importante de estas civilizaciones dentro de la salud es la atención de la mujer en el parto, tarea que va a ser llevada a cabo por una mujer llamada comadrona.

La Edad Antigua abarca las siguientes civilizaciones<sup>6</sup>:

- Civilización Asiro - Babilónica. Es la más antigua y se desarrolla en el Valle del Río Tigris.

- Civilización Egipcia. La civilización egipcia se inicia alrededor del año 3100 a. C. cuando se fundó la primera dinastía de faraones y se extiende hasta el año 332 a. C. cuando Egipto es conquistado por Alejandro Magno, rey de Macedonia.

- Civilización griega. Grecia.

- Civilización Romana. Abarca desde la fundación de Roma, año 750 a.C. hasta el año 476 d.C. con la caída del Imperio Romano de Occidente.

- Civilización Mesopotámica. Es la civilización que se asienta entre los ríos Tigris y Éufrates, según el Génesis (Biblia) es en esta zona donde existió el paraíso terrenal, donde Dios creó el hombre y el lugar donde Dios envía a un pueblo elegido, el pueblo Palestino.

- Civilización Palestina. Se asienta entre el desierto de Arabia y el mar, es decir, ocupando una llanura que se extiende desde Egipto a Mesopotamia.

---

<sup>6</sup> M. Patricia Donahue. *Historia de la Enfermería*. Doyma, Barcelona, pág. 20.



- Civilización India. Fue una civilización muy avanzada las primeras poblaciones se asentaron en la India alrededor del año 3000 a. C.

- Civilización China. China.

- Civilización Precolombina. Se sabe que existieron en el continente Americano (que será descubierto por Cristóbal Colón en 1492) Las más antiguas fueron Incas, mayas y Aztecas.

## **ETAPA VOCACIONAL DE LOS CUIDADOS**

### **INICIO DEL MUNDO CRISTIANO**

El auge del Cristianismo empujó, sin lugar a dudas, el desarrollo de los cuidados que pasaron a considerarse un deber sagrado y adquirieron un enfoque humanitario que previamente no habían tenido.

Las personas dedicadas a la tarea de cuidar acabaron por ser adiestradas para la docilidad, la pasividad, la humildad y un desprecio total de sí mismas. Se promulgó una obediencia incontestable a las decisiones de otros estamentos de rango superior, generalmente el sacerdote o el médico. El criterio individual de la cuidadora y la responsabilidad personal para tomar responsabilidades, en relación con la atención a los enfermos, fueron olvidados y permanecieron ajenos a la actividad de cuidar durante mucho tiempo.

#### *Primeras cuidadoras*

Los primeros siglos de la Era Cristiana conocieron el crecimiento continuo del fervor religioso en todo el mundo. Rápidamente florecieron congregaciones, hermandades y órdenes dedicadas al cuidado de los enfermos. Las primeras fueron de mujeres, fundadas con el fin de realizar un trabajo social. Destacaron como más importantes: las diaconisas, las viudas, las vírgenes y las matronas.

### *Diaconisas*

La palabra diaconisa vine del griego diaconia, que significa servir y suministrar, en el sentido material y moral.

Formaban un grupo de mujeres, de buena cuna y elevada posición social, pertenecientes a las familias más distinguidas. Ejercían funciones de auxilio en los hogares más necesitados, proporcionando a las familias más desatendidas dinero, ropa y cuidados. Las primeras diaconisas que se conocen fueron Febe y Olimpia.

### *Viudas*

Llegaron a formar un grupo numeroso de mujeres dedicado a la asistencia a los enfermos y a los pobres. El título de viuda también se utilizaba como acepción de respeto por la edad. Sin embargo, si la mujer había enviudado, se le exigía renunciar a contraer nuevo matrimonio. Se dedicaban a trabajar con los enfermos y los pobres, y más tarde desempeñaron un papel importante en la creación de hospitales.

### *Vírgenes*

El papel que estas mujeres representaron no está tan claro, parece ser que fue un grupo más dedicado a labores eclesiales y ejercicios religiosos que a tareas relacionadas con la práctica de la caridad entre los necesitados.

### *Matronas Romanas*

Este grupo apareció cuando el cristianismo se infiltró entre las clases dominantes romanas, siendo la matrona la mujer rica que atendía a los enfermos, a los pobres y a los menesterosos.

Tres de estas matronas romanas tuvieron un protagonismo mayor y sus actividades influyeron de forma decisiva en el progreso de la atención al enfermo: Marcela, Fabiola y Paula. Fueron ellas las que dieron nacimiento a los xenodoquios, manteniéndolos con su dinero.

## ALTA EDAD MEDIA

La Alta Edad Media comprende, aproximadamente, la primera mitad del período medieval (hasta el inicio del siglo XI) y se caracterizó por un retroceso en todas las órdenes de la vida.

### *La mujer feudal*

La esposa del señor feudal tenía a su cargo, además de las labores propias de su sexo y condición, el cuidado de los enfermos de la hacienda. Practicaba primeros auxilios y tenía un amplio conocimiento de remedios caseros para todo tipo de enfermedades. La curación empírica recaía casi por completo en sus manos, pues el número de médicos era pequeño en las haciendas.

### *Instituciones para el cuidado de la salud*

Los hospitales más importantes y famosos de esa época, por orden de construcción, fueron los de Lyon, París, Roma y Londres.

El **Hotel Dieu de Lyon** fue fundado en el año 542 por el rey Chilberto, a petición de Sacerdos, arzobispo de Lyon. Gobernado por laicos, contrasta notablemente con otras instituciones de la época por el hecho de que no estaba bajo control clerical. Sus primeras cuidadoras fueron mujeres laicas reclutadas entre penitentes y viudas.<sup>7</sup>

El **Hotel Dieu de París** fundado por el obispo Landerico en el año 651, también estuvo gobernado por una administración laica. Comenzó como un pequeño hospital y creció hasta alcanzar proporciones impresionantes. Funciona en la actualidad como hospital de la ciudad de París.<sup>8</sup>

Las primeras cuidadoras fueron seculares; posteriormente, y a instancia del Papa Inocencio IV, se organizaron bajo una regla monacal y fundaron la Orden de las Agustinas, considerada la más antigua de hermanas puramente enfermeras.

---

<sup>7</sup> Catalina García Martín y Ma. Luisa Martínez Martín. *Historia de la Enfermería*, pág.81.

<sup>8</sup> *Ibidem*.

Las tareas de enfermería incluían la admisión y el alta del paciente, la responsabilidad de las cocinas y la lavandería.

## **BAJA EDAD MEDIA**

La Baja Edad Media abarca aproximadamente la segunda mitad del período medieval (1000-1500).

Las Cruzadas favorecieron la organización de hospitales en las rutas de las expediciones y permitieron sistematizar la actuación de los cuidadores o las personas dedicadas a socorrer a los heridos. En las batallas eran muchos los heridos y más todavía los que se enfermaban durante las jornadas de lucha.

En consecuencia se fundaron organizaciones de tres tipos:

- Órdenes militares
- Órdenes religiosas
- Órdenes seculares

## **MUNDO MODERNO**

La caída de Constantinopla en 1453 y otros sucesos hicieron que la historia de la humanidad pasara de la Edad Media a la Moderna, que a su vez se dividió en tres etapas: el Renacimiento, el Barroco y la Ilustración.<sup>9</sup>

El Mundo Moderno se caracterizó por la incesante actividad intelectual, que supuso espectaculares avances científicos. Esta época fue prolífica en el conocimiento de las enfermedades y sus causas, adquiriendo gran relevancia las teorías organicistas sobre las enfermedades.

---

<sup>9</sup> Ibid, pág. 95.

### *Las hijas de la caridad*

El verdadero renovador del cuidado moderno, através de las órdenes religiosas, fue el francés Vicente de Paúl. Se instaló en París cerca del Hotel Dieu y acudía a diario al hospital para curar y atender a los enfermos ingresados.

Más tarde comenzó a trabajar a su lado un grupo de damas iniciándose así la caridad organizada. Convocó a las señoras más interesadas por los enfermos, aconsejándoles que se reunieran y organizaran para la asistencia en domicilios. Al cabo de tres meses, estas mujeres demostraron su interés fundando la Cofradía de la Caridad, cualquier mujer, casada, viuda o soltera, podía unirse con el previo consentimiento del marido o padre. Por orden de la presidenta de las Damas de la Caridad, debían atender las necesidades primordiales de los enfermos, como preparar el alimento y dárselo si era necesario, ocuparse del aseo personal, tenerlos presentes para repetir las visitas en el día, arreglar las habitaciones, sostener la moral y consolidar la fe, contribuir con su presencia y su sostén a aliviar la pena de los que lloran a sus muertos y solidarizarse con ellos todo lo posible.

Estos servicios estaban basados en unos principios, de los cuales aún tiene vigencia dos en las enfermeras de atención primaria: la familia es la unidad de servicio y es necesario revisar periódicamente su situación.

San Vicente observó que en las provincias esta atención se realizaba mejor que en la ciudad y pensó que las jóvenes aldeanas inclinadas a este tipo de obras, podían ser utilizadas dentro de una mejor organización. De este grupo surgió la figura de Luisa de Marillac, que llegó a ser la principal colaboradora de San Vicente. Sólo después de veinte años les dio una constitución definitiva, pasando a denominarse Congregación de la Hermanas de la Caridad.

## ÉPOCA MODERNA

### *Los cuidados de la salud*

Entre los cuidados que se describen a llevar a cabo por los cuidadores se encuentran:<sup>10</sup>

- Los destinados a cubrir las necesidades básicas (alimentación, eliminación, higiene y confort)
- Las tareas técnicas, haciendo como referencia a la vigilancia del estado de los enfermos, aplicación de ventosas, administración de jarabes, purgas y otras órdenes médicas
- La relación con los enfermos, que incluía la conversación vanal o de apoyo y las preguntas sobre su estado
- Prestaciones hoteleras y de gestión

Entre estas mujeres, precursoras de las enfermeras destacan Ana de Obregón y Luisa de Huerta de alta esfera social que durante muchos años ejercieron en la Corte.

---

<sup>10</sup> Ibid, pág. 112

## **ETAPA TÉCNICA DE LOS CUIDADOS**

### **EL MUNDO CONTEMPORÁNEO**

#### *Situación sanitaria*

En el siglo XIX, la situación sanitaria fue diferente en todos los aspectos a la del Mundo Moderno, circunstancia favorecida por el desarrollo de la medicina y/o la toma de conciencia, por parte de los reformadores sociales, de las pésimas condiciones de la asistencia sanitaria. Se inició la etapa de la salud entendida como lucha contra la enfermedad. El desarrollo de la bacteriología contribuyó a esta lucha, básicamente a través de la vacunación.

En el siglo XX son destacables una serie de descubrimientos biológicos y terapéuticos de gran aplicación en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Quizá el descubrimiento más importante del siglo XX es el de la penicilina, efectuado por Fleming.<sup>11</sup>

### **NUEVA CONCEPCIÓN DE LA ENFERMERÍA**

La etapa oscura de la Enfermería dio paso a un nuevo concepto de cuidados, preconizados por lo reformadores modernos.

#### *Reformadores de la enfermería*

En el siglo XIX se inició un movimiento de interés público por el progreso de la Enfermería con distintas corrientes de opinión. Los médicos, el clero y los ciudadanos filántropos, abogaban por el establecimiento de sistemas de enfermería de diferente naturaleza.

---

<sup>11</sup> Ibid, pág. 129.

Esta preocupación social dio como resultado una serie de cambios que llevaron a la reforma estable de la Enfermería. Fue el inicio de la Enfermería Moderna, y con él, la profesionalización de la actividad de cuidar. Intentan y consiguen la reforma, entre otros, el matrimonio Fliedner, Florence Nightingale y las órdenes surgidas de la edad moderna.

#### *Diaconisas de Kaiserswerth*

En el primer tercio del siglo XIX, el pastor luterano Teodoro Fliedner y su esposa cambiaron el concepto de la Enfermería en toda la extensión. Llevaron a cabo una labor social, cuyos sistemas y organización fueron copiados por reformadores de otros países.

El matrimonio Fliedner trabajó en la reforma de las cárceles y también atendió a los pobres y enfermos. Su labor más importante fue la preparación de las diaconisas.

#### *La obra de los Fliedner*

A la reforma de las cárceles siguió la organización de un hospital. Al no contar con la colaboración de enfermeras los Fliedner pensaron en preparar diaconisas. La responsabilidad de la señora Fliedner fue la organización del hospital, la selección de las mujeres que deseaban ser diaconisas y la planificación de la enseñanza.

El Instituto Kaiserswerth tenía una organización que servía de modelo a Instituciones de formación de enfermeras.

#### *Organización del aprendizaje*

El sistema que implantaron los Fliedner, referente a la admisión de estudiantes y métodos de aprendizaje, pone de manifiesto la semejanza con el de las posteriores escuelas técnicas de enfermería.

Para ingresar como diaconisa se exigía:

- Edad mínima de 18 años.



- Carta de un ministro de la Iglesia haciendo constar la buena moral de la aspirante.
- Carta de un médico certificando buena salud.
- Limitación de dinero para gastos personales.

La organización del aprendizaje fue un aspecto muy cuidado y constaba de:

- Tres años de formación.
- Un período de prueba de 3 meses a 1 año.
- Enseñanzas teóricas por medio de clase y conferencias.
- Rotación de prácticas en las unidades del hospital y en la escuela.
- División de las estudiantes en grupos de primero y segundo año y en enfermera-jefe, correspondiendo este cargo al tercer año.

Las enseñanzas, tanto teóricas como clínicas, eran impartidas por médicos, utilizando un manual sobre el arte de la enfermería muy en uso en el hospital de la Caridad en Berlín.

## **REFORMADORES DE LA ENFERMERÍA**

### *Elizabeth Fry*

Nació en Inglaterra a finales del siglo XVIII (1780). Inició su obra social en las cárceles, con el fin de mejorar las condiciones de los hombres y mujeres presas, y de los niños nacidos en ellas.

En cuanto al cuidado de los enfermos, Elizabeth Fry creía que las mujeres bondadosas podían ser enfermeras, sin necesidad de pertenecer a grupos religiosos. Igualmente, opinaba que la actividad de enfermería debía ser remunerada.

Así creó, junto a su hermana y su hija el Instituto Bishopgate, donde las alumnas eran seleccionadas cuidadosamente y recibían enseñanzas teóricas y

prácticas, aunque esta última preparación no estuvo a la altura del Instituto Kaiserswerth

### *Florence Nightingale*

La persona de Florence Nightingale (12 de mayo de 1820 - 13 de agosto 1910) representa el fin de la actividad enfermera empírica y exclusivamente vocacional.<sup>12</sup>

Es ella la verdadera pionera de la profesionalización, iniciando las artes literarias de la disciplina, la organización de la profesión y la educación formal de las enfermeras. Se interesó por la política, la sociedad, las humanidades, etc. Pero en realidad, su interés principal fueron las obras sociales y el cuidado del enfermo.

Florence Nightingale fue autodidacta, comenzó la adquisición de conocimientos visitando hospitales. La posición social en la que se encontraba le facilitó la relación con personas influyentes que residían en el extranjero, desde dónde le enviaban información sobre enfermería.

Su primer empleo fue como superintendente de un establecimiento para las damas enfermas. En esta Institución consiguió participar en la gestión. Introdujo algunas comodidades para las ingresadas, como el uso de una campanilla para las llamadas, agua caliente y algo tan novedoso como la instalación de un ascensor.

Durante la Guerra de Crimea se ofreció como voluntaria para ir a Escutari, suburbio de Constantinopla en Turquía. Allí organizó un departamento de enfermería y dedicó sus esfuerzos a eliminar los problemas de saneamiento en los pabellones del hospital.

Además de las heridas, los soldados sufrían infecciones, congelación, infestación de piojos y enfermedades asociadas a las malas condiciones higiénicas. Los enfermos que no podían alimentarse morían de inanición.

La señora Nightingale lo primero que hizo fue organizar el saneamiento del hospital: se instalaron ebullidores y lavaderos para la ropa, se habilitaron cocinas

---

<sup>12</sup> Ibid, pág. 137.

dietéticas donde se preparaba la alimentación de los soldados más graves y delicados, e incluso se destinó un despacho donde Florence Nightingale redactaba sus informes sanitarios para las autoridades inglesas. Al cabo de unos meses de la llegada de Nightingale y su grupo de enfermeras a Crimea, la mortalidad de los soldados ingleses descendió de un 40 a un 2%.<sup>13</sup>

Terminada la Guerra de Crimea el pueblo inglés le hizo un homenaje organizando un fondo de suscripción popular, llamado fondo Nightingale, para mantener las escuelas de enfermeras.

### *La Escuela Nightingale*

En 1860 organizó una escuela modelo donde se enseñaba el arte de la enfermería. La escuela estaba subvencionada por el fondo Nightingale y se instaló en el Hospital Santo Tomás, por poseer los requisitos para la enseñanza clínica. Con esto se trataba de romper la Etapa Oscura de la Enfermería, haciendo comprender a la sociedad que las profesionales eran personas de ética, moralidad y preparación dignas.

El período de formación era de dos a tres años según las alumnas. Las aspirantes eran sometidas a un período de prueba de un mes y a un curso básico de un año, concluido éste realizaban un examen y las que lo superaban eran designadas como enfermeras certificadas. Terminado este período, se iniciaba otro de tres años para las que no pagaban, y dos para las que lo hacían. En este período se dedicaban por completo a la práctica de la enfermería en las salas.

Una vez finalizada la formación, se conseguía que las enfermeras graduadas en la Escuela Nightingale no entraran en el servicio privado, que hasta entonces había absorbido a las mejores enfermeras, sino que trabajaran en los hospitales practicando la asistencia y la docencia de la enfermería.

Se puede considerar a Florence Nightingale como la pionera de la enfermería moderna. Sus aportaciones pueden considerarse a dos niveles.

- En el ámbito general de la disciplina enfermera:

---

<sup>13</sup> Ibid, pág. 138.

- Inició la búsqueda de un cuerpo de conocimiento propio de la enfermería.
  - Organizó las enseñanzas y la educación de la profesión.
  - Inició la investigación enfermera y fue la primera en escribir sobre la disciplina.
- Aportaciones asociadas:
    - Inició la organización de la enfermería militar.
    - Fue la primera en utilizar la estadística, la epidemiología y los conceptos de higiene y saneamiento dentro de la enfermería.

#### *Organizaciones Profesionales.*

Las asociaciones que se destacan por la calidad de su organización y sus trabajos son:

- Asociación Americana de Enfermeras (ANA), fundada en 1890.
- En el Reino Unido, El Real Colegio de Enfermería (RCN), se creó en 1916.
- En España, La Asociación Profesional es El Consejo Nacional de Enfermería, que aglutina los diferentes Colegios Oficiales.

#### *Consejo Internacional de Enfermeras*

Representantes de los países en los que las enfermeras estaban organizadas formaron un Comité Ejecutivo para elaborar un proyecto de crecimiento de un Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).<sup>14</sup> Antes de terminar 1899 este proyecto estuvo preparado, siendo su declaración de principios mantener y establecer normas elevadas del servicio de enfermería, de la enseñanza de enfermería y de la ética profesional en todo el mundo.

---

<sup>14</sup> Ibid, pág. 143.

El CIE fue la primera asociación que se interesó en los aspectos técnicos y jurídicos de la profesión, culminando con el establecimiento del primer Código de Ética para enfermeras, aprobado por el Congreso de 1953 celebrado en Brasil.<sup>15</sup>

El CIE tiene como objetivos primordiales:

- Luchar para que la profesión sea autónoma.
- Mejorar los servicios de asistencia al individuo y la colectividad.
- Elevar el nivel y la ética educacional y profesional.
- Favorecer la situación socioeconómica de las enfermeras.
- Fomentar la cooperación y amistad entre las enfermeras de todo el mundo.

Las ventajas que ofrece el CIE son:

- Obtener un reconocimiento oficial a nivel internacional, de tipo profesional educativo.
- Proteger los intereses de todos sus miembros.
- Estudiar y discutir los problemas mundiales que tengan relación con la profesión.
- Ofrecer medios de comunicación y contacto entre enfermeras de diversos países.
- Ayudar a que las enfermeras busquen la manera de completar su formación en los países que integran el Consejo.
- Estimular el desarrollo de los diferentes grupos de la enfermería, ocupándose de los problemas que atañen a la práctica de la profesión a la legislación que la regula.

---

<sup>15</sup> Ibid, pág. 161–162.

## **INICIO DE LA PROFESIONALIZACIÓN DEL CUIDADO**

La enfermería, como ocupación técnica que se inició a mediados del siglo XIX, continuará como tal hasta la segunda mitad del siglo XX.

Verdaderamente, la consideración de la enfermería como trabajo técnico tiene el máximo exponente en las décadas 50,60 y 70 entre el siglo XX, cuando la medicina adquiere un espectacular desarrollo tecnológico y comienza la proliferación de los hospitales. Es así como el cuidado enfermero se orienta hacia la enfermedad.

Los factores mencionados anteriormente tuvieron como consecuencia los siguientes cambios para la enfermería.

- Acceso al conocimiento: Hasta iniciado el siglo XX, la preparación de las enfermeras fue escasa o nula. A partir de este momento, por las actividades que se ven obligadas a cumplir comienza la instrucción pública para ellas.
- Inicio de la profesionalización: La integración de las mujeres seglares en los estudios de enfermería comienza con lo que se ha denominado el proceso de profesionalización, consecuencia de las medidas exigidas para la prestación de cuidados: preparación y titulación.
- Alejamiento del enfermo: La relación enfermera-enfermo se verá interferida por la tecnología, cada vez más utilizada, y que en cierto modo separa a la enfermera del contacto físico con el paciente y del contacto a través de la palabra, produciéndose un alejamiento del enfermo.
- Pérdida de la identidad profesional: La enfermera pierde su identidad asociada a los cuidados, pasando de una actividad de cuidar centrada en la persona, a la de curar centrada en el órgano, actividad ésta derivada de la práctica médica.

## **ETAPA DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL.**

En esta cuarta etapa de la historia del cuidado, la enfermería se consolida como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propios y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población.<sup>16</sup>

Distintos factores son los que han intervenido en esta profesionalización del cuidado. Las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar a sus propias profesionales, de organizar y dirigir los servicios de enfermería y de iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su cuerpo disciplinar. Así mismo, en el campo asistencial los cambios acaecidos han sido muy significativos, desde una actividad basada en el empirismo y centrada en la técnica, se ha pasado a orientar el cuidado en un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional, como lo demuestra el uso generalizado del proceso de enfermería y la formulación de diagnósticos enfermeros.

### **PROFESIONALIZACIÓN DEL CUIDADO.**

En la profesionalización de una actividad siempre intervienen una serie de factores, que en el caso de la profesión enfermera se pueden considerar de dos órdenes: formal y sociológico, siendo ambos decisivos para el reconocimiento de la enfermería como profesión.

#### *Factores formales.*

En éste apartado se citan la creación de organizaciones profesionales que lucharon y lo siguen haciendo para elevar la calidad de la profesión. El cambio de los programas formativos es otro hecho fundamental. En Tercer lugar, las normas legales que regulan la formación y el ejercicio profesional.

---

<sup>16</sup> Ibid, pág. 159.

### *La Educación*

Una profesión tiene que poseer un cuerpo de conocimientos propios que ha de aumentar de forma constante, atributo de las enseñanzas que se imparten en la universidad.

Los Estados Unidos de América fueron los primeros en integrar los programas de enfermería en la universidad a finales del siglo XIX (1889-1900). Gran Bretaña lo hizo en 1955. En España los estudios de enfermería se integraron en la universidad en 1977.

### *Factores sociológicos*

Una serie de factores sociológicos han contribuido al paso de la enfermería como actividad técnica-vocacional a una profesión basada en el conocimiento científico.

En este aspecto, son factores motivadores del cambio:

- La concepción del ser humano.
- Los cambios en el concepto salud-enfermería.
- Las distintas formas de enfermar, depender y morir.



## **CAMPO DE ACTUACIÓN DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL**

### *Actividad profesional*

Las actividades que las enfermeras pueden llevar a cabo pueden ser de tipo asistencial, docente, de administración y de investigación.

### *Personal de enfermería*

El término personal de enfermería abarca a todas las categorías de personas que prestan cuidados enfermeros.

Las actividades que corresponden a cada nivel se basan en:

- El grado de juicio requerido.
- La facultad para adoptar decisiones.
- La complejidad de las relaciones con otras actividades.
- El nivel necesario de capacidades técnicas.
- El grado de responsabilidad por los servicios de enfermería que presten.

### *Auxiliar de enfermería*

Es la persona que realiza funciones menos complejas bajo la supervisión de la enfermera. Posee la instrucción, la formación necesaria y la habilidad para llevarlas a cabo.

### *Enfermera profesional*

La enfermera profesional asume funciones de gran complejidad y responsabilidad. Posee instrucción y formación exigidas oficialmente y está legalmente autorizada para ello. Los profesionales titulados son los que tienen que responder de todo el trabajo a realizar por su disciplina, en todos los niveles de complejidad que ésta tenga.

## **LA DISCIPLINA ENFERMERA EN EL MOMENTO ACTUAL**

En la actualidad, los términos enfermería, cuidado, disciplina enfermera y profesión enfermera están siendo utilizados de forma regular para referirse a lo que las enfermeras hacen en la práctica diaria.

Un hecho parece estar bien claro: la enfermería es considerada una profesión que está construyendo su cuerpo disciplinario a partir de diferentes ramas del saber humano y a la vez está aportando conocimientos a la ciencia.

### *El cuidado profesionalizado*

El cuidado es el objeto de la enfermería, y aunque no exista una definición precisa y generalizada sobre ella, sí se han descrito su naturaleza, su esencia, sus propiedades y sus características.

Para que los cuidados se presten con esta profesionalidad, las enfermeras deben:

- Entender al hombre de forma integral.
- Tener bien clarificadas las acciones y metas.
- Utilizar una metodología de trabajo.
- Basar las acciones en principios científicos.
- Poseer capacidad para responder a la obligación ética y legal que han contraído.

### *Concepciones actuales de la enfermería*

A partir de la integración de la Enfermería en la Universidad, se desarrollo una corriente y opinión en la que grupos de enfermeras intentaron devolver a la profesión su verdadero significado, proporcionándole el marco teórico que considera la atención de enfermería como el servicio de cuidar y no de curar.

Sin embargo, por influencias históricas y otras circunstancias muy complejas, actualmente las enfermeras se encuentran divididas en el aspecto profesional, lo que claramente se identifica en la práctica asistencial.

En estos momentos, la enfermería se encuentra en una fase de transición, lógica en todo proceso de cambio, y que justifica las diferentes concepciones de la profesión.

## HISTORIA 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 actividades relacionadas con el mantenimiento de la vida han sido asumidas y encomendadas predominantemente a las mujeres, dada su función protectora y materna.

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

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

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

Posteriormente, numerosas órdenes religiosas dedicadas al cuidado de los enfermos se integraron a los hospitales, con el propósito de brindar una labor altruista paralela a los intereses de la Iglesia. Como consecuencia de la confrontación entre el

Estado y la Iglesia la función de cuidar a los enfermos quedó abandonada con la expulsión de las órdenes religiosas, decretada por Benito Juárez; sin embargo, las Hermanas de la Caridad cubrieron durante treinta años más hasta que Lerdo de Tejada las expulsó en 1874.

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

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

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: la expulsión de las órdenes religiosas, que culminó en 1874 con la salida de las Hermanas de la Caridad, y el desarrollo de la medicina científica en los grandes hospitales que se fundaron durante este siglo.

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, siendo su director el Dr. 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, y pequeña farmacia y cuidados de los niños, parturientas y enajenados, utilizando como libro de texto el

Manual Práctico de la Enfermera del Dr. Bourneville, uno de los requisitos de ingreso era haber terminado la educación primaria.

Las funciones que desempeñaban las enfermeras en los servicios incluían, además de los procedimientos técnicos señalados para la enseñanza, actividades de carácter administrativo como el control de la ropería y de los útiles que la enfermera debía recibir y entregar por libreta al inicio y al término de la guardia. Estas funciones ya estaban establecidas en el Hospital de Maternidad e Infancia, según se aprecia en el reglamento de 1873: *pasar visita con los directores, administrar medicamentos, cambiar ropa, cuidar del aseo y orden de las instalaciones, material y equipo, así como llevar su control, ejecutar las órdenes de los directores, asistir a todas las operaciones para ayudar en las mismas y auxiliar en las curaciones.*<sup>17</sup> 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. Las enfermeras vivían en el Hospital y no podían separarse ni un momento sin permiso del Director, y dejando en su lugar a una persona idónea que la supla.

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

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

En 1912 se estableció el plan de estudios vigente hasta 1943. Incluía cuatro cursos en dos años para la carrera de enfermería: anatomía y fisiología e higiene, primer curso de clínica para enfermeras, patología, farmacia y terapéutica, el segundo

---

<sup>17</sup> <http://tone.udea.edu.co/revista/sep2001/enf.%20mexico.htm>, 18 de septiembre del 2006.

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.

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

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

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

Para 1940 era frecuente encontrar enfermeras que administraban anestésicos, encargadas de anfiteatros, salas de operaciones, ayudantes en rayos X, fisioterapeutas, parteras en maternidad, en infectología, en fisiología, laboratoristas, puericultoras, y visitadoras. 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 y la regulación de la Enfermería y de la Obstetricia por la Ley General de Profesiones de 1945. Así mismo se establece el Estatuto General de la UNAM y con ello la separación de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina.

Con relación a la modificación de los planes de estudio se destaca haber aumentado la duración de la carrera de enfermería a tres años (1946), la incorporación paulatina de nuevas asignaturas (higiene y medicina preventiva, microbiología, parasitología y práctica de laboratorio, asistencia a enfermos de medicina, enfermería médica, organización de hospitales, psicología, higiene mental y enfermería

psiquiátrica y dietética), la ampliación de los contenidos en otras materias (ética aplicada en trabajo social y andrología en ginecología), la reubicación de asignaturas y el cambio en el número de horas.

En 1947 se establece una reforma al proyecto educativo de enfermería, se hace énfasis en *la base científica de la medicina, el contenido humanista, prácticas avanzadas como enfermería quirúrgica y fisioterapia, se establecen los primeros laboratorios y en la carrera de obstetricia se amplían las prácticas de maternidad... y se incorpora la asignatura de medicina preventiva al plan de estudios.*<sup>18</sup>

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

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

Después del Seminario de Zimapán en 1957 se reestructura el plan de estudios, dándole básicamente un enfoque sanitario y profiláctico; se ampliaron los contenidos humanistas y sociales a través del aprendizaje de la deontología y legislación, y las prácticas en enfermería comunitaria. Se crean los laboratorios de fisiología y bioquímica, y microbiología y parasitología, así como se inician las prácticas análogas de la propedéutica de enfermería. Un año más tarde se forma un grupo piloto con alumnas que habían cursado el bachillerato o bien lo estaban cursando, con la idea de iniciar la integración de la enfermería en el campo superior o técnico – científico en México, situación que algunos países de América del Sur 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.<sup>19</sup>

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

---

<sup>18</sup> Ibidem

<sup>19</sup> Ibidem



enfoque biomédico, orientado al estudio de las enfermedades: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención y de ahí deducir las acciones de enfermería.

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

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

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

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

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

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<sup>20</sup>.

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

---

<sup>20</sup> <http://www.uaq.mx/enfermería/historia.html>, 18 de septiembre del 2006.

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.

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

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

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

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

de enfermeras profesionales y la calidad del cuidado de enfermería que requiere nuestra sociedad.

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

### **La práctica social de la profesión de enfermería**

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

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

1) El avance de la salud pública y su contribución al desarrollo de la salud generando nuevos modelos interdisciplinarios de intervención del fenómeno salud-enfermedad en grupos.

2) La nueva concepción de la salud, que es vista como un fenómeno multifactorial relacionado con aspectos biológicos, culturales y sociales. Lo que implica para la práctica de enfermería visualizar el cuidado a la salud en diferentes ámbitos y no solo al cuidado de los enfermos.

3) El desarrollo teórico, conceptual y práctico de la profesión de enfermería que ha mostrado que ésta tiene las capacidades necesarias para incursionar en escenarios diversos donde la salud y la enfermedad se expresan como fenómenos sociales humanos vinculados con los diversos modelos de desarrollo social.

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

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

En la ENEO-UNAM se ha reconceptualizado a la enfermería a partir de un trabajo grupal e interprofesional; hoy la escuela concibe la enfermería como la disciplina y el arte del cuidado a la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral con el propósito de que utilice al máximo sus potencialidades para la vida. Por tanto, sus campos de acción son todos los espacios en donde la persona se desarrolla y atiende.

El desarrollo de la profesión en las instituciones de salud a partir de la oferta de estudios de posgrado de nivel especialidad, maestría y doctorado hace pensar que la enfermería mexicana está avanzando para cumplir con el objetivo principal de la profesión: el cuidado de la vida e integridad del hombre en la salud y en la enfermedad.

Para finalizar se mencionarán algunas recomendaciones que establece la Secretaría de Salud. "La necesidad de legitimar el ejercicio profesional de la enfermería, entendiendo que su potencial de desarrollo enfatiza la posibilidad de realizar funciones de asistencia, gerencia, docencia e investigación, en los diferentes roles como proveedor, coordinador y auditor de las funciones genéricas y en los escenarios que incluyen los tres niveles de atención a la salud; con un grado de autonomía congruente a su formación ética y profesional (SSa 1999)."<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Ibidem.

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

La enfermería es única, debido a su amplio enfoque en la comprensión y tratamiento de la salud de una persona, una enfermera competente debe tener un conocimiento adecuado de fisiología, fisiopatología, psicopatología, ciencias sociales y de la conducta, con la finalidad de prestar atención de calidad y sin riesgo.

El método mediante el cuál se consigue esto es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es importante ya que la enfermera, integra los elementos del pensamiento crítico para emitir juicios y poner en práctica acciones basadas en la razón. El proceso se emplea para identificar, diagnosticar y tratar las respuestas humanas ante la salud y la enfermedad, favorece el cuidado enfermero individualizado y apoya a la enfermera a responder al paciente de manera rápida y razonable para mejorar o mantener su salud. Por tal motivo, en el siguiente tema se explica de manera más amplia lo referente al Proceso de Atención de Enfermería.

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

## ANTECEDENTES

A partir de su estado embrionario en la década de los cincuenta, el Proceso de Atención de Enfermería (conocido en esa época como proceso de atención sanitaria) llegó a convertirse en una actividad reconocida y organizada.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución ); Yura y Walsh (1967), escribieron el primer libro que definía, en forma integral, cuatro componentes del proceso de atención de enfermería, (valoración, planificación, implementación y evaluación) las autoras daban gran importancia a las destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas de la práctica de enfermería. Para la década de 1970, la profesión de enfermería empezó a mirarse como una disciplina científica orientada a una práctica con base teórica y centrada en el paciente; los pasos del proceso fueron legitimizados en 1973, cuando la Asociación Norteamericana de Enfermeras publicó las normas de la Práctica de Enfermería, por lo que muchos estados iniciaron una revisión de las actividades de enfermería como reflejo del extenso campo que abarca. Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica (Valoración, Diagnóstico de enfermería, Planeación, Ejecución y Evaluación final).

### *Los objetivos*

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

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

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

*El desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería:*

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

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

*Las ventajas:*

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

- Para el paciente son:
  - Participación en su propio cuidado.
  - Continuidad en la atención.
  - Mejora la calidad de la atención.
- Para la enfermera:
  - Se convierte en experta.
  - Satisfacción en el trabajo.
  - Crecimiento profesional.



### *Las características:*

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

## **DEFINICIÓN**

El Proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona -o grupo de personas- responde de forma distinta ante la alteración real o potencial de salud. En otras palabras, es un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de enfermería posible. Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados. 1) valoración, 2) diagnóstico de enfermería, 3) planeación, 4) ejecución y 5) evaluación.<sup>22</sup>

1. Valoración. Recopilación de la información (datos).
2. Diagnóstico. Análisis de los datos para identificar problemas/diagnósticos de enfermería.
3. Planificación. Elaboración de un plan de acción.
4. Ejecución. Puesta en práctica del plan.
5. Evaluación. Evaluación de los resultados del plan.

---

<sup>22</sup> Rosalinda Alfaro. *Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería*, pág. 6.

## VALORACIÓN

La primera fase del Proceso de Enfermería es la valoración, la cual se compone de las siguientes actividades:

**1) Obtención de los datos.** Se recopila información sobre el paciente. Para reunir datos, durante la fase de valoración, la enfermera deberá utilizar todos los recursos que tenga a su disposición. Esto supone usar la información obtenida de las siguientes fuentes:

- Información que procede el mismo paciente.
- Información procedente de la familia del individuo o de otros allegados.
- Información obtenida de la historia clínica, registros de enfermería, notas de evolución e informes de los cambios de turno.
- Información verbal y escrita facilitada por otros profesionales/trabajadores de la salud que traten con el paciente (enfermeras, asistentes sociales, médicos, fisioterapeutas).

Los datos deben obtenerse a través de:

- a) *La observación.*
- b) *La entrevista,* es un instrumento importante para reunir los datos de valoración. Entre las medidas para conseguir una entrevista satisfactoria figuran: crear una relación de confianza con el paciente, formular algunas preguntas de sondeo, adoptar una actitud de escucha activa y mantener una observación continua.
- c) *La valoración física,* es un examen exhaustivo y sistemático del paciente. El examen físico se realiza de manera cefalocaudal, éste método comienza valorando la cabeza y el cuello (ojos, oídos, nariz, boca y garganta). A continuación se valora el tórax, abdomen, piernas y pies. El orden en que se examine al paciente dependerá de su estado de salud. Por tanto, si el individuo se encuentra bien, la enfermera puede comenzar la valoración utilizando éste método. Sin embargo, si el individuo está enfermo, deberá examinar en primer lugar el área afectada antes de pasar a otras zonas del organismo.

**2. Validación de los datos.** Se comprueba qué datos son hechos reales y cuáles son cuestionables.

**3. Organización de los datos.** Se reúnen los datos en grupos de información a fin de identificar modelos de salud o enfermedad.

**4. Identificación de los modelos.** Deberá formarse una impresión inicial sobre los modelos de información, se obtienen datos adicionales para cubrir las lagunas existentes.

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Problema de salud real o potencial (de un individuo, familia o grupo) que las enfermeras pueden tratar de forma legal e independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo.<sup>23</sup>

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

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

*Tipos de diagnósticos:*

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

---

<sup>23</sup> Rosalinda Alfaro. *Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería*, pág. 59.

- **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales e identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

- **Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

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

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

## **PLANEACIÓN**

La fase de planeación comienza con el diagnóstico de enfermería, que se elabora mediante la recopilación y valoración de los datos que implican cuidados de

enfermería. El diagnóstico de enfermería se basa en deducciones obtenidas de datos confusos o incompletos. Al hacer esto, la enfermera toma en cuenta una serie de probabilidades basadas en la observación, y usando el método inductivo predice cuales son las correctas. La inducción es el proceso de razonar de lo específico a lo general, o de una parte al todo. En ocasiones la deducción, la decisión y acción se realizan en unos cuantos minutos. El grado de deducción depende de la experiencia, la perceptividad y el conocimiento teórico de la enfermera.

Conforme la enfermera continúa recopilando datos y verificando las suposiciones con el paciente, sus deducciones se vuelven más precisas. Tan pronto como identifica los problemas del paciente, la enfermera debe establecer prioridades, determinando cuáles son más urgentes. Debe definir los objetivos inmediatos, intermedios y a largo plazo, o las metas por las que debe esforzarse. La enfermera y el paciente deben definir las metas aceptables para ambos. El paciente y su familia deben participar activamente en la planeación de los cuidados.

A partir de los objetivos generales, la enfermera puede determinar objetivos más específicos, los cuales deben asentarse en términos de conducta observable. Las acciones de enfermería encaminadas a lograr los objetivos, que pueden clasificarse en intervenciones, manejo o tratamiento de enfermería, deben estar señaladas explícitamente en el plan de cuidados de enfermería. El plan de cuidados de enfermería debe ser individualizado de manera que éste no pueda ser empleado por ningún otro paciente. Debe incluir los problemas del paciente, las metas, objetivos e intervenciones de enfermería. Con su elaboración se termina la fase de planeación.

## **EJECUCIÓN**

Una vez que la intervención de enfermería se ha determinado y se ha completado la fase de planeación, comienza la ejecución del plan.

Ejecución es brindar realmente los cuidados de enfermería. Un plan contribuye a brindar cuidado de enfermería comprensivo porque toma en cuenta las necesidades del paciente en el aspecto físico, psicológico, emocional, espiritual, social, cultural, económico y de rehabilitación. El cuidado es personalizado de manera que sea

apropiado a cada paciente específico. La ejecución del plan de cuidados también ayuda a la continuidad y coordinación de dichos cuidados.<sup>24</sup>

Una labor importante de la enfermera es contribuir a la salud y ánimo del paciente para que éste exprese sus sentimientos y planee sus propios cuidados. Una vez finalizadas las acciones de enfermería concluye la fase de ejecución.

## **EVALUACIÓN**

La fase final, pero continua, del proceso de enfermería es la evaluación o apreciación del resultado obtenido con los cuidados brindados. La evaluación del progreso del paciente se basa en la comparación entre el cuidado que se logró ofrecer y el cuidado que debería haber proporcionado la enfermera, el equipo de cuidado de la salud, el paciente o la familia, según se señaló en los objetivos del plan de cuidados. La evaluación del progreso del paciente indica que problemas fueron resueltos, y cuáles requieren revaloración y replaneación.

Aunque la evaluación está considerada como la fase final del proceso de enfermería, ésta no termina aquí. La evaluación sólo señala los problemas que se han resuelto, los que han de volverse a valorar y planear, así como los efectuados y reevaluados. El proceso de enfermería es, pues, un ciclo continuo.

Se espera que la enfermería dé cuenta de sus acciones y evalúe la eficacia de su atención, esta evaluación es la manera de demostrar el interés y responsabilidad en sus acciones hacia el paciente. El proceso de atención de enfermería es un instrumento para evaluar la eficacia de la intervención y demostrar el interés de la enfermera.

Históricamente, la enfermería utiliza enfoques racionales y una base científica para explicar su actividad. Recientemente, la enfermería está usando los marcos o estructuras teóricas y los modelos conceptuales para guiar y respaldar su proceso, además, el método científico, con una base teórica, proporciona un sistema y una dirección para obtener los datos, analizar las normas de salud de los pacientes,

---

<sup>24</sup> Ibid, pág.3.

acertar en lo referente a los intereses o problemas y guiar la selección de las estrategias para implementar sus actividades.

En éste trabajo he tomado como base el modelo de Hildegard E. Peplau por su gran aportación a la enfermería psiquiátrica y porque considero que éste modelo es el que mejor se adapta a las necesidades de la paciente, ya que Peplau desarrolla técnicas tomadas de la ciencia conductual que nos ayuda a comprender las conductas y emociones de las personas.

Su aportación es fundamental, consiste en algo tan sencillo y a la vez tan complejo como es “profesionalizar las interacciones e intervenciones que toda enfermera realiza con los pacientes” además, es un modelo flexible que permite a la enfermera ser creativa, aplicar sus conocimientos y desarrollar sus propias habilidades con el fin de alcanzar en nivel más alto de bienestar físico, psicológico, social y espiritual del individuo. El tema siguiente abarca los conceptos más importantes del modelo de Peplau.

# HILDEGARD E. PEPLAU

## ANTECEDENTES PERSONALES

Hildegard E. Peplau nació el 1 de septiembre de 1909 en Reading, Pennsylvania. Se graduó en 1931 en Pottstown, Pennsylvania, en la Escuela Hospitalaria de Enfermería. Obtuvo el B.A. en psicología interpersonal por el Bennington Collage, en Vermont, en 1943, el M. A. en enfermería psiquiátrica por el Colegio de Profesores de Columbia, en Nueva York, en 1947.

La experiencia docente y profesional de Peplau ha sido amplia y variada. Fue supervisora de quirófano en el Hospital de Pottstown y más tarde dirigió la plantilla de la casa de la salud de Bennington, mientras cursaba sus estudios universitarios. Fue miembro del Cuerpo de Enfermeras de la Armada durante la II Guerra Mundial, y trabajó en un hospital neuropsiquiátrico en Inglaterra.

Después de obtener el grado de máster en Columbia, fue invitada a desarrollar e impartir el programa de enfermería psiquiátrica para graduados en Columbia, permaneció en la facultad durante 5 años.

La contribución de Peplau a la enfermería y, en especial, a la enfermería psiquiátrica ha sido enorme, comenzando en 1952 con su libro *Interpersonal Relations in Nursing*. Durante los años 50 y 60 organizó talleres, compartiendo ampliamente sus conocimientos y habilidades clínicas, animando a las enfermeras/os a emplear su competencia en un proceso continuo de experiencia y formación. Analizó notas tomadas al pie de la letra en sesiones realizadas con pacientes y médicos, para desarrollar artículos y talleres.

En 1969, Peplau fue nombrada directora ejecutiva de la Asociación Americana de Enfermería (ANA). Ejerció como Presidenta de la ANA desde 1970 a 1972 y como segunda Vicepresidenta desde 1972 a 1974. Fue también directora de la Asociación de Enfermería del Estado de Nueva Jersey, miembro de la asamblea de Asesoramiento Experto de la OMS, asesora nacional de enfermería en la sección Quirúrgica General de las Fuerzas Aéreas y asesora de Enfermería del servicio de



Salud Pública de los Estados Unidos, del Instituto Nacional de Salud Mental y de varios países extranjeros.

Los archivos de Peplau se encuentran depositados en la Biblioteca Arthur y Elizabeth Schlesinger sobre Historia de las Mujeres en América, en el Radcliffe Collage, de Cambridge, Massachussets.

### *Fuentes teóricas*

Peplau empleó conocimientos tomados de la ciencia conductual y de lo que podría denominarse modelo psicológico. El modelo psicológico permite a la enfermera/o iniciar un alejamiento de la orientación a la enfermedad hacia otra orientación que permita estudiar e incorporar el significado psicológico de los acontecimientos, sentimientos y conductas a las intervenciones de enfermería. Esto da a las enfermeras/os la oportunidad de enseñar a los pacientes cómo deben experimentar sus sentimientos y explorar con ellos la forma de asimilar estos sentimientos.

Las teorías que existían cuando Peplau desarrolló su modelo describían la conducta dentro de una teoría enfocada al psicoanálisis. Los principios del aprendizaje social, el concepto de la motivación humana y el concepto del desarrollo de la personalidad. Peplau combinó diferentes ideas tomadas de Maslow, Sullivan, Miller y Symonds. Estas teorías parten directamente de los trabajos de Freud, Fromm y Pavlov.

## **PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES**

### *Enfermería Psicodinámica*

La enfermería psicodinámica es ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Marriner Tomey Ann y Raile Alligood Martha. *Modelos y Teorías de Enfermería*, pág. 327.

### *Relación Enfermera/o – Paciente*

Peplau describe cuatro fases en la relación enfermera/o-paciente. Aunque están separadas, estas fases se superponen cuando se van produciendo a lo largo de la relación.<sup>26</sup>

*Orientación.* Durante la fase de orientación, el individuo experimenta una “necesidad sentida” y busca asistencia profesional. La enfermera ayuda al paciente tanto a reconocer y comprender su problema como a determinar su necesidad de ayuda.

*Identificación.* El paciente se identifica con aquellos que pueden ayudarle (relación). La enfermera/o permite una exploración de los sentimientos que ayuda al paciente a reorientar dichos sentimientos y a desarrollar fuerzas positivas de su personalidad para satisfacer sus necesidades.

*Explotación.* Durante la fase de explotación el paciente intenta obtener todo lo que se le ofrece a través de la relación. Pueden proyectarse nuevos objetivos, alcanzables a través del esfuerzo personal y transferencias de poder de la enfermera/o a cuando ésta precisa una gratificación para alcanzar los nuevos objetivos.

*Resolución.* De una forma progresiva, los antiguos objetos van siendo desplazados por otros nuevos. Durante este proceso, el paciente se libera de su identificación con la enfermera/o.

### ***Roles de la enfermería***

Peplau describe seis roles <sup>27</sup> diferentes de la enfermería que surgen durante las distintas fases de la relación enfermera/o-paciente.

*Rol de la enfermera como persona extraña.* El primer papel de la enfermera/o es el papel de un extraño. Peplau afirma que, debido a que la enfermera/o y el paciente no se conocen, el paciente debe ser tratado con la cortesía normal. En otras palabras, la enfermera/o no debe prejuzgar al paciente, sino aceptarle tal como es.

---

<sup>26</sup> Ibidem.

<sup>27</sup> Howard Simpson. *Modelo de Peplau, aplicación práctica*, págs. 25-32.

*Rol de la enfermera como persona-recurso.* En el rol de la persona-recurso, la enfermera/o proporciona respuestas específicas a las preguntas, especialmente información acerca de su enfermedad y tratamiento. La enfermera/o determina qué tipo de respuesta resulta adecuada para un aprendizaje constructivo, bien sean respuestas directas o respuestas que proporcionan apoyo.

*Rol docente.* El rol de docente es una combinación de todos los papeles y procede siempre de lo que el paciente conoce y desarrolla en función de su interés y su deseo de ser capaz de emplear información. Separa la enseñanza en dos categorías: instructiva, que consiste mayormente en dar información y experiencial, que emplea la experiencia del paciente como base a partir de la cual se desarrolla, los productos del aprendizaje. Los productos del aprendizaje son generalizaciones y valoraciones que el paciente hace sobre sus experiencias.

*Rol de la enfermera como líder.* El liderazgo de las enfermeras está influenciado por el modo como funcionen los servicios locales de salud. Un importante objetivo es conseguir una enfermería democrática, en la cual se anime y permita al paciente organizar y controlar parte o la totalidad de sus cuidados. Para ser democrática en el liderazgo, la enfermera necesita tener confianza en su propia capacidad para ser flexible y creativa. En situaciones en las que existe un liderazgo autocrático, el trabajo con el paciente se ve gravemente afectado por las normas y los procedimientos locales. El rol de liderazgo debe ser contemplado como algo dinámico, y no como una estructura rígida sin espacio para la negociación.

*Rol de asesoramiento.* El asesoramiento dentro de la relación enfermera/o-paciente se manifiesta en la forma en que las enfermeras/os responden a las demandas del paciente. Peplau afirma que el propósito de las técnicas interpersonales es “ayudar al paciente a recordar y comprender plenamente qué es lo que le ocurre en la situación actual, de modo que pueda integrar esa experiencia en vez de disociarla de las demás experiencias de su vida”.<sup>28</sup>

*Rol de sustituto.* El paciente asigna a la enfermera/o un papel de sustituto. Las actitudes y conductas de la enfermera/o crean sentimientos en el paciente que reactivan los generados en una relación anterior. Luego la enfermera/o debe ayudar al paciente a ver las diferencias entre su papel y el de la persona recordada. En esta

---

<sup>28</sup> Marriner Tomey Ann; Raile Alligood Martha. *Modelos y Teorías de Enfermería*, pág. 327.

fase, tanto el paciente como la enfermera/o definen áreas de dependencia, independencia y, finalmente, interdependencia.

Peplau identifica dos supuestos explícitos:

- El aprendizaje de cada paciente cuando recibe cuidados de enfermería será sustancialmente distinto según el tipo de persona que sea la enfermera/o.
- Estimular el desarrollo de la personalidad hacia la madurez es una función de enfermería y de la formación en enfermería. La enfermería emplea principios y métodos para guiar el proceso hacia la resolución de los problemas interpersonales

### *Enfermería*

La enfermería es un concepto interpersonal, terapéutico y significativo. Funciona en cooperación con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en las comunidades. En situaciones específicas en la que un equipo de profesionales de salud ofrece servicios sanitarios, las enfermeras participan en la organización de las condiciones que facilitan las tendencias naturales de continuidad de las organizaciones humanas. La enfermería es un instrumento educativo.<sup>29</sup>

### *Persona*

Peplau afirma del ser humano que es un organismo que vive en un equilibrio inestable y que la vida es el proceso de luchar para conseguir un equilibrio estable, es decir, un patrón fijo que nunca se alcanza excepto con la muerte.<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> Howard Simpson. *Modelo de Peplau, aplicación práctica*, pág. 8.

<sup>30</sup> *Ibid.* Pág.6.

### *Salud*

Peplau define la salud como una palabra simbólica que implica el avance de la personalidad y de otros procesos humanos en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva.<sup>31</sup>

### *Entorno*

Peplau define el entorno de manera implícita como las fuerzas que existen fuera del organismo y en el contexto de la cultura, y de las cuales se adquieren gustos, costumbres y creencias.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Ibid. Pág.5

<sup>32</sup> Marriner Tomey Ann; Raile Alligood Martha. *Modelos y Teorías de Enfermería*, pág. 329

# INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

## I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

**NOMBRE:** M.R.H.

**EDAD:** 26 años

**SEXO:** Femenino

**DOMICILIO:** Se desconoce. La paciente se encuentra bajo protección hospitalaria (Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro")

**ESTADO CIVIL:** Soltera

**ESCOLARIDAD:** Ninguna

**OCUPACIÓN:** Ninguna

**LUGAR DE PROCEDENCIA:** Se desconoce

**DIAGNÓSTICO MÉDICO:** Retraso Mental Grave

**FECHA DE INGRESO:** 13-Febrero-1985

**PESO:** 53Kg.

**TALLA:** 1.51cm

**SIGNOS VITALES:**

T/A: 100/70 mmHg

FC: 72'x

FR: 18'x

Temperatura: 36.5°C

## II. ANTECEDENTES PERSONALES

Se desconoce edad de inicio y factores desencadenantes aparentes, la paciente es procedente del Instituto Nacional de Pediatría donde era manejada por presentar desnutrición, síndrome convulsivo y síndrome de niño maltratado, siendo abandonada por sus familiares en la mencionada Institución. La niña ingresa al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" el 13/02/1985 por alteraciones de conducta, se conoce curso crónico con exacerbaciones de sintomatología consistente en irritabilidad, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, agresividad hetero y autodirigida e incapacidad para la vida autónoma, presenta frecuentes caídas de su propia altura provocándose heridas en la piel cabelluda que han requerido afrontamiento con sutura. El 01-October-1996 le fue realizada OTB.

En el expediente desde su ingreso hasta la fecha no hay reportes de que haya presentado en alguna ocasión crisis convulsivas.

## III. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

Se desconocen

## IV. VALORACIÓN FÍSICA

1. **Cabeza.** Cabello bien implantado, espeso, opaco y reseco, cráneo con exostosis por múltiples cicatrices antiguas que han requerido sutura, cara simétrica.

2. **Ojos.** Cejas y pestañas completas y simétricas, ojos simétricos, conjuntivas de tono rosado, pupilas simétricas normoflécticas a la luz.

3. **Oídos.** Dos oídos simétricos y bien formados, conductos recubiertos con cerumen suave, no hay presencia de secreciones, buena audición en los dos oídos.

4. **Naríz.** Mucosas nasales en buen estado de hidratación de tono rosado, el tabique nasal se encuentra levemente desviado a la derecha.

**5. Boca y garganta.** Cavidad orofaríngea rosada, en buen estado de hidratación, encías de tono rosado, se observan 27 piezas dentales presentes y ausencia de los 2 terceros molares superiores, 2 terceros molares inferiores y segundo premolar inferior izquierdo. La lengua se encuentra en la línea media con movilidad y fuerza plenas, papilas presentes y amígdalas pequeñas en buen estado.

**6. Cuello.** Simétrico, sin masas, ganglios amigdalinos palpables no dolorosos, con pulsos carotídeos homóclotos y sincrónicos, no se palpa crecimiento tiroideo.

**7. Sistema Cardiovascular y Tórax.** Tórax y mamas simétricas con pezones bien formados sin secreciones. Ritmos cardiacos con buena intensidad, sin arritmias, soplos aparentes u otros fenómenos agregados; el pulso radial y braquial se mantienen a un ritmo regular y con buena intensidad. En miembros inferiores no se observa la presencia de tromboflebitis.

**8. Sistema Respiratorio.** Se observa que la respiración de la paciente es de manera tranquila, se escuchan campos pulmonares claros y bien ventilados sin presencia de sibilancias, ni estertores.

**9. Sistema Digestivo.** Abdomen globoso a expensas de regular panículo adiposo, blando, depresible sin datos de dolor, con sonidos intestinales activos, no se palpan visceromegalias; la paciente evacua 1 vez al día.

**10. Sistema Urinario.** No hay antecedentes de infecciones urinarias o dificultad para orinar.

**11. Sistema Musculoesquelético.** La amplitud de sus movimientos es limitada, hay un poco de rigidez en miembros superiores e inferiores, equilibrio estable, no se observan anomalías en el tono muscular.

**12. Sistema Cutáneo.** Buena coloración de tegumentos y piel reseca, se observan múltiples cicatrices antiguas con presencia de equimosis extensa en área posterior del muslo derecho.



➤ **ESTADO MENTAL Y FORMA DE PENSAMIENTO**

**A) Nivel de conciencia.**

- Conciente: *Si.*
- Alerta: *Si.*
- Orientación (persona, lugar y tiempo): *La paciente está regularmente orientada en lugar. En persona y tiempo no está orientada.*

**B) Estado emocional.**

- Alegría:
- Tristeza:
- Enojo: *Si*                      agresivo(a): *Si*                      no agresivo(a):

Humor.

- Depresivo (a):
- Desesperado (a):
- Irritable: *Si*
- Ansioso:
- Eufórico (a):
- Vacío:
- Asustado (a):
- Labilidad:

### **C) Aspecto y Conducta.**

A la paciente se le encuentra sentada en el piso del patio y acude cuando se le llama por su nombre varias veces, se observa que su expresión facial es de enojo y que viste ropas de la unidad con casco protector acolchado en regulares condiciones de higiene y aliño. Presenta conducta con estereotipias “agita las manos, las mira y las huele continuamente”, frecuentemente se deja caer de su propia altura.

### **D) Funciones motrices.**

La paciente realiza aspectos de motricidad gruesa como caminar, correr, subir y bajar escaleras alternando los pies, su marcha es con pasos cortos y rápidos; toma con sus manos una pelota y la arroja cuando se le indica que lo haga y alcanza objetos que estén colocados delante de ella, en cuanto a motricidad fina toma objetos como crayolas, cuchara y alimentos utilizando la pinza pero con dificultad. Logra meter solamente una crayola en un bote de plástico y no utiliza la cuchara para comer ya que solo lo hace una vez y después comienza a levantar y aventar objetos muchas veces con intención, se observa que es totalmente intolerante a la frustración.

No escribe ni dibuja, tampoco se observan temblores ni movimientos involuntarios.

### **E) Lenguaje.**

Lenguaje limitado a sonidos guturales y gritos ocasionales.

### **F) Área cognitiva.**

- Campo de atención/ concentración.
- Capacidad para mantener el pensamiento centrado en un tema:  
*No lo lleva a cabo.*

- Pedir al paciente que repita series de números (serie de 2, 4, 5,7): *No lo realiza.*
- Restas seriadas de 7 en 7 o de 3 en 3 a partir de 100: *No lo realiza.*
- Memoria (remota, pasada reciente, reciente e inmediata): *No lo realiza.*
- Comprensión de relaciones abstractas: *No lo realiza.*
- Capacidad aritmética (sumas, restas, multiplicaciones y divisiones): *No tiene capacidad aritmética.*
- Conocimiento de información general: *No tiene ningún conocimiento básico.*

**OBSERVACIONES:** La paciente no contesta ninguna de las preguntas que se le han realizado. En base a las observaciones realizadas se ha llegado a la conclusión de que su atención y comprensión están muy disminuídas, mantiene contacto visual 50 segundos, busca con la vista un estímulo auditivo, saca y mete objetos a una caja cuando se le indica, obedece instrucciones sencillas y cortas como: “no”, “sí”, “ven”, “ven a comer”, “siéntate”, “no pegues”, etc.

### **G) Área perceptiva**

- ¿Puede ver u oír cosas que otras personas no perciben?
- ¿Cree que la gente trata de hacerle algún daño?
- ¿Le parece que últimamente confunde con facilidad una cosa por otra, como una sombra por un hombre?

**OBSERVACIONES:** Algunas veces la paciente ha presentado risas sin motivante externo aparentemente, da la impresión que sea por alteración sensorio perceptiva; sin embargo, no presenta alteraciones conductuales indicativas de estado psicótico.

## **H) Juicio**

La paciente no presenta errores de juicio.

## **I) Contenido de pensamiento**

¿Existe últimamente ciertos temas sobre los que piensa mucho o casi todo el tiempo últimamente?

Impotencia:

Preocupaciones:

Desesperación:

Actitudes antisociales: *Si*

Inutilidad:

Culpar a los demás:

Fobias:

Ideas o planes homicidas:

Culpabilidad:

Ideas o planes suicidas:

Obsesiones:

Pobreza de contenido:

Compulsiones:

**OBSERVACIONES:** La paciente no manifiesta de forma verbal sus pensamientos y emociones pero en base a la conducta que presenta se observan actitudes antisociales, ya que casi siempre muestra una gran tendencia a la auto y heteroagresividad.

## **J) Socialización**

- ¿Presenta interacción social?: *No*

**OBSERVACIONES:** No presenta interacción social, permanece aislada e indiferente al medio y solo se acerca a otras pacientes para pegarles o jalarles las orejas, también se muestra agresiva con el personal les pega, da patadas, pellizca y jala el cabello solamente se acerca y permite el acercamiento de una enfermera y de la pasante de enfermería.

## V. PRUEBAS ESPECÍFICAS

- Levantar brazos y piernas contra la gravedad: *Lo realiza con dificultad*
- Movimientos alternativos rápidos: *No*
- El paciente toca alternativamente su nariz y el dedo de la enfermera: *No*
- Permanecer de pie apoyándose alternativamente sobre las puntas de los dedos y el talón: *No*
- Realiza actividades de la vida diaria y de autocuidado como:
  - Aseo personal: *No*
  - Vestido y aliño: *No*
  - Alimentación: *Con apoyo de la enfermera*
  - Control de esfínteres: *No*
  - Evitación de riesgos potenciales: *Con apoyo*

*OBSERVACIONES:* La paciente realiza actividades de autocuidado y de la vida diaria de manera limitada, requiriendo supervisión y apoyo constante.

## VI. CONDUCTA(S) DURANTE LA ENTREVISTA

Cooperadora:	Evasiva:	Alucinaciones:	Contacto visual: <i>Si</i>
Poco cooperadora: <i>Si</i>	Seductora:	Paranoia:	Evita el contacto visual:
No coopera:	Agresiva: <i>Si</i>	Temblores:	Conducta estereotipada: <i>Si</i>
Amistosa:	Tímida:	Agitación:	
Defensiva:	Letárgico:	Tenso:	
Ansiosa:	Abandono:	Tics:	Movimientos o conductas repetitivas:
	Tristeza:	Mutista:	

## VII. FACTORES DE RIESGO

- Probabilidad suicida/ de autolesiones: *No*
- Potencial de agresión/violencia (auto y heterodirigida): *Si*
- Probabilidad de síndrome de abstinencia de sustancias (alcohol, drogas, medicamentos): *No*
- Probabilidad de convulsiones: *No*
- Probabilidad de caídas/ accidentes: *Si*
- Probabilidad de fuga: *No*
- Probabilidad de presentar agitación psicomotriz: *Si*

## VIII. AUSENCIA DE ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES FACTORES:

- Ausencia de lenguaje: *Si*
- Apoyo de familiares y otras personas significativas: *Si*

## IX. RELACIÓN ENFERMERA – PACIENTE EN BASE AL MODELO DE PEPLAU.

¿El (la) paciente conoce el nombre de la enfermera o bien, identifica por imagen a la enfermera? *Identifica por imagen a la enfermera.*

¿El (la) paciente se acerca a la enfermera cuando la ve llegar? *Si*

¿El (la) paciente es independiente o dependiente de la enfermera? *Es totalmente dependiente*

¿Cómo se relaciona el (la) paciente con la enfermera?

Coopera:          No coopera:          Poco cooperador: *Si*          Amigable:          Se muestra hostil:

¿La enfermera observa en el (la) paciente incapacidad para comprender el plan terapéutico? *Si*

¿Qué período de tiempo espera estar el (la) paciente implicado en el tratamiento? *La estancia de la paciente en el hospital es permanente*

¿Cuáles son los planes del (a) paciente después de que sea dado de alta? *No presenta planes a futuro ya que el personal de salud encargado de la unidad donde ella se encuentra hospitalizada no considera la posibilidad de que sea dada de alta ya que la paciente se encuentra bajo protección hospitalaria y hasta la fecha no se sabe nada acerca de sus familiares.*

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina de nombre M.R.H. de 26 años de edad, soltera, escolaridad y ocupación ninguna, se desconoce el lugar de nacimiento. Es procedente del Instituto Nacional de Pediatría donde era manejada por presentar desnutrición, síndrome convulsivo y síndrome del niño maltratado siendo abandonada por sus familiares en dicha Institución. La paciente ingresa al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” el 13/02/1985 en donde se encuentra bajo protección hospitalaria.

Actualmente presenta alteraciones de conducta, agresividad hetero y autodirigida, presenta frecuentes caídas de su propia altura, irritabilidad, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, realiza actividades de autocuidado y de la vida diaria de manera limitada requiriendo supervisión y apoyo constantes, no controla esfínteres y en cuanto a las funciones motrices se observa dificultad en llevar a cabo la motricidad fina. Su lenguaje es limitado a sonidos guturales y gritos ocasionales. No presenta interacción social, siempre permanece aislada y solo se acerca a sus compañeras para pegarles y jalarles las orejas.

Al aplicar el Instrumento de valoración de acuerdo al modelo de Hildegard E. Peplau se realizan los siguientes diagnósticos.



# JERARQUIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1 Alto riesgo de violencia (auto y heterodirigida) en relación con la alteración del estado mental y el escaso control de impulsos.

2 Déficit de autocuidado relacionado con limitación cognoscitiva y deficiencias de estimulación manifestado por incapacidad para bañarse, vestirse, comer y controlar esfínteres.

3 Déficit de movilidad física relacionado con disminución de la fuerza y flexibilidad manifestado por rango de movimiento limitado y dificultad para agacharse.

4 Alto riesgo de lesión relacionado con factores psicomotores y cognoscitivos.

5 Alteración de la comunicación verbal relacionado con déficit intelectual manifestado por incapacidad para modular el habla.

6 Deterioro de la interacción social relacionado con alteración del estado mental y barreras para la comunicación manifestado por aislamiento y agresividad.

# PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA # 1**

Alto riesgo de violencia (auto y heterodirigida) en relación con la alteración del estado mental y el escaso control de impulsos.

## **FUNDAMENTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO**

Las personas con Retraso Mental grave suelen sentir temor si no son apoyados suficientemente, por esta razón tienden a irritarse con más facilidad y frecuentemente presentan crisis de enfado.

<b>OBJETIVO</b>	
a) M. disminuirá el número de conductas violentas en 5 meses.	
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Las intervenciones se clasifican en dos partes: antes y durante la conducta agresiva:</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Las intervenciones de enfermería se han clasificado de esta manera ya que no solamente se busca detener la conducta violenta en el momento en que la presenta si no también corregir y disminuir dicha conducta.</li></ul>

<p>a) Antes de la conducta violenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesario que M. utilice en todo momento su casco protector acolchado y únicamente se le retira cuando se está bañando, en la comida, a la hora de dormir y cuando está en la silla de ruedas.</li> <li>• Se fomenta el paseo en las áreas verdes del hospital 3 veces a la semana con la autorización del médico encargado de la Unidad y de la Jefa de enfermeras.</li> <li>• Se le realiza masaje pasivo de 15 a 30 minutos diario en la mañana y en la tarde.</li> <li>• Se le proporciona música relajante (instrumental o la programación normal del radio).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuentemente existe el riesgo de que la paciente se deje caer de su propia altura el uso constante del casco la protege de lesiones y traumatismos craneoencefálicos.</li> <li>• Hay un desgaste de energía por lo tanto disminuye la agresión.</li> <li>• El masaje es un método terapéutico manual que ayuda a mejorar la circulación y favorece la relajación muscular por lo tanto disminuye la agresividad.</li> <li>• Con la música las personas liberan endorfinas que ayudan a relajar la mente y el cuerpo.</li> </ul>
--	--

**OBJETIVO**

b) Logrará tener mayor control de la conducta violenta con ayuda del personal.

<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<p>b) Durante la conducta violenta.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Permanezco tranquila, no se toca a la paciente, se mantiene el contacto ocular pero no la mirada fija, se emplean movimientos corporales cuidadosos y se le llama por su nombre.</li><li>• Se inicia conversación utilizando un tono de voz suave y sencillo.</li><li>• Se reducen los estímulos ambientales: como no hacer ruido, se baja el volumen a la grabadora y se les aísla a las otras pacientes de M.</li><li>• Cuando la paciente tiene en sus manos un objeto peligroso como una silla, o la grabadora con</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El adecuado manejo corporal facilita una interacción controlada pero no amenazante o desafiante para la paciente.</li><li>• Hablarle a la paciente con un tono de voz suave y utilizando palabras sencillas puede transmitir compasión, interés y permite que la persona agresiva readquiera compostura y pueda tranquilizarse.</li><li>• Reducir el ruido elimina las distracciones causadas por el entorno y evita atemorizar e irritar aún más a la paciente.</li><li>• Las instrucciones sencillas y claras garantizan que la paciente logre entender más fácilmente el</li></ul>

<p>la intención de aventarlas para lastimar a alguien no se le intenta quitar el objeto; se comienzan a dar instrucciones precisas para que lo suelte.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la contención verbal no funciona se lleva a cabo la contención física de 30 minutos a 1 hora, de la siguiente manera: se realiza sujeción gentil de la cintura y de las 4 extremidades a la silla de ruedas con guanteletas, manteniendo en todo momento su seguridad e integridad física.</li> <li>• También se le da contención farmacológica con clonazepam 10 gotas V.O. con previa indicación médica</li> <li>• Inmediatamente después de administrar el medicamento se toman y se registran sus signos vitales, principalmente de la presión arterial; ésta se le toma cada 15 minutos durante la primera hora y posteriormente se le toma cada 30 minutos.</li> <li>• Se le explica a la paciente el motivo de la sujeción, no permanece sola, se vigila</li> </ul>	<p>mensaje que se le envía, la conversación mantiene la seguridad e integridad física de sus compañeras y del personal de la Unidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La finalidad de la contención física es prevenir que la paciente agrede a las personas o a sí misma y restaura el sentido de autocontrol. La sujeción no deberá excederse de 4 horas ya que podría afectar la circulación, respiración, lesionar la piel y afecta el estado de ánimo de la persona.</li> <li>• Benzodiazepina que tiene propiedades anticonvulsivas, sedantes y relajantes musculares. Sus efectos adversos son somnolencia, mareos, fatiga, debilidad muscular, hipotensión y sialorrea.</li> <li>• Al administrar el clonazepam es importante llevar un control de la presión arterial ya que durante la primera y segunda hora puede causar hipotensión.</li> <li>• Mientras la paciente tiene la sujeción es importante hablarle para explicarle que no se trata de</li> </ul>
---	--

<p>constantemente la extremidad distal a la sujeción el color, la temperatura, el llenado capilar o se detectan lesiones en la piel; la sujeción se retira tan pronto como resulte seguro hacerlo.</p>	<p>un castigo y para lograr que disminuya el temor y la agresividad. También se debe vigilar la sujeción para evitar problemas de circulación y que la fricción de la sujeción con la piel no provoque irritación u otras lesiones.</p>
--	---

### ***EVALUACIÓN***

Con las Intervenciones de Enfermería realizadas se observa que la paciente ha disminuido las conductas agresivas (auto y heterodirigida).

En la agresión autodirigida ya solo en pocas ocasiones se ha dejado caer de su propia altura y las veces que se deja caer ya no lo hace de manera agresiva o en lugares donde existe mayor riesgo de lastimarse como es cerca de la orilla de la cama, de la mesa, o de las paredes; también ha dejado de morder sus manos y brazos, por tal motivo ya no requiere del uso de las guanteletas. La paciente sigue utilizando el casco protector acolchado todo el tiempo con la finalidad de seguir manteniendo su seguridad e integridad física.

Con la agresión Heterodirigida también se lograron avances muy importantes uno de ellos es que la paciente ya tiene un mayor control de sus impulsos, esto es que ha dejado de lanzar objetos, de jalar el cabello y ya no pellizca, aún sigue siendo selectiva con las personas tanto del personal como con algunas de sus compañeras y en ocasiones esto provoca que les llegue a dar algún manotazo o a jalar las orejas sin embargo, ya no lo hace todo el tiempo y con la misma fuerza con la que antes lo hacía por tal motivo solo algunas veces ha llegado a requerir contención verbal y esporádicamente contención farmacológica sin llegar a la necesidad de realizar la contención física o las 3 formas de contención al mismo tiempo; este último es otro logro importante en el manejo y, bienestar físico y emocional de la paciente.

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA # 2**

Déficit de autocuidado relacionado con limitación cognoscitiva y deficiencias de estimulación manifestado por incapacidad para bañarse, vestirse y controlar esfínteres.

### **FUNDAMENTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO**

En las personas con Retraso Mental grave existen limitaciones en cuanto a las actividades básicas de autocuidado pero con el tiempo pueden adquirir una ligera familiaridad con habilidades elementales de cuidado personal.

<b>OBJETIVO</b>	
a) La paciente logrará desarrollar sus propias habilidades dentro de sus posibilidades, para disminuir el grado de dependencia con el personal, en la realización de actividades de autocuidado como baño, aliño e higiene personal, alimentación y control de esfínteres.	
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
a) Baño, higiene y aliño personal.  • Se establece un horario para el baño, vestido, peinado lavado de dientes y manos, organizado de la siguiente manera:	• Los hábitos higiénicos son normas o medidas que nos ayudan a mantenernos sanos y que por el hecho de practicarlos se convierten en costumbre.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baño 7:00 am.</li>   <li>- Vestido, peinado y corte de uñas de manos y pies cada vez que sea necesario 8:00 a.m.</li>   <li>- Lavado de dientes 3 veces al día después de cada comida.</li>   <li>- Lavado de manos antes de cada comida y después de ir al baño.</li>   <li>- Lubricación a la piel 4 veces al día, 2 veces en el turno matutino y 2 en el turno vespertino.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El baño diario elimina microorganismos que se adhieren a la piel, ofrece comodidad, relaja, proporciona descanso y elimina malos olores.</li>   <li>- El arreglo personal produce bienestar, la limpieza contribuye a percibir positivamente un ambiente agradable.</li>   <li>- El lavado de dientes evita que se produzcan procesos patológicos en los dientes y estructuras de soporte, como la caries y gingivitis.</li>   <li>- Las manos son el principal foco de infecciones, ya que con ellas tocamos todo el tiempo innumerables objetos y se llenan de bacterias, virus y parásitos capaces de producir enfermedades. El lavado de manos reduce la transferencia de microorganismos.</li>   <li>- El uso de cremas y lubricantes proporciona elasticidad y humectación a la piel.</li> </ul>
---	---



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza un programa de capacitación motivando a la paciente para que ella misma se bañe, se vista, lave sus dientes y manos dentro de sus capacidades, así mismo se le enseña y dirige en cada una de las actividades de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante el baño se le toman las manos llevándolas a su cabeza enseñándole como debe lavar su cabello y el cuerpo.</li> <li>- Para que pueda vestirse sola se le enseña dirigiéndola y mostrándole la correcta colocación de cada prenda.</li> <li>- Para enseñarle el lavado de dientes y manos se sigue el mismo método de aprendizaje.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La capacitación es el tipo de enseñanza más efectiva y facilita el aprendizaje en las personas con retraso mental, ya que son conductas repetitivas que en ellos no requiere del razonamiento y que con el tiempo las realizarán por costumbre.</li> </ul>
<p><b>OBJETIVO</b></p> <p>b) Aprenderá a comer utilizando la cuchara para reducir su dependencia hacia el personal.</p>	
<p style="text-align: center;"><b>INTERVENCIONES</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>FUNDAMENTACIÓN</b></p>
<p>b) Alimentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se establece un programa de capacitación en el cual se le enseña a utilizar la cuchara y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En este programa el aprendizaje se adquiere por medio de una conducta</li> </ul>

evitar que coma con las manos. Este programa se realiza de la siguiente forma:

- Durante la primera y segunda semana se le acomoda la cuchara en su mano dirigiéndola hacia el plato, recogiendo el alimento y llevándolo a su boca, después de dirigirla en esta actividad se le anima a realizarlo por sí sola pero se rehúsa a llevarlo a cabo.

- A partir de la tercera semana se sigue con el mismo programa de capacitación y la misma técnica, pero con algunos ajustes ya que para motivarla se le da un premio; para esto se identifican sus gustos y preferencias alimenticias, las cuales son el pan, la tortilla, la fruta y el atole, con lo cual se busca motivarla a realizar la actividad otorgándole un premio; solamente se le apoya recogiendo el alimento con la cuchara y se le pide que lo realice sola una vez si lo hace, se le da una porción del alimento que le gusta como premio a ese logro. En los siguientes días se continúa con la misma técnica pero con el tiempo y observando su nivel de tolerancia se van aumentando

condicionada, esta conducta es regulada a través de medios externos, que en este caso es el premio; las recompensas son eficaces para motivar al individuo a realizar cierta tarea o acción, la conducta condicionada no es autodeterminada, sin embargo en muchas ocasiones supera los niveles de cantidad y calidad requeridos en las personas con retraso mental o con algún otro tipo de trastorno mental.

<p>paulatinamente el número de veces que tenga que llevar la cuchara del plato a su boca para comer por sí sola. Se sigue con la misma técnica hasta lograr que coma con la cuchara y con mínima ayuda de otras personas.</p>	
<p><b>OBJETIVO</b></p> <p>c) Fomentar el uso del W.C. en 4 meses.</p>	
<p><b>INTERVENCIONES</b></p>	<p><b>FUNDAMENTACIÓN</b></p>
<p>c) Control de esfínteres.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se establece un horario para llevar a la paciente al W.C. por la mañana cuando despierta, después de las comidas y cada 2 horas, todos los días se le refuerza esta actividad acompañándola al baño, utiliza el pañal pero se le vigila constantemente para mantenerlos limpios y secos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las personas con retraso mental grave suelen tener problemas en el control de la micción y la defecación, cuando se lleva a cabo un programa de entrenamiento que fomente el uso del W.C. en la mayoría de los casos puede llegar a ser educable.</li> </ul>

### **EVALUACIÓN**

Es importante indicar que antes de llevar a cabo las Intervenciones de Enfermería mencionadas anteriormente, la paciente no realizaba por sí misma ninguna de las actividades de autocuidado.

De acuerdo con los objetivos planteados y con las intervenciones ejecutadas se ha logrado lo siguiente:

a) Baño, higiene y aliño personal

La paciente ya puede realizar algunas actividades de aseo personal sencillas como lavar y enjuagar su cabello, su cuerpo, se lava la cara, ya intenta lavarse los dientes y peinarse ella misma; puede abrir y cerrar la llave del agua para lavarse las manos y solamente requiere ayuda para enjabonaras.

Para que pueda vestirse se le brinda apoyo pasándole cada una de las prendas y empezando a colocárselas en el lugar adecuado, después de esto ella continúa vistiéndose sola (excepto el corpiño, calcetines y zapatos porque todavía le cuesta mucho trabajo colocárselos); al finalizar, las prendas que se pone ella misma suelen quedar chuecas y por tal motivo requiere un poco de ayuda para acomodárselas y que queden bien.

b) Alimentación

Durante la primera y segunda semana se lleva acabo el programa de capacitación para enseñar a la paciente a comer utilizando la cuchara, pero no se obtiene el resultado esperado ya que únicamente intenta comer sola una o dos veces pero al no poder hacerlo rápido comienza a frustrarse y en consecuencia sigue aventando la cuchara, el plato y vaso como anteriormente lo hacía, es por ello que a partir de la tercera semana se realizan algunos ajustes al programa de capacitación en el cual se sigue llevando a cabo el mismo método de enseñanza solo que ahora se le otorga un premio para motivarla a que utilice la cuchara para comer.

Después de haber realizado esta técnica el resultado fue muy favorable ya que se observaron grandes avances, uno de ellos fue que mejoró su manejo a la tolerancia, ya no se frustra cuando tiene que comer ella sola con la cuchara por lo tanto ha dejado de aventar objetos cuando esta comiendo.

A partir del quinto mes la paciente come sola; toma el alimento con su mano, lo coloca en la cuchara y solamente se le asiste en cierto tipo de alimentos que son caldosos como las sopas y en partir sus alimentos.

### c) Control de esfínteres

De acuerdo con el objetivo planteado, la paciente aprendió a controlar esfínteres y usar el W.C. más rápido de lo esperado, ya que el tiempo estimado para lograrlo era de 4 meses y ella lo realizó a los 2 meses. Utiliza pañal simulando un calzoncillo entrenador pero ya no orina ni defeca en éste, únicamente se le apoya llevándola de la mano y sentándola en el W.C., cuando termina ella misma se levanta, se sube el pañal y el pantalón, jala la palanca del W.C. y se dirige al lavabo para lavarse sus manos solamente se le ayuda a enjabonárselas.

La paciente pudo desarrollar habilidades dentro de sus propias capacidades que le han permitido ser parcialmente dependiente del personal en las actividades de autocuidado.

### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA # 3**

Déficit de movilidad física relacionado con disminución de la fuerza y flexibilidad manifestado por rango de movimiento limitado y dificultad para agacharse.

### **FUNDAMENTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO**

Los músculos pierden alrededor del 3% de su fuerza original cada día que están inmóviles. La inmovilidad o inactividad músculo-esquelética produce efectos nocivos en todos los sistemas corporales, así como en la salud psicológica, el aprendizaje y la relación social.

<b>OBJETIVO</b>	
a) Mejorar la fuerza muscular para proporcionar la movilidad física y estimular las articulaciones afectadas.	
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se valora la actividad funcional de cada articulación.</li><li>• Se acomoda un colchón en el patio de la unidad para que la paciente se apoye y pueda sentirse cómoda al momento de realizarle los ejercicios.</li><li>• Se da masaje pasivo con las dos manos en su espalda, extremidades superiores e inferiores.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La valoración de la capacidad funcional proporciona una base para evaluar los progresos realizados por la paciente.</li><li>• Una posición correcta permite la realización óptima de los ejercicios y facilita el uso apropiado de la mecánica corporal.</li><li>• El masaje favorece la relajación muscular.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• De manera asistida y según la tolerancia de la paciente se le comienzan a realizar los ejercicios de las articulaciones de forma pasiva de las siguientes regiones: cabeza y cuello, hombros, codos, muñecas, dedos de las manos, caderas, rodillas, tobillos y dedos de los pies.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El ejercicio ayuda a desarrollar fuerza, movilidad y equilibrio.</li> </ul>
<p><b>OBJETIVO</b></p> <p>b) Prevenir contracturas y atrofia de las estructuras músculo-esqueléticas.</p>	
<p><b>INTERVENCIONES</b></p>	<p><b>FUNDAMENTACIÓN</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A medida que se realizan las maniobras, se sostienen las regiones del cuerpo que están siendo ejercitadas con las palmas de las manos.</li> <li>• Se observa a la paciente durante y al finalizar los ejercicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Previene la tracción y el manejo descuidado de las extremidades, lo que podría ocasionar dolor o lesiones.</li> <li>• Pueden aparecer signos de malestar o dolor.</li> </ul>
<p><b>OBJETIVO</b></p> <p>c) Proporcionar bienestar.</p>	
<p><b>INTERVENCIONES</b></p>	<p><b>FUNDAMENTACIÓN</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se deja su cuerpo alineado en forma correcta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promueve bienestar.</li> </ul>

## ***EVALUACIÓN***

Aún y cuando la paciente ya presentaba algunas limitaciones físicas, se logró un buen avance en cuanto a movimiento y flexibilidad de sus miembros superiores e inferiores y ya puede agacharse con más facilidad y rapidez.

Gracias a las actividades físicas realizadas también, se logró mantener un buen estado físico en la paciente previniendo lesiones ocasionadas por caídas; evitando así el deterioro progresivo de los músculos y articulaciones.



#### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA # 4**

Alto riesgo de lesión relacionado con factores psicomotores y cognoscitivos.

#### **FUNDAMENTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO**

Las personas con Retraso Mental tienen un alto riesgo de sufrir accidentes o caídas severas debido a las deficiencias motoras, sensoriales y a la falta de conocimiento al riesgo, ocasionando lesiones graves que pueden interferir aún más en sus actividades de la vida diaria; por esta razón es importante que el personal utilice las medidas de seguridad necesarias para prevenir que los pacientes con Retraso Mental sufran algún tipo de accidente.

<b>OBJETIVO</b>	
a) Identificar factores de riesgo y utilizar medidas de seguridad para prevenir accidentes.	
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• La paciente utiliza el casco protector el mayor tiempo posible. Solo se le retira durante el proceso del baño, en los horarios de comida, cuando duerme y en caso de sujeción.</li><li>• Se indica en la libreta de enfermería el uso de sujeción gentil de abdomen a la cama durante toda la noche.</li><li>• Se le colocan zapatos cómodos con las agujetas bien atadas, se eliminan objetos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El casco protector impide lesiones o traumatismos craneoencefálicos.</li><li>• Previene que la paciente sufra caídas o que se levante durante la noche evitando accidentes.</li><li>• Estas medidas de seguridad previenen caídas que pueden llegar a ocasionar</li></ul>

<p>salientes y juguetes en el suelo. Se le proporciona seguridad con alfombrillas antideslizantes, barras de apoyo y se le vigila constantemente.</p>	<p>lesiones, golpes o fracturas que pongan en riesgo su integridad física.</p>
---	--

### ***EVALUACIÓN***

Se logró mantener la integridad física de la paciente utilizando las medidas de protección mencionadas en las Intervenciones de Enfermería, no se reportó ningún tipo de accidente durante mi período de servicio en esta Unidad.

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA # 5**

Alteración de la comunicación verbal relacionado con déficit intelectual manifestado por incapacidad para modular el habla.

### **FUNDAMENTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO**

EL 30 4% de los individuos con Retraso Mental grave adquieren un lenguaje comunicativo escaso o nulo ya que la lengua y los labios carecen de movilidad necesaria y hay una disminución en la capacidad de emitir mensajes; es decir, tienen dificultad para expresar verbalmente pensamientos, ideas o deseos.

<b>OBJETIVO</b>	
a) Demostrar a la paciente interés y comprensión a pesar de las dificultades verbales.	
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se le llama siempre por su nombre, se le habla de forma pausada y sencilla, con un tono de voz suave y con un lenguaje positivo (“lo estás haciendo bien, te estas portando muy bien, etc.”).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Llamarle a las personas por su nombre demuestra interés y aceptación. La comunicación ayuda a disminuir miedo y ansiedades. Utilizar un lenguaje positivo contribuye a la autoestima y aumenta su seguridad.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se lleva a cabo el uso constante del lenguaje no verbal utilizando el contacto ocular, movimientos corporales y mucho contacto físico tratándola siempre cariñosamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La comunicación no verbal se reconoce por las expresiones faciales, los gestos, la postura y el uso del cuerpo que pueden comunicar las emociones mejor que las palabras. Cuando el personal de enfermería es capaz de reconocer y utilizar el lenguaje no verbal las intervenciones tienen mayor eficacia.</li> </ul>
<p><b>OBJETIVO</b></p> <p>b) Proporcionar bienestar.</p>	
<p><b>INTERVENCIONES</b></p>	<p><b>FUNDAMENTACIÓN</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le observa constantemente para identificar conductas no verbales de alegría, enojo, tristeza, dolor, etc., para anticiparme a cubrir sus necesidades físicas y/o emocionales aunque éstas no sean expresadas verbalmente por ella.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este método de comunicación es un intento por comprender los mensajes de la paciente a través del lenguaje no verbal, le aporta seguridad, confort, confianza, apoyo y bienestar.</li> </ul>

## ***EVALUACIÓN***

No se pudo observar ningún intento de diálogo verbal pero se identificaron emociones y reacciones de la paciente a través de sus expresiones y conducta. A pesar de la falta de comunicación verbal se logró establecer una relación enfermera-paciente con ayuda de la comunicación no verbal, el más importante fue el contacto físico: el abrazo, tocar su hombro, tomarla de la mano, etc., con los cuales ella respondía favorablemente, relacionaba estos tipos de contacto con alguna actividad o acción, por ejemplo: cuando se le tomaba de la mano ya identificaba que era para ir al baño o para salir a pasear en las áreas verdes, tocar su hombro para que prestara atención, con el abrazo disminuyó mucho su agresividad y se mostraba más cariñosa, si le enseñaba mis manos moviéndolas hacia arriba se acercaba porque entendía que era para jugar conmigo un juego de manos, incluso ella misma hacía la misma acción hacia mí cuando quería jugar.

## **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA # 6**

Deterioro de la interacción social relacionado con alteración del estado mental y barreras para la comunicación manifestado por aislamiento y agresividad.

### **FUNDAMENTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO**

Las personas con Retraso Mental grave tienen una capacidad poco desarrollada para las relaciones sociales; la escasa aptitud que tienen de comprender lo que sucede a su alrededor, los limita en su integridad social. Su pensamiento es siempre muy específico para cada situación, les cuesta trabajo adaptarse a nuevas situaciones y a las personas, pueden demostrar muy poco juicio o muchas veces suelen ser impulsivos, por esta razón necesitan ayuda para adquirir destrezas adaptativas que les ayuden a interactuar con otros.

<b>OBJETIVO</b>	
a) Establecer un programa de actividades lúdicas que fomente la interacción social y lograr que la paciente participe en una actividad recreativa junto con sus compañeras.	
<b>INTERVENCIONES</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Se establece un programa de actividades lúdicas en grupo adaptado a las limitaciones de la paciente, realizándolas dentro del hospital en las áreas verdes y en el patio de la Unidad.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>La programación de las actividades de la vida cotidiana con un sentido de diversión puede resultar satisfactorio y gratificante para las personas con Retraso Mental, además favorece la socialización.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizan una serie de actividades lúdicas y recreativas como rondas, canciones infantiles, uso de juguetes, pelotas y aros animando a la paciente a participar en los juegos junto con sus compañeras y dirigiéndola en cada una de ella.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las actividades lúdicas favorecen la integración de la personalidad, la obtención de placer, el dominio de la angustia y el desarrollo de la sociabilidad, las rondas, las canciones y los juguetes ayudan al desarrollo perceptivo, motriz y social; incrementan las capacidades para descargar tensiones, ayuda a mejorar la atención, la concentración y el autocontrol.</li> </ul>
--	---

### ***EVALUACIÓN***

Antes de realizar las Intervenciones de Enfermería la paciente no socializaba y tampoco realizaba ninguna de las actividades de juego; es por ello que al principio se le tenía que llevar de la mano y dirigirla en todos los juegos en grupo para que los llevara a cabo. La paciente fue mostrándose menos agresiva con sus compañeras y eso favorecía el acercamiento de sus compañeras hacia ella y viceversa.

Comenzó a realizar los juegos y actividades recreativas, abrazaba las muñecas, aplaudía, le gustaba mucho jugar con la pelota y cuando ésta se le arrojaba a las manos la tomaba y la regresaba, al principio realizábamos esta actividad la paciente y yo, después de un tiempo ella misma buscaba a alguna de sus compañeras para que jugara a la pelota.

En todas las actividades participaba demostrando alegría, sonreía y se observaba tranquila; mejoró su atención y motricidad gruesa, con la motricidad fina se lograron pocos avances.

## CONCLUSIONES

En enfermería muchas veces aplicamos el término holístico que significa apreciar al hombre en su totalidad y verlo como un ser integral en todas sus facetas: física, psicológica, social y espiritual, esto me ha llevado a comprender las necesidades y la realidad de las personas con retraso mental; ellos también sienten las emociones comunes de cualquier ser humano: alegría, tristeza, enojo, aburrimiento e interés.

El nivel de retraso mental de la persona es el factor principal que determina el grado de ayuda externa que necesitará para vivir una vida confortable y productiva. Las personas con retraso mental ligero pueden con frecuencia incorporarse a una actividad competitiva y a la vida diaria de la comunidad, pueden ir a la escuela y trabajar; mientras que las personas con un retraso mental grave podrían necesitar más capacitación y apoyo para vivir exitosamente en la comunidad, en los casos de retraso mental profundo necesitan de una gran cantidad de atención para satisfacer sus necesidades físicas básicas o de mucha supervisión para poder vivir.

El trabajo que llevé a cabo durante cinco meses con esta paciente con retraso mental grave me ha dejado muchas satisfacciones, ya que ella es una muestra de que las personas con este padecimiento; aunque presentan bajo coeficiente intelectual, tienen capacidad para aprender, desarrollar habilidades, destrezas y se pueden adaptar socialmente. De acuerdo con los objetivos planteados al principio de este Proceso de Atención de Enfermería ella superó todas las expectativas que se tenían, ya que la paciente logró ser más tolerante, disminuyó la auto y heteroagresión, aprendió y adquirió habilidades para el autocuidado (baño, higiene, aliño personal y alimentación), controla esfínteres y socializa.

En los casos específicos de personas con retraso mental que son abandonados en alguna Institución de salud o albergue, la enfermera consciente o inconscientemente desempeña diversos roles: el de madre, amiga, maestra, etc., pero esto no significa que su trabajo sea única y exclusivamente el de cuidar ya que la enfermera tiene la oportunidad de proponer, de realizar programas individualizados



para lograr un adecuado manejo en la conducta del paciente con retraso, puede ser creativa en cada una de las intervenciones que va a llevar a cabo según sea lo apropiado, además su apoyo es fundamental para el desarrollo de la persona con retraso mental ya que es ella quien pasa la mayor parte del tiempo con el paciente, se encarga de vigilarlo constantemente, busca su bienestar y puede lograr que la persona con retraso mental adquiera la mayor independencia posible.

El Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta fundamental para ofrecer a las personas cuidados de calidad, espero que éste trabajo pueda en algún momento despertar el interés de los estudiantes de enfermería y de las mismas enfermeras para que se conviertan en instrumentos para la dignificación y el apoyo a personas con retraso mental.

## BIBLIOGRAFÍA

Alfaro – Le Fevre Rosalinda. *Aplicación del proceso de enfermería*. Barcelona, España, Mosby, 3ª edición, 1996.

Artemia Pérez Sosa. *Enfermería y patología psiquiátricas*. México, D.F., Editorial Trillas, 1ª edición, 1989.

Assumpta Rigol Cuadra; Ugalde Apalategui Mercedes. *Enfermería de la salud mental y psiquiátrica*. Barcelona, España, Editorial Masson, 2ª edición, 2001.

Carr Cleland Charles; Devid Swartz Jon. *Retraso mental*. México, D.F., Editorial Trillas, 1ª edición, 1979.

Donahue M. Patricia. *Historia de la enfermería*. Barcelona, España, Editorial Doyma, 1ª edición.

Fornés Vives Joana; Carballal Balsa Ma. Consuelo. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. Madrid, España, Editorial médica panamericana, 1ª edición, 2001.

Francoise Colliere Marie. *Promover la vida*. Madrid, España, Mc Graw-Hill Interamericana, 1ª edición, 1993.

Gail Wiscarz Stuart; T. Laraia Michelle. *Enfermería psiquiátrica*. Madrid, España, El Sevier, 8ª edición, 2006.

García Martín Catalina; Martínez Marín Ma. Luisa. *Historia de la enfermería*. Madrid, España, Harcourt, 2ª edición, 2001.

Griffit Janet W.; Christen Paula J. *Proceso de atención de enfermería, un enfoque científico*. México, D.F., Manual moderno, 2ª edición, 1993.

Hilgard Ernest; H. Coger Gordon. *Teorías del aprendizaje*. México, D.F., Editorial Trillas, 7ª edición, 1982.

Kaplan Harold; J. Sadock Benjamín. *Manual de psiquiatría de urgencias*. Madrid, España, Editorial médica panamericana, 1ª edición, 1996.

Marriner Ann. *El proceso de atención de enfermería*. México, D.F., Manual moderno, 2ª edición, 1983.

Marriner Tomey Ann; Raile Alligood Martha. *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid, España, Harcourt Brace, 4ª edición, 1999.

Maurren J. O'Brien. *Comunicación y relaciones de enfermería*. México D.F., Manual moderno, 2ª edición, 1983.

Mc Parlan Kim; Mc Lane. *Diagnósticos de enfermería*. Madrid, España, Mc Graw-Hill Interamericana, 1ª edición, 1993.

Mejías Lizancos Francisco; Serrano Parra Ma. Dolores. *Enfermería en psiquiatría y salud mental*. Madrid, España, Ediciones D.A.E. Grupo paradigma, 1ª edición, 2000.

Morrison Michelle. *Fundamentos de enfermería en salud mental*. Madrid, España, Harcourt Brace, 1ª edición, 1999.

Peplau Hildegarde. *Relaciones interpersonales en enfermería*. New Jersey, USA, Salvat editores, 2ª edición, 1990.

Reginald Pelletier Luc. *Enfermería psiquiátrica, estudio de casos, diagnósticos y planes de cuidados*. Barcelona, España, Editorial Doyma, 1ª edición, 1999.

Schaefer Charles. *Terapia de juegos con adultos*. México, D.F., Manual moderno, 1ª edición, 2005.

Schoen Johnson Bárbara. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica, Tomo I y II*. Madrid, España, Mc Graw-Hill Interamericana, 4ª edición, 2000.

Smith Jean. *Guía de procedimientos para enfermeras*. Madrid, España, Editorial médica panamericana, 2ª edición, 1994.

Stumphauzer Jerome. *Terapia conductual*. México, D.F., Editorial Trillas, 4ª edición, 2004.

Walsh M.B.; H. Yura. *El proceso de enfermería: valoración, planificación, implementación y evaluación*. Madrid, España, Editorial Alambra, 1ª edición 1982.

Werner O'Toole Anita; Rouslin Welt Sheila. *Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería, trabajos seleccionados de Hildegarde E. Peplau*. Barcelona, España, Editorial Masson, 1ª edición, 1996.

### **Referencias electrónicas.**

[www. tone.udea.edu.co/revista.htm](http://www.tone.udea.edu.co/revista.htm)

[www. uaq.mx/enfermería/historia.html](http://www.uaq.mx/enfermería/historia.html)

[www. terra.es/personal/duenas/pae.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm)

[www. sisbib.unmsm.edu.pe/manual\\_psiqiatr.htm](http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/manual_psiqiatr.htm)

[www. biopsicología.net/fichas/page\\_2085.html](http://www.biopsicología.net/fichas/page_2085.html)

[www. nichey.org/pubs/spanish/htm](http://www.nichey.org/pubs/spanish/htm)

[www. cadenagramonte.cubaweb.retraso\\_mental.htm](http://www.cadenagramonte.cubaweb.retraso_mental.htm)

[www. drromeu.net/página\\_n15.htm](http://www.drromeu.net/página_n15.htm)

[www. discapnet.es/disweb2000/portadas/23jun2004.htm](http://www.discapnet.es/disweb2000/portadas/23jun2004.htm)

[www. espaciologopedico.com](http://www.espaciologopedico.com)

# **ANEXOS**

## **RETRASO MENTAL**

El retraso mental ha existido desde el comienzo de la humanidad. En la Edad Antigua y Media las sociedades han tratado a las personas con retraso mental o con cualquier otra limitación en función de cómo han sido percibidos, en donde se pensaba que eran capaces de recibir revelaciones divinas, se les trataba de manera especial. En algunas cortes fueron tratados como bufones, otros los consideraban como el producto de influencias sobrenaturales o posesiones demoníacas, también fueron sometidos al escarnio público, al aislamiento, al abandono y en casos extremos a la condena a muerte.

A partir de los años setenta se observa un énfasis en los enfoques derivados de la Teoría Conductual donde se concibe el retraso mental como una condición susceptible de ser modificada a través de la aplicación de una serie de técnicas basadas en la leyes generales del aprendizaje ya que los individuos con retraso mental generalmente siguen los mismos principios del aprendizaje que son aplicables a las personas sin retraso. El modelo es de tipo prescriptivo, centrado en las conductas inadecuadas, la atención especializada de tipo multidisciplinaria está dirigida al diseño de técnicas para el desarrollo de habilidades, destrezas y hábitos.

### **DEFINICIÓN**

El retraso mental es un término que se usa cuando una persona tiene ciertas limitaciones en su funcionamiento mental y en destrezas tales como la comunicación, cuidado personal, y destrezas sociales. Estas limitaciones causan que la persona aprenda y se desarrolle más lentamente que un individuo típico. Las personas con retraso mental pueden tomar más tiempo para aprender a hablar, caminar, y adquirir las destrezas necesarias para su cuidado personal tales como vestirse o comer.

También, es posible que no puedan aprender algunas cosas, principalmente las personas con retraso mental grave y profundo.

El retraso mental no es una enfermedad. No se puede contraer de otras personas, tampoco es un tipo de enfermedad mental, como la depresión. No hay cura para el retraso mental. Sin embargo, la mayoría de las personas con retraso mental pueden aprender a hacer muchas cosas. Sólo les toma más tiempo y esfuerzo que a los otros.

Definición de Retraso Mental de la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AARM)<sup>33</sup>:

"El retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina con anterioridad a los 18 años."

*Áreas de habilidades adaptativas:*

1. *comunicación,*
2. *cuidado personal,*
3. *vida en el hogar,*
4. *habilidades sociales,*
5. *utilización de la comunidad,*
6. *autogobierno,*
7. *salud y seguridad,*
8. *habilidades académicas funcionales,*
9. *ocio y*
10. *trabajo.*

---

<sup>33</sup> <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/portadas/23jun2004.htm>, 04 de abril del 2007.

Definición de Retraso Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

“La deficiencia mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de inteligencia, tales como las funciones cognitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. La adaptación al ambiente siempre está afectada. La determinación del grado de desarrollo del nivel intelectual debe basarse en toda la información disponible, incluyendo las manifestaciones clínicas, el comportamiento adaptativo del medio cultural del individuo y los hallazgos psicométricos”.<sup>34</sup>

## FACTORES DE RIESGO

El retraso mental es causado por factores que dificultaron el desarrollo de la persona antes de nacer, durante el nacimiento, o durante el período entre el nacimiento y los 18 años de edad. Más de 200 causas han sido identificadas; sin embargo, debido a que es mucho aún lo que se desconoce acerca del retraso mental, las causas identificadas explican únicamente un cuarto de todos los casos de retraso mental.<sup>35</sup>

Los factores de riesgo están relacionados con las causas, las cuales pueden dividirse a grandes rasgos en varias categorías:<sup>36</sup>

- Inexplicables (esta es la categoría más grande y un cajón para meter todos los casos inexplicables del retraso mental).
- Trauma (prenatal y postnatal).
  - Falta de oxígeno hacia el cerebro antes, durante y después del nacimiento.
  - Traumatismo craneal (negligencia o accidentes).
- Infecciosas (congénita o posnatal).
  - Rubéola congénita.
  - Meningitis.

<sup>34</sup> [http://www.espaciologopedico.com/articulos2.php?ld\\_articulo=236](http://www.espaciologopedico.com/articulos2.php?ld_articulo=236), 04 de abril del 2007.

<sup>35</sup> [http://www.dads.state.tx.us/spanol/brochures/mr\\_brochure\\_es.html](http://www.dads.state.tx.us/spanol/brochures/mr_brochure_es.html), 05 de abril del 2007.

<sup>36</sup> <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001523.htm>, 05 de abril del 2007.



- CMV congénito.
- Encefalitis.
- Toxoplasmosis congénita.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Anomalías cromosómicas.
  - Errores en el número de cromosomas (síndrome de Down).
  - Defectos en los cromosomas o herencia cromosómica (síndrome del cromosoma X frágil, síndrome de Angelman, síndrome de Prader-Willi).
- Anomalías genéticas y trastornos metabólicos hereditarios.
  - Galactosemia.
  - Enfermedad de Tay-Sachs.
  - Fenilcetonuria.
  - Síndrome de Hunter.
  - Malformaciones cerebrales.
  - Esclerosis tuberosa.
- Metabólicas.
  - Síndrome de Reye.
  - Hipotiroidismo congénito.
  - Hipoglucemia (diabetes mellitus mal regulada).
- Tóxicas.
  - Exposición intrauterina al alcohol, cocaína, anfetaminas y otras drogas.
  - Intoxicación con metilmercurio.
  - Intoxicación con plomo.
  - Radiación.
- Nutricionales.
  - Desnutrición extrema.
  - Nacimiento extremadamente prematuro.
- Ambientales.
  - Pobreza.

- Bajo nivel socioeconómico.
- Isoinmunización Rh o ABO.

## **DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico de retraso mental, cualquiera sea su grado, debe hacerse muy cuidadosamente y por un profesional experimentado. Un diagnóstico equivocado puede causar daños irreparables para el futuro del individuo, así como prejuicios familiares y sociales. Por tal motivo deben utilizarse los siguientes procedimientos:<sup>37</sup>

### **1. Historia Clínica.**

Historia clínica individual y familiar. La historia del embarazo y del parto, la consanguinidad de los padres y la presencia de trastornos hereditarios en la familia.

### **2. Examen Físico.**

Debe incluir una minuciosa observación del nivel de actividad del individuo y de la cantidad de interacción con los padres, con otras personas y con objetos inanimados.

### **3. Pruebas de Laboratorio.**

Exámenes bioquímicos, serológicos, citogenéticos, así como radiografías de cráneo, tomografía axial computarizada.

### **4. Examen Psiquiátrico**

Exploración psiquiátrica que abarca la entrevista, la historia psiquiátrica y el examen del estado mental, pruebas de inteligencia y capacidades adaptativas. Es frecuente encontrar alteraciones en la conducta tales como hiperactividad, irritabilidad, evitación y agresividad.

---

<sup>37</sup> [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicología/manual\\_psiqiatr%EDa/cap-11.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicología/manual_psiqiatr%EDa/cap-11.htm), 05 de abril del 2007.

**Instrumentos para la valoración del funcionamiento intelectual y las funciones adaptativas.<sup>38</sup>**

**Pruebas de valoración del funcionamiento intelectual en adultos.**

- Escala de inteligencia de Weschler para adultos.
- Escala de inteligencia de Stanford-Binet.

**Pruebas de valoración del funcionamiento adaptativo en adultos.**

- Escala de conducta adaptativa de la American Association of Mental Deficiency (AAMD).

El concepto diagnóstico del retraso mental (RM), está constituido por bajo CI (Coeficiente Intelectual) y déficits adaptativos, y fue desarrollado por la Asociación Americana de Retraso Mental (AARM) en 1992.<sup>39</sup> El 90% de los individuos con retraso mental son diagnosticados antes de los 18 años y requiere dos características importantes:

- Inteligencia por debajo del promedio (CI 70 o inferior).

<b>Nivel intelectual según la cifra de C.I. – Grados de retraso mental según C.I.<sup>40</sup></b>	
<b>Cifra de C.I.</b>	<b>Calificación</b>
Inferior a 20-25	Retraso mental profundo
20-25 a 35-40	Retraso mental grave
35-40 a 50-55	Retraso mental moderado
50-55 a 70-75	Retraso mental leve
70-75 a 80-85	Retraso mental límite

<sup>38</sup> Schoen Jhonson Bárbara. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica Tomo II*. Mc Graw-Hill Interamericana, Madrid, 2002. pág.38.

<sup>39</sup> [http://www.drromev.net/página\\_15.htm](http://www.drromev.net/página_15.htm), 07 de abril del 2007.

<sup>40</sup> Ibidem.

80-85 a 110-115	Nivel intelectual normal
110-115 a 145-150	Superior a la normalidad
superior a 145-150	Superdotado

- Capacidad adaptativa.<sup>41</sup>

Para medir la conducta adaptativa, los profesionales estudian lo que el individuo puede hacer en comparación a otros individuos de su edad. Ciertas destrezas son importantes para la conducta adaptativa. Estas son:

- Las destrezas de la vida diaria, tales como vestirse, ir al baño, y comer.
- Las destrezas para la comunicación, tales como comprender lo que se dice y poder responder.
- Destrezas sociales con los compañeros, miembros de la familia, adultos, y otras personas.

Existe una tendencia a no tomar solo en cuenta el rendimiento en una prueba psicométrica, sino evaluar de forma integral la capacidad de la persona para integrarse, adaptarse y rendir en las actividades de la vida diaria que le corresponden para su edad, vistas desde el aspecto de la conducta, la socialización, la participación en la vida social y familiar, el autocuidado, el aprendizaje, la capacidad de evitar el peligro y protegerse, la calidad de su motricidad especialmente la fina, su destreza para solucionar problemas y para adaptarse a situaciones nuevas.

Las personas con retraso mental presentan diagnósticos múltiples, entre ellos más del 50% tienen un diagnóstico psiquiátrico adicional. Algunos trastornos se dan en mayores proporciones en asociación con el retraso mental: Autismo, TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), pica, trastornos del estado de ánimo, trastorno de la comunicación, trastornos generalizados del desarrollo, trastorno por movimientos estereotipados y esquizofrenia.

---

<sup>41</sup> Ibidem.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En el retraso mental se aprecia un enlentecimiento del desarrollo, en general en todas las áreas de funcionamiento, que se pone de manifiesto en las siguientes áreas:<sup>42</sup>

**Cognitivamente:** puede existir una orientación hacia lo concreto, egocentrismo, distractibilidad y poca capacidad de atención. La hiperactividad sensorial puede conducir a conductas desbordantes, a la evitación de estímulos y a la necesidad de procesar estímulos a niveles de intensidad bajos.

**Emocionalmente:** tienen dificultades para expresar sentimientos y percibir afectos tanto en sí mismo como en los otros. La expresividad de la afectividad puede estar modificada por los impedimentos físicos (hipertonía, hipotonía).

**Retraso del habla:** que pueden inhibir la expresión del afecto negativo, lo que conduce a instancias de una hiperactividad afectiva aparente que incluye una ira impulsiva y una baja tolerancia a la frustración.

**Dificultades adaptativas:** las complejidades normales de las interacciones diarias pueden poner a prueba los límites cognitivos de la persona con RM. En casos extremos, el descontrol impulsivo puede conducir a la violencia y la destructividad. Los cambios en la vida diaria pueden forzar las capacidades cognitivas y las habilidades de afrontamiento, lo que a veces conduce a la frustración.

**Reacciones emocionales primitivas:** a la frustración y a la tensión pueden implicar conductas agresivas, autolesivas o autoestimulantes.

### **Características básicas de las personas con Retraso Mental:**

Las personas con retraso mental no constituyen un grupo homogéneo, hay muchas diferencias entre ellos, igual que entre las personas sin esta condición. En general, se puede decir que su desarrollo se produce de manera más lenta y sigue el

---

<sup>42</sup> [http://www.biopsicología.net/fichas/page\\_2085.html](http://www.biopsicología.net/fichas/page_2085.html). 09 de abril del 2007.

mismo patrón evolutivo de las personas consideradas "normales", aunque con algunas características propias.

Aunque los problemas de salud de las personas con retraso mental no tienen porque ser diferentes de la que presentan las otras personas, en ocasiones se pueden observar las siguientes características: <sup>43</sup>

- Fragilidad de la salud y de su estado físico general (en casos determinados).
- Hipotonía: tono muscular más bajo.
- Dismorfias: en la forma de la cabeza, de la cara, las manos...
- Dificultades de equilibrio.
- Dificultades de coordinación motora y, en particular, de la locomoción.
- Pueden existir otros problemas asociados.
- Epilepsia.

Es en el área cognitiva donde se ven más las limitaciones en las personas con retraso mental en relación con otros, ya que suelen tener limitaciones en:

- Capacidad de convertir los objetos y los hechos en símbolos y memorizarlos.
- Capacidad de asimilar información progresivamente más compleja y más abstracta y de memorizarla.
- Capacidad de recuperar la información y utilizarla adecuadamente en cada situación para que le permitan resolver los problemas.
- Capacidad de elaborar representaciones que trasciendan el contexto inmediato.
- Capacidad de comprender el mundo que los rodea y a sí mismos.
- Capacidad de utilizar de manera adecuada el lenguaje como vehículo de comunicación.
- Capacidad de adaptarse a las exigencias de la sociedad.

---

<sup>43</sup> <http://sibib.unmsm.edu.pe/manual-psiQUIATRDa/cap11.htm>. 08 de abril del 2007.

**TABLAS DE VALORACIÓN DE LOS PATRONES ALTERADOS EN EL RETRASO MENTAL DE ACUERDO A SU NIVEL DE GRAVEDAD.<sup>44</sup>**

<b>Patrón percepción – control de la salud</b>				
<b>Áreas de valoración.</b>	<b>Retraso leve.</b>	<b>Retraso moderado.</b>	<b>Retraso grave.</b>	<b>Retraso profundo.</b>
<b>Cuidado personal.</b>	Autónomo con cierto apoyo.	Autónomo, con supervisión.	Dependiente con supervisión.	Supervisión total y dependiente total.
<b>Conciencia del trastorno.</b>	Tienen un cierto nivel de conciencia, cuando adquieren habilidades adaptativas.	Prácticamente no tiene conciencia del trastorno.	No.	No.
<b>Control de la salud: hábitos, estilos de vida, exposición a riesgos.</b>	Pueden controlar y adquirir hábitos saludables, cuando son adiestrados.	Pueden controlar con una supervisión adecuada, educación y planificación de tarea.	Han de ser controlados y supervisados.	No pueden controlar su salud.
<b>Aspecto general.</b>	Adecuado, con una ligera supervisión.	Adecuado, con estrecha supervisión y adiestramiento.	Adecuado, con supervisión estrecha y apoyo en la	Necesitan siempre supervisión, apoyo,

<sup>44</sup> Parra Serrano Ma. Dolores. *Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental*. Ediciones D.A.E. (Grupo Paradigma). Madrid, 2000. Pág.552.

			ejecución.	planificación de sus tareas y suplencia en alguna de ellas.
<b>Hábitos higiénicos.</b>	Adecuados, con adiestramiento, para la adquisición.	Adecuados, con estrecha supervisión y adiestramiento.	Adecuado, siempre que se supervise directamente la actividad, el ambiente sea estructurado y propicio para la ejecución.	Necesitan siempre supervisión, apoyo, planificación de sus tareas y ayuda en la ejecución.
<b>Conductas compulsivas – agresivas.</b>	No suelen presentar conductas agresivas con un buen entrenamiento en habilidades sociales, aunque pueden necesitar apoyo en situaciones conflictivas.	Pueden presentar conductas agresivas, pueden tener pequeñas crisis de enfados, necesitan ayuda y supervisión en situaciones de estrés laboral.	Pueden necesitar vigilancia y supervisión en las crisis de agresividad, y medicación.	Necesitan vigilancia total, si el comportamiento es agresivo y medicación.



**Patrón nutricional - metabólico.**

<b>Áreas de valoración.</b>	<b>Retraso leve.</b>	<b>Retraso moderado.</b>	<b>Retraso grave.</b>	<b>Retraso profundo.</b>
<b>Capacidad para alimentarse por sí misma.</b>	La adquieren con adiestramiento.	La adquiere con adiestramiento y seguimiento.	Necesita supervisión, aunque puede adquirirla con entrenamiento.	Necesita supervisión estrecha y ayuda por sus problemas psicomotores y neurológicos.
<b>Preparación del alimento.</b>	Independiente con supervisión y adiestramiento.	Parcialmente dependiente, necesita supervisión y adiestramiento.	No es capaz.	No es capaz.
<b>Habilidad para comer.</b>	Independiente.	Independiente con adiestramiento.	Parcialmente dependiente, necesita supervisión y adiestramiento.	Dependiente. Necesita supervisión estrecha y ayuda.
<b>Hábitos alimentarios.</b>	Adecuados con seguimiento, instrucción y motivación suficientes.	Adecuados con seguimiento, instrucción y motivación.	Necesita supervisión estrecha. Puede presentar rumiación y pica.	Necesita supervisión total para su seguimiento.

<b>Patrón de eliminación.</b>				
<b>Áreas de valoración.</b>	<b>Retraso leve.</b>	<b>Retraso moderado.</b>	<b>Retraso grave.</b>	<b>Retraso profundo.</b>
<b>Problemas en el control de la micción y la defecación: incontinencia urinaria y fecal.</b>	No es habitual.	No es habitual.	Puede ser incontinente en ocasiones.	En la mayoría de los casos se produce incontinencia.
<b>Enuresis.</b>	Si hubiera problemas, puede ser educable y remitir totalmente.	Puede ser educable y remitir casi totalmente, puede activarse en situaciones de conflicto.	No siempre son educables.	Sí.
<b>Encopresis.</b>	No.	No es habitual.	Puede ocurrir en situaciones determinadas.	Sí.

<b>Patrón sueño – descanso.</b>				
<b>Áreas de valoración.</b>	<b>Retraso leve.</b>	<b>Retraso moderado.</b>	<b>Retraso grave.</b>	<b>Retraso profundo.</b>
<b>Hipersomnias.</b>	No suele ser habitual.	No suele ser habitual.	Puede ser habitual, cuando se asocia con medicación.	Puede suceder a causa de la inactividad, aunque no tome medicación.

<b>Insomnio nocturno.</b>	No es habitual.	No es habitual.	No es habitual.	Puede ocurrir cuando se asocia a problemas neurológicos.
<b>Pesadillas o terrores nocturnos.</b>	Puede ocurrir en situaciones de conflicto.	Puede ocurrir en situaciones de conflicto.	Sucede a menudo.	Sucede bastante a menudo.

### **Patrón actividad – ejercicio.**

<b>Áreas de valoración.</b>	<b>Retraso leve.</b>	<b>Retraso moderado.</b>	<b>Retraso grave.</b>	<b>Retraso profundo.</b>
<b>Hiperactividad.</b>	Es educable.	Es educable parcialmente.	Existe hiperactividad, aunque susceptible de canalizarse controladamente.	Existe hiperactividad y necesidad de apoyo y protección.
<b>Estereotipias.</b>	No suele ser muy habitual.	No suele ser muy habitual, pero se dan en ocasiones.	Suelen existir.	Sí existen en la mayoría de los casos.
<b>Déficit de desarrollo psicomotor.</b>	Son educables en situaciones básicas.	Pueden ser educables mínimamente.	Se dan con mucha frecuencia.	Se dan en la mayoría de los casos.
<b>Limitaciones para la marcha: ir al baño, vestirse y alimentarse.</b>	No.	Pueden tener ligeras limitaciones debido al déficit de desarrollo psicomotor.	Suelen tener limitaciones y necesitan supervisión estrecha.	Si tiene limitaciones, necesitan ayuda y supervisión estrecha.

<b>Patrón cognitivo – perceptivo.</b>				
<b>Áreas de valoración.</b>	<b>Retraso leve.</b>	<b>Retraso moderado.</b>	<b>Retraso grave.</b>	<b>Retraso profundo.</b>
<b>Estado de conciencia.</b>	Alerta.	Alerta.	Letárgico en ocasiones, necesita ser estimulado.	Letárgico, necesita ser estimulado.
<b>Percepción sensorial.</b>	Sí, cuando hay dificultades de algún órgano de los sentidos.	Sí, cuando hay dificultades de algún órgano de los sentidos.	La disfuncionalidad de algún órgano de los sentidos puede impedir adaptarse a su nivel.	La disfuncionalidad de algún órgano de sus sentidos le produce mayor dependencia.
<b>Capacidad para recordar.</b>	Disminuída para recordar conceptos y materias escolares.	Disminuída para recordar conceptos y materias escolares.	Muy disminuída.	Muy disminuída.
<b>Capacidad de atención y concentración.</b>	Suelen estar algo dispersos, pueden concentrarse pero en tiempo limitado.	Suelen estar bastante dispersos, pueden mantener muy poco tiempo de atención y con supervisión.	Muy dispersos, no mantiene la atención si no es con estrecha supervisión.	Totalmente dispersos, no mantienen la atención.
<b>Capacidad para tomar decisiones y</b>	Necesita aprender técnica de	Necesita aprender técnica de	Necesita supervisión y ayuda.	No es capaz, necesita siempre ayuda.

<b>resolver problemas.</b>	solución de problemas sencillos.	solución de problemas sencillos.		
<b>Lenguaje.</b>	Utiliza frases simples, puede aprender a utilizar conceptos sencillos.	Utiliza frases muy cortas y simples, su aprendizaje es más limitado.	Lenguaje comunicativo escaso o nulo, que puede ser aumentado muy elementalmente.	Lenguaje muy escaso o nulo.
<b>Estado emocional: temor, irritabilidad.</b>	Pueden sentir temor en situaciones estresantes, pueden aprender a canalizar su irritabilidad y expresar sus necesidades de forma simple.	Sienten temor en situaciones conflictivas y estresantes, a veces pueden manifestar irritabilidad.	Suelen sentir temor si no están apoyados suficientemente. Son susceptibles de irritarse, presentan crisis de enfado.	Temor, conductas de irritabilidad, crisis de enfados.

<b>Patrón percepción de sí mismo.</b>				
<b>Áreas de valoración.</b>	<b>Retraso leve.</b>	<b>Retraso moderado.</b>	<b>Retraso grave.</b>	<b>Retraso profundo.</b>
<b>Opinión sobre si imagen corporal.</b>	Cuando están adaptados, suelen tener una imagen positiva de sí mismos.	En ocasiones pueden percibirse diferentes de los demás, pero cuando	No suelen tener conciencia de su aspecto.	No suelen tener conciencia de este aspecto.

		están adaptados su autoimagen es positiva.		
<b>Considera necesario aprender y producir cambios.</b>	Sí, cuando se les motiva y refuerza adecuadamente.	Sí, con una motivación y refuerzos adecuados.	El esfuerzo positivo es muy importante para aprender, pero no existe conciencia de esta necesidad.	Se producen cambios mediante entrenamiento y refuerzo; en su nivel, no hay conciencia de esta necesidad.
<b>Pensamientos sobre sus capacidades.</b>	Suelen ser conscientes de las diferencias, pero los progresos aumentan su autoaceptación.	No suele haber conciencia sobre sus capacidades pero los progresos les ayudan.	No suele existir el concepto.	No existe el concepto.
<b>Confianza en sí mismos.</b>	Con la educación y el adiestramiento aumenta la confianza en sí mismos	Con la educación y el adiestramiento aumenta la confianza en sí mismos.	No suele existir este concepto, pero los éxitos en las tareas y los refuerzos la fomentan, apoyan y hacen que se sientan bien.	No hay conciencia de este concepto pero igualmente los éxitos en las tareas fomentan, apoyan y hacen que se sientan bien.

<b>Patrón sexualidad – reproducción.</b>				
<b>Áreas de valoración.</b>	<b>Retraso leve.</b>	<b>Retraso moderado.</b>	<b>Retraso grave.</b>	<b>Retraso profundo.</b>
<b>Falta de concepto de reproducción.</b>	Puede ser educable.	Puede ser educable y necesita supervisión.	No tiene concepto de reproducción.	No tiene concepto de reproducción.
<b>Desinhibición sexual.</b>	No, cuando es educado.	Cierta desinhibición.	Sí.	Sí.

<b>Patrón afrontamiento - tolerancia al estrés.</b>				
<b>Áreas de valoración.</b>	<b>Retraso leve.</b>	<b>Retraso moderado.</b>	<b>Retraso grave.</b>	<b>Retraso profundo.</b>
<b>Lenguaje y opinión sobre sus preocupaciones, con relación a daños, amenazas y desafíos.</b>	Sabe expresar preocupaciones en un lenguaje simple y escaso.	El lenguaje para expresarlas es bastante escaso o mínimo.	No sabe expresarse, lenguaje casi nulo.	Lenguaje nulo.
<b>Afrontamiento de dificultades y problemas.</b>	Pueden afrontar ciertas dificultades con entrenamiento, apoyo y supervisión; si no es así, pueden sufrir sentimientos de desesperación y crisis de rabia.	Incapacidad para afrontar dificultades, necesitan apoyo y supervisión, pueden sufrir desesperación y crisis de ira.	Necesitan apoyo y ayuda.	Nulo.

<p><b>Recursos en cuanto a posibilidades económicas y apoyo social.</b></p>	<p>Autonomía mínima; con apoyo pueden vivir satisfactoriamente de forma independiente o en establecimientos supervisados. Pueden tener sentimientos de frustración.</p>	<p>Dependientes: pueden realizar trabajos no cualificados siempre con supervisión en talleres protegidos o en el mercado de trabajo; con apoyo pueden adaptarse bien a la vida en comunidad o en todo caso en instituciones con supervisiones. Pueden sentir frustración.</p>	<p>Muy dependientes aunque supervisados pueden realizar tareas simples con apoyo. Si no existe ninguna otra discapacidad añadida, pueden vivir en familia.</p>	<p>Dependiente totalmente, necesitan supervisión estrecha.</p>
---	---	---	--	--



## **TRATAMIENTO**

El objetivo principal del tratamiento es desarrollar al máximo el potencial de la persona. El entrenamiento y la educación especial pueden comenzar desde la infancia, incluso se le debe enseñar formas de comportamiento social, a fin de ayudar a la persona a desempeñarse de la manera más normal posible.

Es importante que un especialista evalúe los trastornos afectivos coexistentes y los someta a tratamiento. Los enfoques de comportamiento son importantes para entender y trabajar con personas con retraso mental.

La medicina no posee los medios para curar a una persona con retraso mental; el éxito terapéutico reside, en realidad, en el diagnóstico precoz. Se debe prevenir y diseñar un programa terapéutico integral que trate de frenar los diversos factores que en cada caso estén en juego. Sin embargo, se puede programar.<sup>45</sup>

1. Tratamiento biológico: psicofarmacología.
2. Terapia psicológica: técnicas conductuales individual y grupal.
3. Terapéutica recreativa: ludoterapia, deporte, actividades artísticas.
4. Pedagogía terapéutica: durante el período escolar.
5. Formación técnica: talleres protegidos.
6. Programas educativos a la familia y la sociedad
7. Organización de servicios especializados.

El abordaje terapéutico debe ser multidimensional.

### **Complicaciones**

Las complicaciones varían y pueden incluir:

- Aislamiento social.
- Incapacidad para cuidar de sí mismo.
- Incapacidad para interactuar con otras personas adecuadamente.

---

<sup>45</sup> <http://sibib.unmsm.edu.pe/manual-psiuiarEDa/cap-II.htm>. 10 de abril del 2007.

### **Características Familiares y Necesidades más frecuentes:**

Hay una gran diversidad dentro de las familias que, lógicamente, se manifiesta en el impacto de la presencia de un hijo con retraso mental y en el comportamiento de la familia para responder a sus necesidades. Normalmente, la interacción de los padres con el hijo con retraso mental dependerá del tipo y grado de retraso, de la rapidez con que se tome consciencia, de la naturaleza de los retos que se planteen en relación a la educación del hijo y de la historia, recursos y características personales de la familia en su conjunto.

Pero el nacimiento de un hijo con retraso mental siempre provoca una situación de crisis que se caracteriza por:

1. Fuerte impacto psicológico y emocional que da lugar a respuestas diversas: rechazo, incredulidad, culpa, depresión...
2. Proceso de adaptación y redefinición del funcionamiento familiar, que se refleja en la necesidad de introducir cambios en la vida y las rutinas diarias.
3. Cambios en las relaciones de pareja, a nivel personal, y en relación con los amigos, trabajo y grupos sociales en general.
4. Necesidad de ayuda y asesoramiento en varios campos: médico, educativo, psicológico y asistencial.

Las familias necesitan:

1. Información.
2. Soporte emocional.
3. Asesoramiento en los objetivos educativos.
4. Potenciar la comunicación y el lenguaje.
5. Incrementar la confianza en las posibilidades del hijo.
6. Favorecer la participación y la iniciativa del hijo.
7. Dar a su hijo oportunidades de participar en actividades culturalmente valoradas.
8. Valorar el progreso y no establecer comparaciones.
9. Colaborar con los maestros.
10. Vigilar por la transición a la vida adulta y laboral.

## **PREVENCIÓN**

Se considera que en un 30% de los casos se puede prevenir un retraso mental. En general, la profilaxis del retraso mental debe tener en cuenta:<sup>46</sup>

**1. Información;** La evaluación prenatal en busca de defectos genéticos y la asesoría genética para las familias que corren el riesgo de trastornos hereditarios conocidos puede disminuir la incidencia de un retraso mental por causas genéticas.

**2. Prevención de infecciones en la gestación;** rubéola, sífilis. .

**3. Tóxica;** programas ambientales para reducir la exposición al plomo, al mercurio y otras toxinas. Otro factor que puede reducir la incidencia del retraso es el aumento del conocimiento de las personas acerca del efecto del alcohol y de las drogas durante el embarazo.

**4. Dieta adecuada.**

**5. Investigaciones de las incompatibilidades sanguíneas fetomaternas.**

**6. Prevención de los traumatismos obstétricos: anoxia neonatal.**

**7. Mejoría de la nutrición, agua, desagüe y vivienda.**

## **PRONÓSTICO:**

Depende de muchos factores, en primer lugar la magnitud del retraso, las formas ligeras pueden lograr una plena integración e independencia económica. También influye, la posibilidad de disponer en la comunidad de recursos para satisfacer sus necesidades educativas especiales. El grado de protección que brinde la comunidad es también un factor importante, la posibilidad de empleo protegido o instituciones que brinden protección a los casos más severos con problemas sociales.

La atención primaria de salud, la educación especial y la comunidad, trabajando de forma integrada, son la única vía para lograr, un enfoque integral a la

---

<sup>46</sup> Ibidem.

solución que el problema del retraso mental representa, tanto en su caracterización, prevención, diagnóstico precoz y atención temprana.

### **EXPECTATIVA DE VIDA:**

Está íntimamente vinculada con el nivel socioeconómico de cada país y la disponibilidad de servicios al alcance de toda la población, debemos recordar que como regla general el retraso mental se relaciona en gran parte de los países del Tercer Mundo con los sectores menos favorecidos de la población lo que determina que aquel que ve reducida su capacidad de competir en la sociedad, ve reducida su expectativa de vida, que en algunos países no llega a los 40 años, en Cuba el estudio reflejó una expectativa de vida de 60 años.<sup>47</sup>

### **DERECHOS DE LA PERSONA CON RETRASO MENTAL**

La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobaron La Declaración de los Derechos de las Personas Mentalmente Retardadas (1971) y la Declaración de los Derechos de los Impedidos (1975) basados en las recomendaciones de la UNESCO, Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) lo que sirvió de base para garantizar que las personas con retraso mental tienen los mismos derechos que los otros seres humanos. Tiene derecho a la educación y a la salud con intervenciones apropiadas que promuevan el desarrollo máximo de sus potencialidades. Así mismo, tienen derecho a la seguridad social y al trabajo productivo en base a sus capacidades. Tienen derecho a vivir con sus familias y en su comunidad y tienen derecho a la protección cuando ésta sea requerida (Gearheart y Linton , 1979).

1. La persona con retraso mental debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos.
2. La persona con retraso mental tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la

---

<sup>47</sup> <http://www.discapnet.es/discapnet/guías/derecho/ciudadanos/ciudadanos004.htm>. 10 de abril del 2007.

capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes.

3. La persona con retraso mental tiene derecho a la seguridad económica y aun nivel de vida decoroso. Tiene derecho en la medida de sus posibilidades a desempeñar un empleo productivo o alguna ocupación útil.

4. De ser posible, la persona con retraso mental debe residir con su familia o en un hogar que reemplace el propio, y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad. El hogar en que viva debe recibir asistencia. En caso de que sea necesario internarlo en un establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones de vida dentro de tal institución deberán asemejarse en la mayor medida posible a los niveles de la vida normal.

5. La persona con retraso mental debe poder contar con la atención de un tutor calificado, cuando esto resulte indispensable para la protección de su persona y sus bienes.

6. La persona con retraso mental debe ser protegido contra toda explotación y todo abuso o trato degradante. En caso de que sea objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un proceso justo en que se tenga plenamente en cuenta su grado de responsabilidad, atendidas sus facultades mentales.

7. Las personas con retraso mental no son capaces, debido a la gravedad de su impedimento, de ejercer efectivamente todos sus derechos, o si se hace necesario limitar o incluso suprimir tales derechos, el procedimiento que se emplee a los fines de esa limitación o supresión deberá entrañar salvaguardas jurídicas que protejan al individuo con retraso mental contra toda forma de abuso. Dicho procedimiento deberá basarse en una evaluación de su capacidad social por expertos calificados. Así mismo, tal limitación o supresión quedará sujeta a revisiones periódicas y reconocerá el derecho de apelación a autoridades superiores.

## **GLOSARIO**

### ***Actitud cooperadora***

Cuando el paciente participa voluntariamente en las diferentes actividades que se llevan a cabo.

### ***Actitud poco cooperadora***

Se opone en forma activa o pasiva a todo lo que se le sugiere.

### ***Agitación psicomotriz***

Es un síndrome caracterizado por fuerte tensión, con hiperactividad motora, inquietud, gesticulación y deambulación, sin un objetivo estable. La intensidad es variable, pudiendo llegar a extremos de violencia.

### ***Agresividad***

Acción de atacar con violencia física, verbal o simbólica, buscando la discusión o el pleito.

### ***Agresividad autodirigida***

Conducta destructiva dirigida contra uno mismo.

### ***Agresividad heterodirigida***

Conducta violenta dirigida a las personas de su entorno.

### ***Alegría***

Sentimiento o actitud emotiva de satisfacción y plenitud, relacionada con experiencias actuales.

### ***Alteración de la conducta***

Cualquiera de los componentes del grupo de patrones de conductas antisociales como la agresividad excesiva, hiperactividad, destructividad, crueldad, perversiones sexuales, etc.

### ***Alucinaciones***

Percepción sin objeto. El paciente tiene la seguridad íntima de una sensación verdadera y no está en contacto con la realidad.

### ***Angustia***

Es una combinación de aprensiones, incertidumbre y miedo, acompañada de sensaciones corporales molestas.

### ***Aspecto aliñado***

Se tomará en cuenta la higiene, la forma y combinación al vestir de la persona.

### ***Aspecto aseado***

Cuando la persona ha llevado a cabo las medidas de higiene como baño, cepillado de dientes y cambio de ropa

### ***Atención adecuada***

Cuando la persona es capaz de concentrar la actividad psíquica sobre un objeto determinado.

### ***Atención dispersa***

Cuando presenta fluctuaciones constantes en la atención que pasa de un objeto a otro sin poder dejarla fija en uno.

### ***Comunicación terapéutica***

Proceso por el que la enfermera influye conscientemente sobre un paciente o le ayuda a una mejor comprensión, basándose en la comunicación verbal o no verbal.

### ***Concentración***

Capacidad de dirigir la atención a un solo objeto.

### ***Contención***

La contención es entendida como un procedimiento clínico que realiza el equipo de salud, bajo estrictas medidas que aseguren el respeto de los derechos de las personas, la vida del paciente y la integridad física de los demás pacientes y del personal

### ***Contención verbal***

Procedimiento terapéutico que tiene como objetivo tranquilizar y estimular la confianza de la persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional, que puede derivar en conductas perturbadoras.

### ***Contención farmacológica***

Debe utilizarse en la mayor parte de los casos psiquiátricos, principalmente cuando un paciente atraviesa por un período de crisis o agitación motriz severa se utiliza la sedación farmacológica bajo prescripción médica. El tipo de medicamento y la dosis dependerán del trastorno, del grado de agitación psicomotriz que este presentando el paciente, de su edad, etc. Después de administrar el medicamento, el paciente debe estar bajo vigilancia continua ya que corre el riesgo de presentar hipotensión, mareos, y debilidad muscular.



### ***Contención física***

Consiste en restringir los movimientos del paciente y va encaminado, en el caso del paciente agitado, a disminuir los riesgos de autoagresividad o heteroagresividad. La indicación de la contención física irá siempre a cargo del médico (de la unidad o médico de guardia) después de la valoración del paciente. En situaciones de gran urgencia, el personal de enfermería podrá tomar la decisión, pero comunicándolo inmediatamente al médico para que valore la indicación.

### ***Desnutrición***

La desnutrición es la carencia o falta de nutrientes indispensables para el organismo de todo ser humano, (vitaminas, calorías, sales minerales, etc.).

### ***Enfermedad de Tay-Sachs***

Enfermedad degenerativa hereditaria consistente en un trastorno del metabolismo de los lípidos debido a una deficiencia en la secreción de la enzima hexosaminidasa A, lo que da lugar a la acumulación de esfingolípidos en el cerebro. Se transmite con carácter autonómico recesivo. Se caracteriza por Retraso Mental y muerte precoz.

### ***Estereotipia***

Repetición mecánica y prolongada de movimientos y actitudes inadecuadas.

### ***Euforia***

Estado de alegría y bienestar interior exagerado, sin relación con estímulos o eventos aparentes.

### ***Exostosis***

Formación benigna anormal que asienta sobre la superficie de un hueso.

### ***Fenilcetonuria***

Presencia anormal en la orina de fenilcetona y otros metabolitos de la fenilamina, característica de un error congénito del metabolismo producido por la ausencia o deficiencia de la hidroxilasa de la fenilalanina. La acumulación de fenilalanina es tóxica para el tejido cerebral y los sujetos no tratados presentan Retraso Mental, cabello frágil y, un olor característico en la orina y en la piel.

### ***Fobia***

Temor intenso, obsesivo, persistente sin base en la realidad de un objeto o situación. Se cree que el temor surge mediante un proceso de desplazamiento de un conflicto interno (inconsciente) hacia un objeto externo relacionado simbólicamente con el conflicto.

### ***Galactosemia***

Trastorno del metabolismo de la galactosa, heredado con carácter autonómico recesivo, que se caracteriza por deficiencia de la enzima galactosa. La intolerancia a la leche se hace evidente poco después del nacimiento, aparecen hepatoesplenomegalia, cataratas y Retraso Mental. Se incrementa el nivel de galactosa en la sangre.

### ***Humor***

Disposición afectiva fundamental, rica en todo tipo de emociones, que da a cada uno de los estados de ánimo un tono agradable o desagradable, oscilación entre el placer y el dolor.

### ***Impulsividad***

La tendencia a obrar o actuar sin haber sido analizada o pensada la acción; los actos escapan al control del sujeto.

### ***Intolerancia a la frustración***

Cuando un deseo, proyecto, ilusión o una necesidad no se satisface; en consecuencia a esto, la emoción de cólera, miedo y tristeza se produce al mínimo estímulo y de manera desbordante y es cuando decimos que una persona es intolerante a la frustración.

### ***Labilidad***

Tendencia a variaciones rápidas y espontáneas de las reacciones emocionales.

### ***Lenguaje corporal***

El o los mensajes transmitidos por el cuerpo humano. La postura corporal, los movimientos y las expresiones faciales son las actitudes no verbales más importantes.

### ***Leucodistrofia***

Trastorno raro y fetal del metabolismo lipídico que se manifiesta desde el nacimiento. El lactante desarrolla parálisis, ceguera, sordera, retraso progresivo, y acaba falleciendo por parálisis bulbar. El trastorno puede detectarse durante el embarazo mediante amniocentesis.

### ***Lúdico***

Que tiene carácter de juego.

### ***Mutista***

Ausencia de lenguaje hablado que depende de un factor afectivo involuntario.

### ***Obsesión***

Ideas o impulsos persistentes que aparecen contra la voluntad del individuo

### ***Psicosis***

Desorden grave de la conducta, expresada por alteraciones de la percepción de la realidad y el autocontrol. El paciente no tiene conciencia de enfermedad mental.

### ***Sialorrea***

Flujo exagerado de saliva que puede ir asociado a diversas alteraciones.

### ***Síndrome convulsivo***

Descarga brusca y anormal de origen neuronal, excesiva en el interior del SNC, que provoca movimientos reflejos y motores.

### ***Síndrome de Hunter***

Trastorno hereditario del metabolismo mucopolisacárido que solo se manifiesta en varones con enanismo, cifosis y Retraso Mental. Se transmite por un gen ligado al cromosoma x. Es posible identificar a las madres portadoras por pruebas bioquímicas.

### ***Síndrome de niño maltratado***

Toda agresión u omisión intencional dentro o fuera del hogar contra un menor, antes o después de nacer y que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad, en función de su superioridad física y/o intelectual.

### ***Síndrome de Prader-Willi***

Trastorno metabólico caracterizado por hipotonía congénita, hiperfagia, obesidad, Retraso Mental y desarrollo tardío de la diabetes mellitus.