



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: APLICADO A UN ADULTO MAYOR
CON ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA BASADO EN EL MODELO DE
LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:

OLGA CARRIÓN MEDINA.

NÚMERO DE CUENTA: 084455202

DIRECTORA DE TRABAJO:

MTRA: SOTOMAYOR SANCHEZ SANDRA.

MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Páginas
Introducción	1
Justificación	2
Objetivos	3
Metodología	4
1. Marco Teórico	5
1.1. Disciplina de Enfermería	11
1.2. Antecedentes Históricos del cuidado de Enfermería	17
1.3. El cuidado	18
1.3.1 Concepto de Cuidado	18
1.3.2 El cuidado como objeto de estudio	18
1.3.3 Tipos de cuidados: Care, Cure.	19
1.4 Teorías de Enfermería	19
1.4.1 Concepto de Teoría	21
1.4.2. Objetivo	26
1.4.3. Clasificación de las teorías	26
1.5 Teoría de Virginia Henderson	28
1.6. Proceso de Enfermería	30
1.6.1 Concepto	31
1.6.2 Objetivo	32
1.6.3 Ventajas	32
1.6.4 Etapas del Proceso	33

✓ Valoración	33
✓ Diagnóstico de Enfermería	35
✓ Planeación	38
✓ Ejecución	44
✓ Evaluación	45
1.7 Características del Adulto Mayor	47
1.7.1 Características Biológicas, Psicológicas y Sociales	48
1.8 Afecciones Crónico Degenerativas	49
2. Aplicación del Proceso	53
✓ Presentación del Caso Clínico	53
✓ Resultados de las 14 necesidades.	56
3. Conclusiones	63
4. Bibliografía	64
Anexos.	

INTRODUCCIÓN.

La Enfermería de hoy es una ciencia que en los últimos veinte años ha crecido y logrado avances en su construcción disciplinar; se ha construido Teorías y Modelos conceptuales, se ha definido el meta paradigma enfermero el cual nos permite delimitar el campo disciplinario en la enfermería y el pensamiento enfermero. La reflexión de la práctica es la vía para la construcción del conocimiento, los nuevos retos para la atención a la salud que enfrentamos para el nuevo siglo nos obliga a asumir el compromiso como profesionales capaces de aplicar teorías y Modelos de Enfermería que existen para dar soluciones a la demanda de salud, así transitar a nuevos paradigmas del Cuidado y permitirnos la transformación de la práctica de la Enfermería. Es parte de la naturaleza humana la búsqueda permanente del crecimiento, y éste debe orientarse en forma simultánea en cuatro dimensiones, familiar, espiritual, social y profesional. Cuando ésta se logra equilibrar sólidamente, permite un crecimiento integral que se transforma en calidad humana.

La aplicación de los modelos requiere esencialmente de los conocimientos de la condición humana en todas sus dimensiones filosófica, psicológica, biológica, sociocultural y espiritual que determinan o influyen en las necesidades humanas, además de las habilidades profesionales, tecnológicas e interpersonales para llevar a cabo el cuidado.

JUSTIFICACIÓN

Los profesionales de la salud somos cuidadores de la vida, orientados a considerar a la persona como un ser integral, estamos comprometidos a cuidar la salud de la comunidad. El humanismo que posee el profesional de enfermería lo hace ser único en la profesión. Se requiere de una metodología, constituida por una serie de pasos como lo es el Proceso de Atención de Enfermería, que tiene como fin dar cuidados individualizados, profesionales y de calidad a la persona, familia y comunidad. Este requiere el apoyo de una teoría propia de Enfermería; Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería es de gran relevancia para la práctica profesional, está orientado a brindar cuidados de enfermería individualizados con el fin de aplicarlos de manera eficiente y profesional; es todo un reto para la Enfermera ya que esta reafirmando su identidad profesional y sobre todo la posibilidad de poder brindar una atención Holística de calidad.

El Proceso de Atención de Enfermería es de gran importancia para la práctica profesional; debido a un alto índice de personas en edad adulta en la tercera etapa de la vida, los cuales presentan alguna enfermedad crónica degenerativa. (prostatitis), Cuyo objetivo es el de proteger la salud, prevenir o retardar la aparición de esta Enfermedad y las complicaciones de mayor prevaencia entre la población adulta mayor, así como elevar la calidad de vida en este grupo poblacional. Esta Enfermedad y las complicaciones de mayor prevalencia entre la población adulta mayor, así como elevar la calidad de vida en este grupo poblacional. Esta enfermedad denominada como problema emergente de salud, requieren de una adecuación de las estrategias preventivas que permitan la promoción de estilos de vida saludables y mayores esfuerzos para detectar tempranamente este tipo de padecimientos. En esta etapa de la vida el principal reto es enfrentar el proceso natural de envejecimiento, en el marco de una vida activa y productiva. Para ello es necesario prepararlos física y mentalmente para prevenir enfermedades y compensar las modificaciones del cuerpo, producto del desgaste natural del organismo. Es importante entender que no todas las personas envejecen de la misma forma; cada cuerpo es diferente y reacciona de manera distinta. El ser humano tiene conciencia de la naturaleza; de su actuar y tiene como fin el desarrollo del ser humano integral.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- ✓ Aplicar un Proceso de Atención de Enfermería, a un adulto mayor, basado en el enfoque de valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson, para proporcionar cuidados individualizados, holísticos de calidad.

OBJETIVO ESPECIFICO:

- ✓ Aplicar un instrumento de valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson y establecer y jerarquizar los diagnósticos de enfermería detectados; así como, ejecutar y evaluar el proceso de enfermería.
- ✓ Capacitar al paciente y a su familia respecto a la alimentación, cuidados y actividades, para favorecer una vida plena de acuerdo a su edad.
- ✓ Integrar a la persona a su vida diaria orientándola de manera que pueda identificar y satisfacer sus necesidades, así como factores de riesgo, para aplicar los cuidados oportunos y así contribuir a evitar complicaciones.

METODOLOGÍA

El presente Proceso de Atención de Enfermería se realizó a través de:

La inscripción de un Curso – Seminario – Taller de Proceso de Atención de Enfermería para titulación de la carrera de Licenciado en Enfermería.

Se caracterizó para retomar conocimientos generales sobre conceptos básicos acerca del Proceso de Atención de Enfermería así como, una revisión del origen de la Enfermería hasta la evolución que ha tenido hasta nuestros días; y determinar que el proceso se basará en el enfoque de las catorce necesidades de Virginia Henderson.

El proceso de Enfermería es una herramienta de trabajo metodológico, para el caso, basado en la valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson, por lo que es importante enfatizar que siempre que se trata de dar cuidado, el Proceso de Enfermería será el eje que organice, delimite y fundamente toda interacción de Enfermería.

Del mismo modo este trabajo necesita de un conocimiento amplio, por lo cual se recurre a la consulta bibliográfica y asesorías para organizar y fundamentar la tarea propuesta.

Se estructura a partir de presentar: justificación, objetivos, metodología, marco teórico y el desarrollo y registro de cada una de las etapas que conforman el Proceso de Atención; finalmente se concluye y anexa la bibliografía utilizada.

Una vez realizada esta fase tendría que ubicarme en la etapa de campo: la cual constituye una parte importante para la integración del Proceso de Atención de Enfermería; y consistió en:

- ✓ Seleccionar una persona para aplicar el proceso.
- ✓ Elaboración y aplicación de un instrumento de valoración, basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson y establecimiento de diagnósticos.
- ✓ Planear las intervenciones de Enfermería
- ✓ Ejercer y evaluar las intervenciones de Enfermería.
- ✓ Elaboración del Trabajo
- ✓ Asesoría y revisiones continuas por el profesor académico
- ✓ Aprobación por asesor académico.
- ✓ Registro administrativo del proceso
- ✓ Seguimiento de fases técnico – administrativas de titulación.

I. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE ENFERMERÍA

Enfermería La Bella Arte.

Durante mucho tiempo se ha definido la Enfermería como una disciplina mitad arte mitad ciencia, sin embargo se ha puesto mayor énfasis en el aspecto científico.

La Enfermería es una de las más bellas artes “La más bella de las bellas artes”, según Florencia Nightingale. “...La más bella...” (Donahue, 1985).

Su verdadera esencia reside en la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente, que construye el fundamento general de los cuidados de enfermería eficaces.

A la Enfermería se le ha considerado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones y como tal ha avanzado diferentes etapas. Y ha formado parte de los movimientos sociales. Ha sido elemento participante de la cultura de una época, por la que ha sido modelada y a la que ha ayudado en su desarrollo.

La historia de enfermería ha sido una historia de frustración, ignorancia e incompreensión; una gran epopeya llena de desgracias y triunfos, romances y aventuras. Y lo más importante, ha sido la historia de un grupo profesional cuyo estatus siempre ha venido marcado por las pautas prevalentes en la humanidad. Los momentos decisivos de la historia también lo han sido para la enfermería. “...La historia ...” (Donahue, 1985).

La enfermería tiene su origen en el cuidado materno de los niños indefensos, el papel de la enfermera se fue ampliando paulatinamente, desde el de madre amorosa que amamanta hasta otro de mucho alcance, el cuidado de enfermos, ancianos, personas desvalidas o débiles y minusválidos; junto con la promoción de la salud.

En los tiempos antiguos las mujeres cuidaban de sus propios familiares, pero a medida que se fue ampliando el concepto de enfermería se ocuparon del cuidado de los miembros de la tribu, esclavos, sirvientes y por tal razón la enfermería se comenzó a ejercer fuera de lugar.

La enfermería en su desarrollo histórico, ha pasado por diferentes etapas: tribal doméstico, religioso – institucional, preprofesional y profesional.

La palabra “Nursery” se deriva del vocablo latino nutrirse, también tiene sus raíces en el latín nutrí que significa “madre que cría” con el tiempo el término se utilizó para identificar a una mujer que criaba. Los vocablos latinos fueron la base de la palabra francesa Nourice y de la palabra francesa nourrice y de la Española noriza que también se refiere a la mujer que amamantaba a un niño. Con la evolución se le dio otro significado “Mujer que cuidaba y atiende niños pequeños”:

Fue hasta el siglo XVII cuando el significado empezó a incluir la idea de atender a un enfermo u ocuparse de él, durante el siglo XIX se le incluyeron dos componentes como la reparación de aquellas que cuidaban a los enfermos y la realización de dichas funciones bajo la supervisión de un médico.

El papel de la Enfermera se fue ampliando paulatinamente, desde el de madre amorosa hasta otro de mucho alcance, el cuidado de enfermos, ancianos, personas desvalidas o débiles y minusválidas; junto con la promoción de la salud. (Kérovac, Suzane, España 1996.).

ÓRDENES RELIGIOSAS

En el siglo XVI se experimentó una actividad renovada de la Enfermería dentro de la iglesia, surgen diversas órdenes que se dedican a esta causa; surgen más de 100 órdenes de mujeres con el fin de ejercer la enfermería, las más destacada son:

Orden de los Hermanos de San Juan de Dios o Hermanos de la Misericordia, fundada en España en 1538.

Orden de Enfermería de los ministros de los enfermos, fundado por San Cristo de Lelis, orden Italiana; hubo un papel importante en el cuidado de los apestados, durante la epidemia de 1590.

La orden más importante hasta nuestros días es la Orden de las Hermanas de la Caridad, fundada por San Vicente de Paúl en Francia.

Uno de los factores más importantes en la regeneración de la Enfermería fue el Instituto de Diaconizas, Alemania en 1836, se convirtió en la principal organización para el servicio de Enfermería, éste Instituto dejó huella indeleble en la historia de la Enfermería e influyó indirectamente a personas como Florencia Nightingale. (Patricia Donahue, España, 1985).

LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA

Florencia Nigthingale desarrollo el programa organizado de formación para enfermeras. La Nigthingale Training School four nurses, se inauguró en 1860; el objetivo de la escuela era preparar Enfermeras de Hospital para enfermeros pobres y enfermeras capacitadas para formar a otras.

La escuela fue de suma importancia para la enfermería; sirvió de modelo para otras escuelas.

Muchos factores han influido en la profesión de enfermería y su identidad a través de los años, los orígenes históricos están profundamente influenciados por eventos religiosos y militares.

La Enfermería en su desarrollo histórico, ha pasado por diferentes etapas, que pueden clasificarse en tres grandes épocas: La empírica asistencial; La científica individualista y la concepción integral y totalizadora que comienza a desarrollarse en la actualidad.

El proceso de enseñanza en la Enfermería de acuerdo a las etapas que menciono, en la empírica y se observa y se deduce que se ejerce en forma informal y se basa en las experiencias es más por convicción y solidaridad con el que sufre.

En la etapa científica individualista ya se toma en cuenta las bases científicas de alguna forma ya se establece una formación no formal y la enseñanza se da en base a un aspecto médico cien por ciento, inicialmente la enfermería depende totalmente del médico, por lo que debe ser sumisa, callada y obediente. He aquí en donde se observa lo estricto que es la formación ya que los médicos inicialmente adiestraban a las personas para que llevaran a cabo los cuidados al pie de la letra.

La Enfermería actual es una organización y una construcción actualizada y moderna, con una actividad y práctica profesional, vive un momento de oportunidades y desafíos. Mientras más se desarrollan los sistemas de salud y se vuelven más complejos y costosos, más imperativa se hace la necesidad de desarrollar al profesional de Enfermería, así como también a otros miembros del equipo de salud.

Es evidente que la Enfermería ha nacido y crecido a la sombra de la medicina; cuenta con una práctica y una historia de su desarrollo sobre la que debe reflexionar para reubicar su espacio.

En el transcurso del tiempo ha desarrollado técnicas, desde las primitivas hasta las más avanzadas con que cuenta actualmente, dispone de una tecnología

apropiada para adaptarse a las diversas situaciones en la que se desarrolla profesionalmente.

La educación fue, antes que nada, una necesidad, una práctica, un arte, un oficio y luego, una ciencia reconocida.

Los logros que se han vivido en la enfermería a través del tiempo se debe a la necesidad de ir avanzando paralelamente con los avances tecnológicos, son relevante los cambios que se experimentan a nivel de la enseñanza de enfermería. La cual inicialmente fue de persona a persona y práctica enfocada a la atención del enfermo, con una base religiosa. Posteriormente se le da el enfoque científico basado en la medicina, dándosele importancia en la atención de la enfermedad; actualmente se da un enfoque científico en un aspecto totalizador tomando en cuenta a la persona y sus necesidades de salud. La enseñanza se torna en forma tutorial con una flexibilidad más abierta.

La enfermería al igual que otras profesiones ha experimentado cambios importantes en su formación, asociados al acelerado avance tecnológico de los servicios de salud en el país.

“La enfermera es la profesional responsable de la atención de enfermería que promueve, conserva o establece la salud del individuo, familia, comunidad en una amplia variedad de entornos” (LEDY, 2005).

“Históricamente la enfermería ha permanecido atada a un rol subordinado dentro de las estructuras burocráticas de los servicios de salud y sus directivos médicos. Cuidad a los seres humanos con necesidades que se encuentran en una situación coyuntural de sus vidas” “..Históricamente ..” (Conesa, 1985).

ANTECEDENTES HISTÓRICOS EN MÉXICO.

En México, nuestra historia se inicia en el mundo prehispánico, la enfermería era ejercida por hombres y mujeres en forma empírica, y eran denominados “Titzitl”. También existía una persona denominada Tlamatquiticitl (partera azteca) que atendía en embarazo, parto y puerperio, recibiendo de sus descendientes educación y enseñanza de su oficio. Sobre la Tlamatquiticitl recaía multitud de actividades, efectuaba visitas periódicas a los hogares, así se daba cuenta de las necesidades de la familia. A través de una enseñanza que podía llamarse tutelar ejercía una influencia decisiva sobre los rituales de salud, orientando a las mujeres sobre los aspectos de higiene y los cuidados durante el embarazo.

Aconsejaba acerca de las normas de moralidad para el buen desempeño de las prácticas sexuales, explicaba los rituales para la prevención de malformaciones en el feto; atendía el baño del recién nacido; promovía la lactancia materna, enseñaba sobre las medidas de saneamiento de la vivienda y el ambiente. Así mismos, detectaba y curaba las enfermedades venéreas de la pareja.

También tenía una función socializadora y en el aspecto psicológico, la partera azteca representaba un apoyo para la nueva familia, “Aspecto psicológico...” (Castañeda).

En la época prehispánica la partera fue un personaje reconocido debido a la importancia y el papel que desempeñaba, y es la obstetricia donde se encuentran las prácticas más razonables y mayor causal de conocimientos.

Durante la época virreinal, la obstetricia era ejercida por las parteras indígenas para las clases menesterosas y a principios del siglo XVIII ejercían este ramo algunas mujeres que el público suponía experimentadas en el arte de partear.

Con la aparición del capitalismo y la reducción de las profesiones a tareas mercantiles y competitivas, comenzó la dura y sistemática discriminación de la mujer curandera-partera, cuando se reduce a simple ayudante. “Así el Dr. Bartolache ataca a las parteras que veían con poca reverencia a los cirujanos y médicos, asignándoles las funciones de bañar al recién nacido y cambiar ropa a la parida.”

En 1806 el Dr. Antonio Medina elabora la “Cartilla nueva y necesaria para instruirse las matronas que vulgarmente se llamaban comadres, en el oficio de partear”, hacia 1833 se reconoce el grado de partera y el 24 de marzo de 1892 se expide el reglamento de parteras.

Las parteras tenían un lugar social distinguido, con una práctica no enfocada al lucro y con un grupo destinatario propio; la situación de las enfermeras era muy distinta. En primer lugar cabe aclarar que utilizó el nombre dado que con ese término encontramos las actividades que mujeres y hombres realizaban en los hospitales desde el siglo XVI en la Nueva España, pero que no corresponden a la profesión de enfermería por carecer de estructura educativa formal. (Mendoza Colorado, Catalina. Psicoprofilaxis SUA – ENEO 2008).

Las personas que trabajaban como enfermeras realizaron durante mucho tiempo actividades de limpieza y mensajería en los hospitales y dependían jerárquicamente de la partera, el médico y/o las órdenes religiosas. (Lic. Severino Rubio Domínguez).

Cabe mencionar que las enfermeras eran, además de analfabetas, gente sin moral, que de acuerdo con la valoración del México pre revolucionario, los individuos que pertenecían a estratos económicamente bajos eran considerados,

“gente no decente”. Porque eran los únicos que no podían enfermarse y no importaba que se contagiara y no se les reconocía como profesionales. (Lic. Severino Rubio Domínguez).

Al empezar el siglo XX el grupo médico necesitó formar enfermeras porque:

1ª. Ya no disponía como antes de religiosas que prodigarán atención cristiana y gratuita a sus enfermeros.

2ª. No podían utilizar a las parteras para atender a sus enfermos puesto que ellas tenían bien definidas sus funciones y nivel jerárquico y el trato con pacientes no obstétricas se hacía a través de las enfermeras.

3ª. Las enfermeras que había no estaban acordes con las enormes posibilidades de desarrollo que no podían frenarse atendiendo las necesidades del enfermo.

El médico necesitaba asegurarse de que su obra de diagnóstico y terapéutica debía cuidarla una enfermera, manteniendo limpio y entreteniendo al paciente, cuidando la pulcritud, el orden y el resguardo de los recursos físicos, y cumpliendo en la más mínima objeción ni error sus órdenes.

En 1905 y 1907, se inaugura la primera escuela de enfermería, cuya sede estaba en el Hospital General de México. Los médicos eran quienes definían cuales deberían ser los conocimientos de las enfermeras y las aspirantes principalmente debían ser mujeres, por su sometimiento, obediencia, sacrificio, modestia, humildad, merecedora de gloria, etc., para dejar en el pasado a las mujeres libertinas que ejercían la enfermería” (Lic. Severino Rubio Domínguez 1992).

En 1911 la Escuela se incorporó a la Escuela de Medicina.

La medicina era curativa, por lo que se necesitaban enfermeras clínicas, mientras que la salud pública no entraba en el plan de estudios.

En 1945 la Escuela de Enfermería se independiza de la escuela de Medicina, designándosele desde entonces como Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (Castañeda. G. Hierro. I).

Esta independencia abarco sólo aspectos administrativos pues académicamente no se aprecia ningún cambio. Por lo que la formación de enfermeras seguía el ritmo de las necesidades médicas y no el de las necesidades de salud de la población. Porque sólo se contaba con personas que no tenían una preparación profesional y sólo acataban órdenes como si no pensarán. (Lic. Severino Rubio Domínguez).

En la década de los 70' tras la crisis, la creciente migración del campo a la ciudad, los problemas de salud se agudizaron y una de las estrategias fue incrementar la formación de auxiliares de enfermería en curso incluso de 3 meses, esto daba cobertura estatal y disminuía gastos.

La UNAM aumento la formación de enfermeras de nivel técnico.

En la década de los 80' la licenciatura, no ofrecía a los egresados los beneficios ofrecidos, teniendo que ubicarse en plazas de menor categoría y enfrentar en la práctica, un total indefinición de funciones.

En la década de los 90' se cobra más interés por la profesión de enfermería.

Ya para el siglo XXI se pretende la profesionalización del cuerpo de enfermería de la nación.

Las características actuales de la enfermería no son producto de la casualidad, de decisiones políticas equivocadas o de la mala voluntad de otros profesionales, sino consecuencia de un proceso histórico-social complejo, que llevan a la profesionalización. (Lic. Severino Rubio Domínguez).

I.I DISCIPLINA DE ENFERMERÍA

Conceptualización.

Una disciplina es un conjunto de conocimientos rigurosos y sistemáticos sobre una determinada materia que explica e implica. Una disciplina explica, porque describe, analiza y confiere unos conocimientos ordenados y sistemáticos, interrelacionados con otras área disciplinares pero con independencia de ellas.

A la vez una disciplina implica un ejercicio profesional, con actitudes determinadas, aptitudes específicas y técnicas aplicadas.

Las disciplinas tienen tres características que las determinan como tal:

1. Poseen un cuerpo de conocimientos sistemáticos y relacionados entre sí que da significado global al objeto de la disciplina o rama del saber.
2. Utilizan en su actividad el método de la ciencia, adaptado a las peculiaridades del objeto disciplinar.

3. Organizan los conocimientos con lenguaje científico. Las proposiciones, los enunciados y los términos lingüísticos se articulan entre sí en distintos niveles de abstracción para ordenar los conocimientos.

Como disciplina práctica, el cuerpo de conocimientos científicos de la enfermería se utiliza para proporcionar un servicio esencial a las personas, esto es, promover la capacidad de afectar positivamente la salud". "... como disciplina ..." (Sor Callista Roy, 1976, p. 4 -6. 1984) La filosofía de las Enfermeras respecto a la Enfermería es de vital importancia para la práctica profesional. La Filosofía comprende el sistema de creencias de la Enfermera profesional e incluye también una búsqueda de conocimientos.

El sistema de creencias y la comprensión determinan su forma de pensar sobre un fenómeno o situación, y la forma de pensar define una gran medida su manera de actuar.

FILOSOFÍA:

La definición literal es "amor a la sabiduría", es decir amor a lo sabio o a la sabiduría; indica que la filosofía es la "ciencia que trata de la esencia, propiedades, causas y efectos de las cosas naturales" (Diccionario de la Real Academia Española, 1970, p. 620). La filosofía es una ciencia que abarca la lógica, ética, estética, metafísica y teoría del conocimiento. Teniendo en cuenta la definición de la filosofía y creer que los seres humanos tienen una inagotable sed de conocimientos, se define: "La filosofía de la Enfermería" como los resultados intelectuales y afectivos de los esfuerzos profesionales que realizan las enfermeras para:

- Comprenden las razones y relaciones fundamentales de los seres humanos y el medio ambiente.
- Enfocar la enfermería como una disciplina científica.
- Elaborar un sistema personal de creencias sobre los seres humanos, medio ambiente, salud y enfermería como proceso.

LA IMPORTANCIA DE LA FILOSOFÍA PARA LA ENFERMERÍA

La enfermería necesita líderes que sean filósofos en su profesión. En un documento titulado. "A Brave New Nursing World – Exercising Options for the Future"; Schlotfeldt, afirma": en nuestra sociedad pluralista cada vez más compleja y rápidamente cambiante, existe una necesidad imperante de cada uno de los grupos que forman parte de ella trabajen por el bien común; con el objetivo de satisfacer esa necesidad, se requiere también de un tipo especial de liderazgo" Schlotfeldt, 1982) "...Necesita líderes ..." (LEEDY Susan, 2005).

Hace más de 15 años, Kahh y Weiner afirmaron: "La tecnología cambia y la población crece con tanta rapidez que los fundamentos de la vida social y la

adaptación de los seres humanos al medio ambiente material y social tendrán, en el siglo XXI, muchos aspectos diametralmente diferentes a lo que conocemos hoy día... es posible que la evolución de la sociedad produzca la degeneración del hombre” (Kahh y Weiner, 1967).

En el mejor de los casos se pondrá a prueba todo el sistema de valores humanos, (LEEDY Susan, 2005).

ASPECTOS DE LA FILOSOFÍA QUE SON IMPORTANTES PARA LA PRÁCTICA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA.

La filosofía se ocupa de algunos problemas fundamentales en su búsqueda por comprender el funcionamiento correcto del razonamiento, la comprensión y certeza de la realidad y la verdad absoluta acerca de los seres humanos, y la determinación de la forma correcta de vivir. Son cinco aspectos esenciales que pueden relacionarse directamente con la enfermería, se organizan en torno a:

- **Lógica:** Nos ayuda a comprender el procedimiento del razonamiento constituye el elemento crítico de la mente, fuente de la capacidad que tiene el hombre para aprender.
- **Ontología:** La palabra griega significa “Ciencia del Ser”, la ontología es la parte de la metafísica que trata del “ser” como tal.
- **Cosmología:** Estudia los cuerpos como seres reales materiales con o sin vida. Aunque la Enfermería se ocupa fundamentalmente de los cuerpos vivos, debe interesarse por todos los seres materiales; Los teóricos de la Enfermería presentan gran atención a la interacción que existe entre todos los cuerpos en una perspectiva de espacio y tiempo. La cosmología ayuda a las enfermeras a observar la naturaleza del medio ambiente y las relaciones que existen entre todos los cuerpos materiales.
- **Psicología filosófica:** En términos filosóficos puede pensarse en la vida tanto en la capacidad como en el hecho de ejercer una actividad (Glenn, 1947). Rogers considera que el “hombre y el medio ambiente intercambian materia y energía en forma constante”, esto es la esencia del proceso de la vida, que evoluciona “irreversible y unidireccionalmente a lo largo del tiempo y del espacio” (Rogers, 1970).
- **Los filósofos ven la vida en tres formas diferentes:**
 - ✓ Fenómeno biológico, el cuerpo vivo está constituido por células, crece gracias a la multiplicación de las mismas, caracterizado por un proceso de nutrición y tiende a reproducirse.

- ✓ Fenómeno de sensibilidad, los seres humanos tienen la capacidad de sentir y de tener conciencia, así como de experimentar sentimientos.
 - ✓ Fenómeno intelectual, poder de conocimiento de la vida.
- Ética o filosofía moral: La ética es una ciencia que norma las acciones conscientes del hombre, se fundamenta en la razón humana, es la duda de lo correcto, lo incorrecto y el deber. Es el problema de la moralidad en los seres humanos cuando toma decisiones. (LEEDY Susan, 2005).

EPISTEMOLOGÍA

Epistemología (del griego, espíteme, “conocimiento”, logos “teoría”), rama de la filosofía que trata de los problemas filosóficos que rodean la teoría del conocimiento. La epistemología se ocupa de la definición del saber y de los conceptos relacionados, de las fuentes, los criterios, los tipos de conocimiento posible y el grado con el que cada uno resulta cierto; así como la relación exacta entre el que conoce y el objeto conocido “Epistemología” (Enciclopedia Microsoft, Encarta 2000, 1993 – 1999).

El marco epistemológico de Enfermería se puede denominar “jerarquía estructural del conocimiento” y que muestra la manera como se derivan los aspectos básicos de la disciplina, a partir de los elementos filosóficos generales, y se llega hasta definir, los elementos más empíricos y operativos de la misma.

CIENCIA ENFERMERA:

Conjunto de saberes, empírico, estético, personal y ético, resultado de diferentes enfoques metodológicos utilizados para profundizar en el campo del estudio de la disciplina enfermera. “... Conjunto de...” (Koster B. Blais K., 1995).

“Una ciencia humanística dedicada la preocupación compasiva por el mantenimiento y la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación de los enfermos e incapacitados. Las enfermeras buscan promover la interacción e integridad de los seres humanos y dirigir los patrones de interacción entre la persona y el entorno para realización de un máximo potencial de salud”. Martha Rogers (1970). “... Una ciencia...” (Koster B. Blais K 1995).

“Como ciencia, la enfermería es un sistema de conocimientos en desarrollo sobre las personas, usando para observar, clasificar y relacionar los procesos por los cuales las personas afectan positivamente a su estado de salud”. Sor Callista Roy (Kosler B, Blais K, 1995).

“Una ciencia y arte humanístico aprendido que se centra en las conductas de cuidados, funciones y procesos personalizados (individuales y de grupo), dirigidos a promover y mantener las conductas de salud o a recuperarse de la enfermedad”. Madeleine Leininger (1984) (Kosler B, Blais K, 1995).

ARTE ENFERMERO

Utilización creadora de la ciencia enfermera que engloba la relación interpersonal, el diseño del cuidado, la manera de ser de la enfermera y el recurso de la estética.

La enfermería es una de las bellas artes, “la más bella de las artes” según Florence Nightingale. No es meramente una técnica, sino un proceso que incorpora los elementos del alma, la mente y la imaginación. Su verdadera esencia reside en la imaginación creativa, es espíritu sensible y la comprensión inteligente, constituye el fundamento real de los cuidados de enfermería eficaces. “La más bella...” (Mtra. Rosa A. Zárate Grajales. 2004).

PROFESIÓN.

Servicio especializado, caracterizado por la competencia, la autonomía la responsabilidad, y la colaboración, y que responde a los objetivos sociales. (Mtra. Rosa A. Zárate Grajales. 2004).

Una profesión es una ocupación que requiere unos conocimientos, una técnica y una preparación especiales. Se distingue generalmente por: a) su requisito de un adiestramiento prolongado y especializado para adquirir un cuerpo de conocimientos relativo al rol que se va a desempeñar, b) una orientación del individuo hacia el servicio. (Kosler B. Blais K., 1995).

“Una profesión que ayuda a los individuos y a los grupos de la sociedad a alcanzar, mantener y restablecer la salud. Si esto no es posible, las enfermeras ayudan a los individuos a morir con dignidad” Imogene King (1971, 1981) (Kosler B. Blais K.,).

“Una profesión diferenciada, ya que se ocupa de todas las variables que afectan a la respuesta de un individuo a los factores de estrés, que son de naturaleza intra, inter y extrapersonales. La ocupación de la enfermería es prevenir la invasión del estrés o, después de la invasión del estrés, proteger la estructura básica del cliente y obtener o mantener un nivel máximo de bienestar” Rosé Marie Rizzo Parse (1981).

ENFERMERA:

Es la profesional responsable de la atención de enfermería, que promueve, conserva o restable la salud de individuos, familias y comunidades en una amplia variedad de entornos. La enfermera colabora en las funciones de liderazgo dentro de un sistema cambiante de atención de la salud. La enfermera se socializa en una imagen profesional al incrementar la conciencia que tiene de si misma y al fomentar el respeto hacia sus capacidades como enfermera, al apreciar y reconocer la necesidad de la educación continúa y al integrar los elementos cognoscitivo e interpersonal del yo profesional en los papeles de la enfermería.

ENFERMERÍA:

Es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación, promoción y restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos. El proceso de enfermería se lleva a cabo gracias a la relación de colaboración que existe entre enfermera y usuario, que incluye la comunicación interpersonal entre ellos, con otras personas importantes para el usuario, y con quienes forman parte del sistema de servicios de salud. Los nuevos papeles importantes que desempeñan las Enfermeras profesionales son: entre otros, agente del cambio, defensora, y colaboradora de la profesión.

La enfermería tiene la responsabilidad de cuidar de las personas, y tiene que poner a las personas en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella. (Nightingale).

Balderas, define la enfermería como el conjunto de conocimientos y acciones necesarias para prestar atención de enfermería a las personas que lo requieran, en actividades de promoción de la salud, diagnósticos de enfermería, tratamiento y rehabilitación. Esto propone atención directa, investigación, docencia y administración como funciones generales.

Enfermería como profesión aplica conocimientos, es práctica, académica, cumple procedimientos basados en principios científicos, posee bases éticas, tiene autonomía y es social.

Lo más importante de la profesión de Enfermería. Es el trato que se brinda al ser humano, y la preparación que se imparta en las aulas, no tendrían razón de ser. Si no brindamos primordialmente cuidado a otras personas, no solamente tratándolo en el padecimiento si no en su aspecto social, psicológico y espiritual, es decir cómo ser holístico.

1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CUIDADO.

Los profesionales de la salud somos cuidadores de la vida, orientándonos a considerar a la persona como un ser integral, estamos comprometidos a cuidar la salud de la comunidad.

Entre los elementos, que definen la calidad de atención a la salud es preponderante la seguridad del paciente, la cual se encuentra en manos del sistema de salud; en el que además de los prestadores de servicio, necesariamente está involucrado el paciente mismo, así como sus familiares.

La profesión de Enfermería cuenta con una gama de modelos y teorías de atención, la aplicación de estos en la práctica de su profesión le permite fomentar, organizar y confirmar los conocimientos de la profesión y llevarlos a la práctica, fortalece la experiencia profesional de la enfermera que crea todo un contexto del cuidado con eficiencia y eficacia.

Dentro de toda la gama de actividades relacionadas con la salud, su cuidado, la recuperación de la misma. La prevención de la enfermedad. Están las diferentes ciencias y profesiones destinadas a este cometido, es de vital importancia señalar a la enfermería como principal agente de ayuda para el cuidado del paciente gracias a un proceso llamado: Proceso de Enfermería.

A que nos referimos cuando se habla de este proceso de enfermería, es acaso únicamente la atención que se brinda al paciente cuando este se encuentra dentro de la sala de un hospital- sea cual sea la sala- o tal vez, tiene que ver con la metodología que utiliza la enfermera para generar un conocimiento el cual; le brinda la posibilidad de tener un mayor campo de acción para lograr vislumbrar las diferentes problemáticas que el enfermo pueda mostrar o, podría ser todo un sistema estandarizado el cual está diseñado para la atención óptima de un paciente determinado.

No se puede acometer la tarea histórica en ninguna disciplina sin que, previamente, se tenga en cuenta la naturaleza de dicha disciplina y que no es éste el lugar para distinciones filosóficas, si es necesario recordar rasgos semejantes a la ciencia enfermera como el respeto y consideración de la individualidad de la persona. Los cuidados constituyen un fenómeno que trasciende como parte del fenómeno humano. Por otro lado, el conocimiento relativo al fenómeno de los cuidados.

En el desarrollo histórico de la actividad de cuidar personas se han realizado esfuerzos por definir un cuerpo propio de conocimientos de base científica que orienten y den sentido. Estos esfuerzos han cristalizado en la producción de modelos conceptuales y teorías del cuidado, que explican el qué, cómo y para qué de la Enfermería.

1.3 EL CUIDADO

“Es ante todo, un acto de VIDA, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dignas a mantener y conservar la VIDA y permitir que esta se continúe y se reproduzca.” (Colliere, 1993.).

El cuidado es la clave de la profesión, en el origen de las prácticas de cuidados; su influencia en la práctica de la enfermería, como nos lo hace (M. F. Colliere – 1993),” cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y, de este modo, luchar contra la muerte del individuo, del grupo y de la especie”.

La continuidad de la vida, no podría asegurarse sin todo aquello que contribuye a restaurarla. Es decir que durante millares de años los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. Eran los cuidados de cualquier persona que ayudará a otra, además, de asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la vida del grupo. (Et Al Colliere).

1.3.1. CONCEPTO DE CUIDADO

Cuidar es ayudar a vivir, así como, aprender a conciliar fuerzas diversificadas aparentemente opuestas pero de hecho complementarias. Los cuidados son fuente de placer, de satisfacción y de expresión de una relación, apaciguan, calman, alivian y dispersas los tormentos, que ayudan a evitar el sufrimiento.

En este sentido el profesional de enfermería centra sus “cuidados” enfocados en el humanismo y no necesariamente a la enfermedad del paciente, ya que la esencia en el cuidado permitirá ver en toda su dimensión a la persona humana.

El humanismo se basa en el cuidado de la vida, orientándonos a considerar a la persona como un ser humano funcional; como tal, no solo actúa, sino que también piensa y siente. Sus pensamientos y sentimientos son importantes, están relacionados íntimamente no solo con lo que hace, sino con el modo de cómo lo hace.

1.3.2. EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

Es el objeto de estudio de la ciencia de enfermería como el núcleo de acción e intervención específica que le da fundamento y especificidad a la disciplina. El cuidado es visto como un proceso de interacción con grupos de personas, como familiares, amigos y otros profesionales de la salud que atienden a la persona, es la interacción continua con el entorno.

Más allá del acto de cuidado que une el qué y el cómo de la interacción enfermera – persona, el cuidado implica diversos procesos: La aplicación y construcción del conocimiento, la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, el juicio clínico y la intuición derivada de la experiencia que permiten crear el cuidado. A menudo este tipo de cuidado es invisible (Colliere 1986).

GESTIÓN CENTRALIZADA: En el contexto de una Unidad de Cuidados, la gestión centralizada significa que una sola persona, circunstancialmente la supervisora ejerce el poder de decisión y control de todas las actividades de cuidado.

GESTIÓN DE CASOS: Método de prestación de los cuidados según el cual la enfermera tiene la total responsabilidad de coordinar todos los cuidados dispensados en la comunidad.

GESTIÓN DE CUIDADOS ENFERMERO:

Proceso Heurístico dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con el propósito de sostener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción continúa con su entorno, vive la experiencia de la salud.

1.3.3. TIPOS DE CUIDADOS

Los cuidados habituales y de costumbre: “**CARE**” relacionados con la funciones de conservación, representan a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función la vida, basados en todo tipo de hábitos, costumbres y de creencias, representan todo ese conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como: beber, comer, evacuar, lavarse, levantarse, moverse, desplazarse, así como todo aquello que contribuye al desarrollo de la vida de nuestro ser.

Los cuidados de curación: “**CURE**” relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida. Es decir todo aquello que exige el tratamiento de la enfermedad. Estos cuidados se van a añadir a los cuidados habituales, tienen por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atar sus causas.

1.4 TEORÍAS DE ENFERMERÍA.

Compromiso en el desarrollo de la ciencia, podemos decir que el libro describe la variedad de estudios que se han realizado para desarrollar los trabajos que contiene el núcleo del cuidado llamado meta paradigma, cimentado en teorías que describen particularmente elementos que conforman al individuo, al entorno, a la enfermera y al propio cuidado.

En su libro Modelos y Teorías en Enfermería, Ann Marriner Tomey advierte de la diversidad de pensamientos referentes al “cuidado” y de la contextualización que tienen las acciones que realiza la enfermera.

Explican, además, las interrelaciones que se viven en la continuidad del modernismo, como hecho significativo para la investigación y teoría de enfermería que subyace a la era de la especialidad y a los avances en la formación.

Marriner describe en el primer capítulo los principales conceptos sobre los que se desarrollan las teorías y enmarca la importancia de ésta en el contexto real, ya que la “teoría ayuda a adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas, mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

Sin embargo, al retomar los elementos que conforman los modelos teóricos, se logran identificar algunas diferencias significativas en cuanto a la sistematización de las intervenciones y la gestión del cuidado que se desarrollo en las instituciones de asistencia, tanto públicas como privadas, pues no existe una estructura organizacional que suministre los recursos necesarios que promuevan los cuidados en función de un modelo teórico que sirva de guía a la enfermera en sus actividades, o bien como parte de la oferta y la demanda de atención. Por lo tanto, la esencia de la enfermería en la realizada. El brindar cuidados, no es del todo reconocida y se vuelve una carga más de trabajo que se añade a las múltiples prácticas que no tiene razón de ser.

Se reconoce la enorme aportación que la autora hace al desarrollo de la ciencia.

La enfermería a lo largo del tiempo se ha desarrollado como ciencia y como profesión, pero todo cambio, y aún más toda consolidación debe ir respaldada por una teoría (que le da sentido y metodología), y por una práctica (que la hace útil y funcional) La enfermería modifica su modo de atender las necesidades de nuestra sociedad cambiante a medida que se produce la evolución. Enfermería se redefine continuamente, adaptándose a las exigencias de nuestro mundo cambiante. Este hecho, hace imprescindible el unificar los criterios del enfoque profesional, sistematizar la práctica. La utilidad de la “teoría” consiste en proporcionar conocimientos para mejorar la práctica mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

NECESIDAD DE ADOPTAR UN MODELO EN ENFERMERÍA

Las disciplinas se definen a sí mismas y se diferencian de otros por su marco de referencia que usan como base de sus observaciones y que diere la forma y los objetivos de su práctica.

1.4.1 CONCEPTO DE TEORÍA

TEORÍA: “Conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyecta una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos”. Las funciones de la teoría son entre otras las síntesis del conocimiento, la explicación de los fenómenos de interés para la disciplina que utiliza la teoría misma, y la previsión de medios para predecir y controlar los fenómenos. El científico busca una teoría:

- **DEFINICIONES:** Las teorías están formadas por conceptos, que son los elementos básicos de una teoría, son abstracciones de la realidad que se pueden observar directa o indirectamente. Cada concepto teórico tiene un solo significado que queda claramente definido en la teoría. Todo conocimiento científico está formado por conceptos y estos son privativos de una rama de la ciencia.
- **EXPLICACIONES:** La teoría relaciona los conceptos de tal forma que explica los fenómenos que interesan a ésta disciplina, proporcionando comprensión.
- **PREDICCIONES:** A partir de las hipótesis se afirma relaciones entre los conceptos o proporciones.

La teoría brinda autonomía profesional porque orienta las funciones que la Enfermería desarrolla. Es importante diferenciar lo que es una teoría y lo que es un modelo. Un modelo es: “una representación esquemática de algún aspecto de la realidad”.

Los modelos son útiles para el desarrollo de teorías porque ayudan a la selección de conceptos relevantes y necesarios para representar un fenómeno de interés. Y a la determinación de las relaciones existentes entre los conceptos.

META TEORÍA: Es la discusión de los aspectos generales de una o varias teorías con el objetivo de alcanzar su posible contribución al desarrollo de la ciencia enfermera. Las enfermeras Meta teorizadoras discuten el desarrollo del conocimiento en ciencias enfermeras.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES DEL DESARROLLO DE UNA TEORÍA

¿Por qué las teorías y modelos?, pues porque la teoría da una base científica de conocimientos para poder llevar a la práctica nuestro trabajo, nos fundamenta y nos enseña a actuar con sentido. Es capaz de describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos. Nos ayuda a mejorar los resultados con el mismo o

menor esfuerzo, y sobre todo nos da autonomía. Si profundizamos más descubriremos que la teoría ayuda analizar los hechos, nos plantea retos y nos hace superarnos, crea bases para funcionar, y en general adecua la práctica de los cuidados y la investigación de enfermería. Para desarrollar una teoría hay que partir de una serie de conceptos básicos que quedan recogidos de la filosofía (lógica, ética, investigación, uso del razonamiento, etc.). Manejamos algunas palabras que leeremos y entran a formar parte de toda teoría, y no terminamos de comprenderlas y diferenciales, por ello vamos a describir algunas de ellas (Susana Rosales Barrera, Eva Reyes.- Fundamentos de Enfermería):

CIENCIA: Es un concepto de conocimientos que se fundamenta en la observación, la descripción, la identificación, la explicación y la investigación de los fenómenos.

HECHO: Es aquello que se sabe o conoce con certeza.

CONOCIMIENTO: Es la percepción o ciencia de la realidad, adquirido por el aprendizaje o la investigación.

CONCEPTO: Es la formulación mental compleja de un objeto, y deriva de la experiencia perceptiva individual. Es una idea o una imagen mental. El concepto puede ser abstracto (son independientes del lugar y el tiempo), y conceptos concretos (están bien tipificados).

PARADIGMA: Es un diagrama conceptual puede tratarse de una estructura usada para organizar u ordenar una teoría.

COMPASIÓN: Sentimiento y actitud de consuelo y de asistencia frente a las enfermedades manifestadas por otra persona. La compasión y el cuidado son inseparables (Leininger, 1988).

CONCEPCIÓN: Operación por la cual la mente forma una idea y/o un concepto aplicados a un campo. Las concepciones enfermeras describe la disciplina enfermera y precisan así los lazos, entre los conceptos cuidado, persona, salud y entorno.

Presentan los modelos de expresar el servicio específico que las enfermeras dan a la sociedad.

MODELO: Es una idea que explica por medio de la visualización física o simbólica, estos modelos pueden ser esquemáticos, verbales, o cuantitativos. Los modelos pueden carecer de forma física (modelos simbólicos), pueden estar enunciados con palabras (modelos verbales), o manifestarse a través de dibujos, diagramas, imágenes, etc. (modelos esquemáticos). Los modelos suelen realizarse para hacer más fácil el pensar o imaginar los conceptos, y las relaciones que existen entre ellos, o para estructurar una investigación.

TEORIA: Es un conjunto de definiciones, proposiciones y conceptos que proyectan una visión sistemática de los fenómenos, establecidos para ello relaciones específicas, entre los conceptos a fin de describir, explicar, aclarar, predecir y controlar fenómenos.

FENOMENOLOGÍA: Enfoque y método de investigación que permite explorar y describir un fenómeno que aparece en la conciencia de la persona que realiza la experiencia. El investigador toma conciencia de lo que es tenido como experiencia con relación al fenómeno y lo coloca entre paréntesis con el fin de tener acceso a su esencia y significado.

FENÓMENOS: Es cualquier hecho que sea susceptible de percepción directa (es decir, a través de nuestros sentidos), equivale a la realidad.

DEFINICIONES: Son enunciados relativos al significado de una palabra, frase o término. Las definiciones pueden ser connotativas (sugieren significados accesorios). Denotativos (se refieren a las propiedades y caracteres identificativos del objeto), teóricas (comunican significados generales), las operativas (especifican las actividades y miden variables).

SUPUESTOS: Son aquellos enunciados que se cree ciertos sin estar demostrados. Pueden ser implícitos o explícitos.

ENUNCIADOS TEÓRICOS: Describen una relación entre dos o más conceptos.

LEY: Es un enunciado que describe una relación en la que los científicos tienen tanta confianza que la consideran verdad absoluta.

AXIOMA: Representa conjuntos de enunciados básicos, cada uno de los cuales es independiente de los demás, y a partir de ello pueden derivarse los demás enunciados de la teoría.

PROPORCIONES: Son enunciados derivados de los axiomas. En la terminología científica se utiliza o sustituye por hipótesis. La hipótesis debe ser confirmada o negada a través de la investigación o comprobación.

EXISTENCIA: Establece que hay un concepto (que es real).

CAUSALIDAD: Cuando existe relación entre dos conceptos.

INVESTIGACIÓN: Es la aplicación rigurosa del método, científico para demostrar u obtener conocimientos fiables y veraces en la realidad. Pueden llevarse a cabo de forma inductiva o deductiva.

MACRO TEORÍA: Se refiere aquellas teorías que son amplias de alcanza y de gran complejidad. Tienen conceptos acumulativos que encontraremos en las teorías de menor alcance.

TEORÍAS DE MENOR ALCANCE: son teorías definidas y en una banda más concreta de menor extensión que las macro teorías pero de mayor que las micro teorías.

MICRO TEORÍAS: Se ocupan de fenómenos muy definidos, son muy específicas y con toda complejidad.

INDUCCIÓN: Es una forma de razonamiento que parte de lo específico hacia lo general, es decir, las partes se juntan hacia algo más amplio. En este tipo de desarrollo primero se observan y estudian los acontecimientos particulares, para luego ir hacia los enunciados teóricos generales.

DEDUCCIÓN: En este caso ocurre al contrario que el anterior pues se parte de lo general y se dirige hacia lo específico. Es la teoría de elección para la investigación.

RETRODUCCIÓN: Se caracteriza por la combinación de las dos anteriores. Produce adelantos y es utilizado por los autores o los teóricos para formar una nueva teoría marcando la estructura y trasladando datos (Marriner Tomey, Ann. 1994).

CUALIDADES QUE DEBE TENER UNA TEORÍA PARA SER EVALUADA.

Independientemente de los diferentes criterios que se pueden exigir a una teoría, según los autores, existen unos requisitos que son comúnmente aceptados.

CLARIDAD: se miden los conceptos y las palabras utilizadas.

- Las mismas han de entenderse fácilmente, sin neologismos (inventados), antagonismo (de la misma palabra o conceptos según contexto).
- Las definiciones denotativas son las más valoradas por su gran claridad, aunque no se desestiman las connotativas.
- Los ejemplos, los gráficos y otros elementos (imágenes, tablas, etc.), son de gran valor aclaratorio y pedagógico.

GENERALIDAD: Se observa la cantidad de conceptos y de metas establecidos por la teoría, y a mayor número de los mismos más general resulta ser. Algunos autores consideran que las teorías cuanto más generales son más válidas, mientras que otros piensan que cada teoría debe tener su espectro según el tema que estudien, dejando en un segundo plano la generalidad.

SENCILLEZ. También según los pensadores hay diferencias, mientras que algunos consideran que la teoría debe ser compleja para ser significativa, otros opinan que la concisión y la comprensión deben gobernarla.

PRECISIÓN EMPÍRICA: Básicamente este punto va a regular o medir el grado de cumplimiento o relación entre la teoría y la información empírica observable, es decir el grado de cumplimiento o de accesibilidad en la práctica.

CONSECUENCIAS DERIVABLES: Las teorías deben ser útiles, influencias en la investigación en la práctica, identificar el camino a seguir por la enfermería, aumentar conocimientos específicos sobre la profesión, y debe predecir resultados.

TRANSFORMACIÓN: En la evolución de las grandes corrientes del pensamientos, la transformación considera que un fenómeno es único, en interacción recíproca y simultanea con el mundo que lo envuelva y que, por eso mismo, lo puede transformar.

MODELOS MÁS UTILIZADOS EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Diferentes autores, a efecto de su estudio, han tratado de clasificar los modelos existentes actualmente en enfermería.

Un modelo de enfermería es una representación simbólica y conceptual expresada en términos lógicos de una tendencia. Una tendencia en enfermería se puede definir como la orientación que caracteriza a la forma de ordenar los diversos conceptos que se usan para formar un modelo de cuidados. Cualquiera que sea el modelo elegido debería aplicarse utilizando el proceso de enfermería. Cuando la enfermera se familiariza con el método de solución de problemas, éste determina que sus cuidados sean más eficaces y eficientes.

Los modelos se han agrupado en tres tendencias:

1.- TENDENCIA NATURALISTA. También denominada ecologista, se incluyen en este apartado los conceptos formulados por Florence Nigthingale, que enfoca los cuidados de Enfermería como facilitadores de la acción que la Naturaleza ejerce sobre los individuos enfermos.

2.- TENDENCIA DE SUPLENCIA O AYUDA: Los modelos representativos de esta tendencia son los de Virginia Henderson y Dorotea Orem. Estas autoras conciben el papel de la Enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de un ciclo vital (enfermedad, niñez, ancianidad), fomentado ambas, en mayor o menor grado, el auto cuidado por parte del paciente.

3.- TENDENCIA DE INTERRELACIÓN: En este grupo se incluyen los modelos de Hildegarde Peplau, Callista Roy, Martha y Levine. Todas estas enfermeras usan como base fundamental para la actuación de enfermería, el concepto de relación, bien sean las relaciones interpersonales (enfermera – paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente.

1.4.2. OBJETIVOS DE LA TEORÍAS

En el avance de una ciencia, los marcos teóricos y conceptuales tienen varios cometidos interrelacionados.

- El objetivo principal es la obtención de resultados científicos significativos y generalizados.
- Ayudan a resumir el conocimiento existente como sistemas coherentes y estimulan nuevas investigaciones, brindándoles dirección e impulso.
- Las teorías permiten a los investigadores vincular las observaciones y hechos en un esquema ordenado.
- Conducir al científico a entender el que de los fenómenos naturales y por qué suceden.
- Proporcionan una base para predecir fenómenos, que a su vez implica la posibilidad de predecir y controlar dichos fenómenos.
- Estimulan la investigación y la extensión del conocimiento, proporcionan dirección e impulso.

1.4.3 CLASIFICACIÓN DE LAS TEORÍAS.

En esta clasificación de los modelos se agrupan tomando como referencia las teorías que les han servido para su elaboración.

- **MODELOS DE INTERACCIÓN:** Basados en la teoría de la comunicación – interacción de las personas, destacan: Orlando (1961), Riel (1980), Kim (1981).
- **MODELOS EVOLUCIONISTAS,** se centran en la teoría del desarrollo o cambio para explicar los elementos de una situación de enfermería. Son útiles en cualquier campo de enfermería. Destacan: Thibodebea (1983), Peplau (1952).
- **MODELOS DE NECESIDADES HUMANAS:** Parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Destacan: Henderson (1966), Rogers (1970), Orem (1980), Roper (1980).
- **MODELOS DE SISTEMAS:** Usan la teoría general de sistemas como base para describir los elementos de una situación de enfermería. Destacan: Roy (1980), Jonson (1980), Newman (1982).

MODELOS DE SISTEMAS: Usan la teoría general de sistemas como base para describir los elementos de una situación enfermera. El concepto de sistema constituye la noción central, entendiendo por tal el conjunto organizado de

elementos o partes que actúan e interactúan coordinadamente para alcanzar determinados objetivos.

Existen dos tipos de sistemas:

- **SISTEMAS CERRADOS:** Se basan en sí mismos, se consideran aislados del medio circundante, no existe en ellos importación o exportación de energía en cualquiera de sus formas.
- **SISTEMAS ABIERTOS:** Funcionan en base al intercambio con el exterior; todo organismo vivo es, ante todo, un sistema abierto.

Una diferencia fundamental entre ambos es que los sistemas cerrados deben alcanzar un estado de equilibrio químico y termodinámico independiente del tiempo. Por el contrario los sistemas abiertos, pueden alcanzar en ciertas condiciones, un estado que se denomina uniforme, también independiente del tiempo. En este estado uniforme, la composición del sistema se mantiene constante, a pesar del continuo intercambio de componentes.

Los sistemas se organizan internamente mediante una estructura de niveles jerárquicos llamados subsistemas. Las propiedades de los sistemas abiertos son las siguientes:

1. **TOTALIDAD.** Cada una de las partes está relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total.
2. **EQUIFINALIDAD.** Puede alcanzarse el mismo estado final partiendo de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos.
3. **RETROALIMENTACIÓN:** Parte de la salida de un sistema vuelve a introducirse en el sistema como parte de la información acerca de dicha salida. La retroalimentación negativa se utiliza para disminuir la desviación de salida con respecto a una norma establecida y la positiva actúa como una medida para aumentar la desviación de salida.

Si aplicamos la teoría de sistemas a la persona, podríamos decir que:

- Cada persona es un compuesto dinámico que presenta interrelaciones variables, fisiológicas, psicológicas, socioculturales y de desarrollo.
- Cada una de las personas está rodeada por un campo de percepciones en equilibrio dinámico.
- El núcleo principal es la organización del campo y su impacto sobre la conducta funcional del individuo.

1.5 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

En este apartado tratare de exponer de forma breve y concisa, lo descrito por Virginia Henderson, quién es bien conocida por las enfermeras ya que su conceptualización de la enfermería está basada en teorías de relaciones interpersonales y de las necesidades humanas.

A Henderson le preocupaba identificar el rol de la enfermera como profesional de la salud a raíz de sus experiencias en el trabajo diario, en el cual podía percatarse de la falta de una función en específico de la enfermera, la llevo en 1956 a definir tal tarea del siguiente modo en su libro “The Nature of Nursing”, Henderson afirma que:

“La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la conservación de la salud, a su recuperación, o a lograr una muerte serena, a través de realizar actividades que realizaría por sí mismo, si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”, (Carmen Fernández Ferrin, 1995, 69 – 70.”

En este sentido Carmen Fernández señala que Henderson baso su modelo conceptual en los trabajos del psicólogo americano Thorndike, así como en experiencias personales, ya sea como enfermera, docente o investigadora. El hecho es que a partir de la definición arriba citada Henderson extrae una serie de conceptos y subconceptos básicos para el entendimiento de su modelo de atención.

En este modelo se identifican cuatro componentes: La persona, la salud, el rol profesional (los cuidados básicos de enfermería y equipo de salud) y el entorno (Fernández Ferrin, 1995).

La persona: Henderson la conceptualiza como un ser humano, complejo y único, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que básicamente debe satisfacer o tener cubiertas las siguientes necesidades:

- Necesidad de Oxigenación. (Respirar normalmente).
- Necesidad de Nutrición e hidratación. (Comer y beber adecuadamente).
- Necesidad de Eliminación (Eliminar residuos corporales).
- Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.
- Necesidad de Descanso y sueño.
- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

- Necesidad de Termorregulación (Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales).
- Necesidad de Higiene y protección de la piel. (Mantener el cuerpo limpio y proteger los tegumentos.)
- Necesidad de Evitar peligros (del entorno y evitar lesionar a otros)
- Necesidad de comunicarse (con otros y consigo mismo)
- Necesidad de vivir de acuerdo a sus creencias y valores.
- Necesidad de trabajar y realizarse.
- Necesidad de jugar o participar en actividades recreativas.
- Necesidad de aprendizaje.

Cada persona como ser único tendrá la habilidad de desarrollar capacidades para satisfacer sus necesidades de modo diferente, con el fin de facilitar su desarrollo y crecimiento a lo largo de la vida. Cabe hacer mención que las 14 necesidades deben ser validadas en su totalidad, ya que el estudio por separado de cada una de ellas en ningún momento dará la visión del ser humano integral (Holístico) y será difícil valorar el estado de salud del individuo como un todo.

La Salud: dependencia e independencia, Henderson la considera como la habilidad del individuo para desempeñar las funciones requeridas para mantener la satisfacción de todas las necesidades de manera independiente.

Cuando se presenta una circunstancia que impida la satisfacción de alguna necesidad – llamada “dificultad” se origina una dependencia que obedece a tres causas:

- ✓ Falla de fuerza, que puede ser de carácter físico, emocional o intelectual.
- ✓ Conocimiento, estos pueden ir desde los propios o de la propia salud, de los recursos propios o ajenos.
- ✓ Voluntad, entendida como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada que provoque una insatisfacción de una necesidad.

El rol del profesional de enfermería, es proporcionar:

- ✓ Cuidados básicos de enfermería: “Acciones que realiza la enfermera en el desarrollo de su función, actuando, según criterios de suplencia o ayuda, acordes al nivel de dependencia identificado en la persona.

El entorno: Aún cuando Henderson no incluye como concepto de “el entorno”, si pone especial énfasis en los aspectos socioculturales y del ambiente físico, como una familia, grupo, cultura, aprendizaje y factores que intervienen en la valoración

de las necesidades y la planeación de los cuidados. (Carmen Fernández 2000 p. 174).

Finalmente cabe señalar que el concepto de necesidad tal y como lo utiliza Henderson, se refiere más a un requerimiento que a una carencia.

Por otro lado es importante enfatizar que el modelo de Virginia Henderson puede aplicarse dentro de cada una de las etapas del proceso de atención así, en las etapas de valoración y diagnóstico este modelo sirve para la recolección de datos, su análisis y síntesis pues determinan: el grado de dependencia / independencia en la satisfacción de las diferentes necesidades, su causa de dificultad, y como se interrelacionan. Por su parte en las etapas de Planeación y Ejecución se formulan los objetivos de independencia, en base a las causas de dificultad presentadas y finalmente en la etapa de evaluación este modelo ayuda a determinar los criterios de independencia mantenidos y/o alcanzados por la persona.

1.6 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de Enfermería es una herramienta específica que nos ayuda a detectar y tratar problemas del estado de salud tanto del individuo, como de la comunidad: además de plantear un objeto de estudio para el Licenciado en Enfermería, esto es brindar cuidados de manera metódica y científica, por lo que el profesional debe contar con los conocimientos suficientes para que en su quehacer diario pueda establecer acciones propias de enfermería.

En toda profesión se requiere de conocimientos específicos con respecto a su campo de acción, el cual es esencial para fortalecer su identidad profesional y contribuir al desarrollo disciplinar y profesional.

Para que el profesional de enfermería fundamente el cuidado integral que proporciona al individuo, familia o comunidad es necesario que conozca los modelos, paradigmas, teorías y principios que han guiado este quehacer desde Florence Nightingale y así comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería, por lo que se requiere aumentar la conciencia en cuanto a su significado, divulgación y accesibilidad.

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

número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

El proceso enfermero fue introducido por Lidia May, en 1955, como un término que representaba una herramienta útil para organizar los cuidados del individuo en la salud o en la enfermedad. A partir de entonces ha sufrido modificaciones, gracias a la intervención de teorías de Enfermería como Dorothy Johnson, Ida Orlando, Virginia Henderson y Lois Knowles, sin embargo, no fue sino hasta 1973, cuando Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin, de la St. Louis University School of Nursing, comenzaron a utilizar el modelo del proceso de enfermería de cinco fases, el cual se convirtió en el patrón para la práctica de la Enfermería Profesional.

En México, se ha venido trabajando bajo la política de profesionalización de la Enfermería, lo cual exige que el ejercicio esté basado en evidencias. Esta situación ha obligado a las instituciones formadoras de enfermeras a incorporar en sus planes de estudio el método enfermero como el eje de la disciplina profesional, y a las instituciones de salud a implementarlo en sus programas de educación continua; esperando que en la práctica profesional diaria los beneficios de su utilización mejoren la atención, al responder a indicadores y estándares que surgen como consecuencia y permitan evaluar de manera objetiva el trabajo del personal de enfermería.

1.6.1 CONCEPTO

El proceso enfermero puede ser considerado como un procedimiento sistemático e individualizado de resolución de problemas, necesita de las capacidades conductuales, cognitivas y afectivas de la enfermera para lograr identificar las necesidades de atención de la persona y brindarle los cuidados personalizados, en cualquier fase del proceso salud – enfermedad.

El método tiene características que determinan su importancia para la enfermera, posee un sustento teórico, basado en una amplia gama de conocimientos de ciencias y humanidades, es dinámico, porque implica un cambio continuo a partir de las respuestas humanas; es flexible, pues puede adaptarse a la práctica de la enfermería en cualquier situación o área de especialización y sus fases pueden ser aplicadas una forma sucesiva, realizando los ajustes que se requieren en la evaluación de cada una de ellas.

Las cinco fases del proceso enfermero son: Valoración, Diagnóstico de Enfermería, Planeación, Ejecución y Evaluación, todas ellas se encuentran interrelacionadas y tienen secuencia lógica.

1.6.2 OBJETIVOS

El proceso de enfermería implica la existencia de una relación con interacciones entre el paciente y la enfermera, en donde el objetivo es la persona.

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

1.6.3. VENTAJAS

La aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera, profesionalmente, el proceso define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad, mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería lo que permite la satisfacción de la enfermera así como la profesionalización.

Ventajas para el paciente:

- ✓ Participación en su cuidado
- ✓ Continuidad en la atención.
- ✓ Mejora la calidad de atención.

Ventajas para la enfermera:

- ✓ Se convierte en experta.
- ✓ Satisfacción en su trabajo
- ✓ Crecimiento Profesional.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO

- 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 reciprocas 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 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.

1.6.4. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

➤ LA VALORACIÓN:

Es la primera fase del cuidado enfermero. Su objetivo es reunir información que permita identificar las necesidades de la persona, los datos, objetivos y subjetivos de las respuestas humanas y/o los factores que determinan problemas reales y potenciales. Las actividades que se realizan en la fase de valoración son la recolección, organización, análisis, verificación o validación de datos.

Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarlo a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Se puede definir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos y recopilación de datos sobre el estado de salud de la persona a través de diversas fuentes como:

- Primarias: El paciente nos aportará datos subjetivos y objetivos.
- Secundarios: Son aquellos datos aportados por personas ajenas al paciente, estos son la familia, amigos, compañeros de trabajo, etc. Otros datos provienen de la historia clínica anterior y otros de registros y conclusiones realizadas por otros miembros del equipo, etc.

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

- Criterios de valoración siguiendo un orden de “cabeza a pies”, sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano,

comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.

- Criterios de valoración por “patrones funcionales de Salud”; la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo / familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.
- La obtención de la información se ayuda de técnicas directas e indirectas como el interrogatorio, la exploración física, datos de laboratorio y gabinete.
- Para la organización de los datos es necesario clasificarlos, agruparlos en categorías por información relacionada y documentarlos en una base de datos, se recomienda realizar un instrumento bajo el modelo o teoría que se de valoración basada en el modelo de Virginia Henderson.
- El análisis, la verificación y la validación permiten realizar la historia clínica de enfermería, identificar las áreas afectadas por situaciones reales o potenciales y concluir las condiciones en las que se encuentra el individuo.

Tipos de datos a recoger:

Los datos son aquella información concreta que se obtiene de una persona, familia o comunidad. Depende del marco de referencia, habrá una serie de datos que proporcionen una imagen general para identificar problemas o necesidades de salud, familiares y comunitarias, y otros datos específicos que tomarán en función de la situación.

Los tipos de datos:

- ❖ Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afecto los describe y verifica, (sentimientos).
- ❖ Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- ❖ Datos históricos – antecedentes. Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).
- ❖ Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Formar de valoración:

Existen dos formas de recoger la información en enfermería, según Alfaro (1988). Son:

- ❖ Valoración de datos fundamentales; Valoración inicial o de primer contacto.

- ✓ Está dirigida a la recolección de datos fundamentales de la persona y de sus procesos vitales (Carpenito 1987), Psicológicos, Fisiológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, así como los patrones de interacción con el medio.
 - ✓ Obtener datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
 - ✓ Factores contribuyentes en los problemas de salud.
- ❖ Valoración focalizada: valoración de datos específicos, o posterior, Aspinall MJ y Tañer C. (1985): Se recogen datos seleccionados sobre un problema concreto ya identificado.
- ✓ Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
 - ✓ Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
 - ✓ Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecidos.

➤ DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

Es principalmente la declaración del problema real o potencial de la persona, elaborado a partir de las respuestas humanas, factores relacionados o datos objetivos y subjetivos recolectados. Se trata de un juicio de enfermería o bien se puede entender como la necesidad que tiene el individuo y que enfermería puede satisfacer.

Para elaborar los diagnósticos de enfermería se propuso el formato PES:

P (problema, respuesta humana, déficit). **E** (etiología, factor relacionado) y **S** (sintomatología manifestada).

El problema se sustenta en la taxonomía de los diagnósticos de la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), que permite unificar el lenguaje y los criterios de salud al momento de definir los problemas. La etiología está basada en los factores relacionados, situaciones o condiciones causantes del origen de la enfermedad. La sintomatología se refiere a las manifestaciones objetivas expresadas por la persona y observadas por el prestador de servicio que indican la presencia o ausencia de necesidades.

Definición:

- ✓ El término de diagnóstico de enfermería: son los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas para tratar (Gordon).
- ✓ Es una declaración que describe una respuesta humana (estado de salud real o potencialmente alterado), de un individuo / grupo, a los problemas vitales, que la enfermera puede legalmente identificar y prescribir las actividades para mantener el estado de salud o reducir, eliminar o prevenir las alteraciones (Carpenito).
- ✓ Es un juicio clínico, sobre las respuestas de una persona o grupo a procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales que proporcionan la base de los cuidados para el logro de los objetivos, de los que la enfermera es responsable. (NANDA)

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico:

Es propiamente la declaración del problema real o potencial de la persona, elaborado a partir de las respuestas humanas, factores relacionados y datos objetivos y subjetivos recolectados. Se trata de un juicio de enfermería o bien se puede entender como la necesidad que tiene el individuo y que enfermería puede satisfacer. En el se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formulario para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Fases del Diagnóstico

1.- Identificación de problema:

- ✓ 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.

Ventajas del uso de los diagnósticos de enfermería

➤ Según Baer:

- ✓ Organizar, definir y desarrollar el conocimiento enfermero.
- ✓ Identificar y describir el dominio y alcance de la práctica enfermera.

- ✓ Establecer las razones específicas para brindar cuidados al enfermo / usuario basados en una valoración enfermera.
- ✓ Centrar los cuidados en la respuesta del enfermo / usuario a los problemas de salud.
- ✓ Prescribir actividades específicas para cada situación, lo que deberá aumentar la eficacia de los cuidados enfermeros.
- ✓ Brindar unos cuidados más individualizados e integrados.
- ✓ Evaluar los cuidados brindados.
- ✓ Utilizar un vocabulario estandarizado para mejorar la comunicación intra e interprofesional.
- ✓ Organizar el contenido del currículo enfermero.
- ✓ Fomentar la colaboración entre profesionales.
- ✓ Permiten establecer el coste de los cuidados enfermeros.

Tipos de Diagnóstico

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.

- ✓ **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales 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. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término “alto riesgo”. Consta de dos componentes, formato PE: problema (**P**) + etiología / factores contribuyentes (**E**).

- ✓ **Posible:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enferma 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 comunicad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Debe estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces.

Podemos añadir un quinto tipo:

- ✓ **De síndrome:** comprenden un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados.

➤ PLANEACIÓN

La planeación: es un proceso de toma de decisiones para la solución de los problemas del individuo sano o enfermo, por lo tanto las necesidades se jerarquizan, estableciendo prioridades y proyectando los objetivos del paciente y la enfermera, en términos de reducir o eliminar los factores causantes del malestar del paciente, al promover un mayor nivel de bienestar y / o controlar el estado de salud. También se plantea el plan de cuidados que no es sino la selección de las actuaciones de enfermería y la determinación de las responsabilidades del paciente para su auto cuidado y las acciones del resto de los integrantes del equipo de salud, que contribuirán al logro de los objetivos.

Todo lo anterior, debe quedar documentado en un plan de atención estructurado, que incluya como componentes mínimos: Diagnósticos de enfermería. Objetivos centrados en el paciente, intervenciones de enfermería y evaluación.

Planificación de los cuidados de enfermería:

Una vez que hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzca al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas. Carpenito (1987) e Iyer (1989).

- **Establecer propiedades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar na familia y una

comunicad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultados. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
- **Elaboración de las actuaciones de enfermería,** esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente.
- Para un Diagnóstico de enfermería real, las acciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.
- Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.
- Para un Diagnóstico de enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación. Controlar los cambios de situación con intervenciones prescritos por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

Documentación y registro.

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES.

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

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, (La Jerarquización de las Necesidades, descritas por Maslow 1972), esta carencia

coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problema de carácter biofisiológico, con excepción del la urgencia en los procesos de morir.

Queremos hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

Planteamiento de los Objetivos:

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- ✓ Dirigir los Cuidados
- ✓ Identificar los resultados
- ✓ Medir la eficacia de las actuaciones

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermero es establecer que se requiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- ✓ Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- ✓ Objetivos del paciente / cliente o criterios de resultados.

Objetivos de Enfermería:

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

- ✓ A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- ✓ A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- ✓ A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Objetivos del paciente:

- ✓ Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- ✓ Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, bebe, etc.

Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, donde, etc). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades.

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

Tipos de actividades de enfermería, (Iyer, 1989).

Las funciones de enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermería surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación.

- ✓ **Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- ✓ **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución o colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- ✓ **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la supervisión o dirección de otros profesionales, y la orden previa de un médico. Son los Diagnósticos de enfermería. (D.E.).

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

- ✓ Promoción de la salud.
- ✓ Prevenir las enfermedades.
- ✓ Restablecer la salud.
- ✓ Rehabilitación.
- ✓ Acompañamiento en los estados agónicos,

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

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

- ✓ El diagnóstico enfermero real.
- ✓ Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- ✓ Promover mayor nivel de bienestar
- ✓ Controlar el estado de salud.
- Para diagnóstico enfermero de alto riesgo:
 - ✓ Reducir o eliminar los factores de riesgo.
 - ✓ Prevenir que se produzca el problema
 - ✓ Controlar el inicio del problema.
- Para el diagnóstico enfermero posible:
 - ✓ Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.
- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:
 - ✓ Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.
- Para problemas interdependientes:
 - ✓ Controlar los cambios de estado del paciente.
 - ✓ Manejar los cambios de estado de salud.
 - ✓ Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método, Los pasos a seguir son los que siguen:

- ✓ Definir el problema (diagnóstico).
- ✓ Identificar las acciones alternativas posibles.
- ✓ Seleccionar las alternativas factibles.

La determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, según Carpenito (1987) son:

- ✓ Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- ✓ Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- ✓ Ejecutar las actividades interdependientes de enfermería prescritas por el médico.

DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

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

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

PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- ✓ Diagnósticos de enfermería /problemas interdependientes.
- ✓ Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- ✓ Ordenes de enfermería (actividades).
- ✓ Evaluación (informe de evolución).

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS.

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

- ✓ **Individualizados:** Permite documentar los problemas del paciente los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- ✓ **Estandarizado.** Según Mayers (1983), [un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad].
- ✓ **Estandarizado con modificaciones:** Este tipo de planes permite la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- ✓ **Computarizado.** Requiere la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización aún paciente concreto.

➤ **EJECUCIÓN.**

La ejecución: Es la cuarta etapa del plan de cuidados, es la etapa principal del proceso de enfermería, porque durante ella es cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado, es la fase del método enfermero orientada a la acción, ya que se proporciona los cuidados que el paciente y familia requieren para establecer un equilibrio entre sus demandas y capacidades, requiere de los conocimientos, habilidades, destrezas y relación socio – humanística de la enfermera. Incluye la actualización de las áreas de cuidados, la organización del material y del personal, la preparación del entorno y del paciente, y la prevención de complicaciones potenciales.

La ejecución también requiere de aptitudes cognitivas, conductuales y afectivas, por parte del prestador de servicios. Al comenzar su tarea, el profesional de enfermería debe optar por el nivel de cuidados que producirá el máximo beneficio para el paciente y familia. El desarrollo de capacidades que benefician al paciente depende en gran medida de su estado físico y sus potencialidades identificadas.

En esta fase también se elige el sistema de enfermería, ya sea totalmente compensatorio parcialmente compensatorio o de apoyo/educación, con el fin de adaptar las actuaciones tanto del paciente como del equipo de salud; los elementos principales son: La enfermera, el paciente o grupo de personas y los acontecimientos ocurridos, incluyendo entre ellos las interacciones con los familiares y amigos, hecho que permitirá alcanzar del sistema de enfermería permitirá compensar las necesidades normales, por lo que, a medida que vaya mejorando su estado, se adaptará otro sistema de enfermería.

La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y validación de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería. Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

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

➤ **EVALUACIÓN**

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

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, es este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, (Griffith y Christensen, 1982), es la que determina la eficacia del plan de cuidados, ofreciendo al profesional de enfermería la información requerida para asegurar la obtención de los mejores resultados.

Esta fase es particularmente importante, porque implica no sólo la evaluación de los cuidados, sino también una auditoria basada en indicadores y estándares que permiten evaluar la utilización de los recursos, con la finalidad de determinar si se realizan periódicamente las actividades diseñadas en la fase de ejecución, si las actividades que se han realizado están acordes con las condiciones del entorno del paciente y si éstas aún son útiles. Permite corroborar o evaluar si se está logrando la regulación del funcionamiento del paciente, mediante la realización de medidas de cuidados para satisfacer las demandas terapéuticas, observar si la actuación del paciente como agente de auto cuidado está adecuadamente controlada, y por último verificar si el paciente está desarrollando capacidades para ocuparse de sí mismo.

También es importante recordar que la evaluación, aún cuando tiene mayor significado en la ejecución por los resultados de evidencia que genera, debe estar implicada en cada una de las etapas que conforman el proceso enfermero.

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

- 1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo.
- 2.- Señales y síntomas específicos.
- 3.- Conocimientos.
- 4.- Capacidad psicomotora (habilidades).
- 5.- Estado emocional
- 6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud).

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

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

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

- Medir los cambios del paciente / cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera.
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como igual, poco apetito, es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente, La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva. (Mtra. Verónica Flores Fernández, agosto de 2007 pág. 91 – 113.

1.7 CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR

Envejecer es universal e inevitable. La vejez es un período importante de la vida por derecho propio.

El envejecimiento es el conjunto de modificaciones morfológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, se supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas. Así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo. Esta es la época en la que deben adaptarse a una nueva estructura de funciones para manejar correctamente las disminuciones en las capacidades y as ganancias en sabiduría, experiencia y paciencia.

Según la OMS, en el siglo XX se produjo una revolución de la longevidad. La esperanza media de vida al nacer ha aumentado 20 años desde 1950 y llega ahora a 66 años y se prevé que para 2050 haya aumentado 10 años más.

Las estadísticas demuestran que el porcentaje de personas maduras y ancianas aumenta gradualmente en la población de los distintos países del mundo. Sabemos que esa proporción aumentará más aún en los años futuros.

El envejecimiento es un proceso, aunque este abarca toda la vida y sus efectos varían según el individuo, es un proceso gradual que conduce a una pérdida de función del organismo, comienza a partir de la 3ª - 4ª década de la vida, y se manifiesta por una disminución progresiva de la capacidad de reserva del organismo para restaurar su homeostasia interna ante el daño producido por agentes externos. El envejecimiento trae consigo cambios en los diferentes sistemas.

Erickson define a la tercera edad como aquella en que se adquieren comportamientos de dependencia, ligados a la fragilización del estado de salud.

Se considera que la tercera edad comienza a los 65 años. Desde 1920, el número de personas es las sociedades industrializadas que llegan a la tercera edad ha aumentado de forma considerable. En numerosos países occidentales la

esperanza de vida superara los 70 años. En los países en vías de desarrollo a medida que se van eliminando las enfermedades infantiles y mejora la sanidad, la esperanza de vida también va aumentando. “Gerontología”, Enciclopedia Microsoft, Encarta 2000 1993 – 1999.

Una transformación demográfica mundial de este tipo tiene profundas consecuencias para cada uno de los aspectos de la vida individual, comunitaria, nacional e internacional. Todas las facetas de la humanidad (sociales, políticas culturales, psicológicas y espirituales) experimentarán una evolución.

1.7.1 CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES.

ASPECTOS SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO.

El proceso del envejecimiento humano debe ser considerado también en el contexto de sociedades complejas sujetas a grandes variaciones. La forma en la que la población envejece no está totalmente determinada por la biología, también está influida por las circunstancias sociales y el ambiente individual. En consecuencia, el envejecimiento se contempla cada vez más como un porceso de incluye aspectos culturales y psicosociales. Además, en lugar de limitarse exclusivamente a la etapa de la vejes, su estado se está extendiendo a todo el período vital.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO.

El envejecimiento psicológico de una persona es la consecuencia de la acción del tiempo vivido y percibido por él sobre su personalidad. Entre los aspectos psicológicos educativos se sitúa como elemento básico la personalidad de las personas mayores. Las posibilidades evolutivas de la personalidad son, en general, ilimitadas a determinada edad o período vital. Desde lo psicológico-evolutivo, el envejecimiento se considera como el efecto recíproco entre la evolución y estabilización de las características de la personalidad, y de su rendimiento y regreso. 1. “Psicología del envejecimiento”, enciclopedia Microsoft Encarta 2000 1993-1999.

TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Aunque la investigación sobre el envejecimiento biológico no está basad en ninguna teoría aceptada universalmente, los estudios genéticos, celulares y fisiológicos han suscitado varias hipótesis. Desde que nacemos tenemos una determinada información genética, en la que está incluida la longevidad del organismo. La longevidad de una determinada especie, estaría predeterminada por mecanismos genéticos y serían las circunstancias ambientales o patológicas

acumuladas durante la vida de cada uno las limitarán, en mayor o menor medida, esa programación. Uno de los conceptos genéticos más importantes.

TEORIAS DEL ERROR

Supone que las alteraciones propias de la edad se deben a la acumulación de errores genéticos aleatorios, o a pequeños errores en la transmisión de información genética. Estos daños o errores reducen o impiden el funcionamiento adecuado de las células. “Envejecimiento”, enciclopedia Microsoft, Encarta 2000, (1993-1999).

LAS TEORIAS FISIOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO:

Se centran en los síntomas orgánicos y sus interrelaciones. Por ejemplo, una de las áreas más investigadas en la actualidad es el sistema inmune que protege nuestro organismo de las células extrañas. Una característica de los mamíferos es que su sistema inmune pierde gradualmente su capacidad de enfrentarse las infecciones y a otras situaciones como el envejecimiento. Como resultado, los anticuerpos que produce el organismo son incapaces de distinguir entre células “amistosas” o “propias” y “enemigas” o “no propias”. Actualmente, la mayoría de los expertos consideran que el envejecimiento no es el resultado de un mecanismo aislado sino que comprende un conjunto de fenómenos que actúan en concierto². Envejecimiento, enciclopedia Microsoft Encarta 2000, 1993-1999.

TEORÍA DEL DESGASTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

También llamada teoría del ritmo de vida, que dice que las células del cuerpo se van estropeando conforme pasa el tiempo debido a su uso. Los radicales libres serían las sustancias responsables del desgaste de las células relacionadas con los estilos de vida nocivos y poco saludables.

Resalta la importancia y participación tanto de factores exógenos como endógenos en el envejecimiento, por lo que es muy probable que el envejecimiento del organismo no ocurra por un único motivo, sino que por la suma de múltiples factores y procesos, cuyo balance general determina que el individuo envejezca.

1.8 AFECCIONES CRÓNICA – DEGENERATIVAS

“La enfermedad crónica se define como un proceso incurable, con una carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacidad. Tiene una etiología múltiple y con un desarrollo poco predicable”.

Otra definición de enfermedad crónica es “Trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que es probable que persista durante largo tiempo” (Universidad de Virginia).

Prostatitis: Inflamación aguda o crónica de la próstata, en términos simples.

El 50% de todos los ancianos varones tienen alguna hipertrofia (crecimiento de la próstata). Esta condición a su vez, puede producir problemas al orinar. La retención de la orina en la vejiga produce infecciones recurrentes de la próstata; además, existe una disminución del 50% en la cantidad de sangre que fluye por los riñones, así como una disminución en el número de nefronas que funcionan (Baland y Cols, 1979). En el hombre el adenoma prostático se manifiesta con una dificultad para retener la orina que apenas aparece el deseo de orinar, debe hacerlo so riesgo de orinarse, micciones frecuente como delgado y a veces dificultad para iniciar una micción. El tratamiento es básicamente quirúrgico y realizar pruebas para detección de cáncer prostático.

Diferentes tipos de Prostatitis.

- **Prostatitis bacteriana aguda**

A pesar de ser el tipo de prostatitis menos común, la prostatitis bacteriana aguda se presenta en hombres de cualquier edad, se inicia de manera repentina y presenta síntomas severos. Es importante iniciar el tratamiento de inmediato ya que el trastorno se diagnostica fácilmente. Los hombres pueden tener dificultad para orinar y sentir un dolor muy intenso al hacerlo. Otros síntomas de la prostatitis bacteriana aguda incluyen fiebre, escalofríos, dolor en la región inferior de la espalda, dolor en la zona genital (entre las piernas), frecuencia urinaria, ardor al orinar y/o urgencia de orinar durante la noche, junto con dolores y malestar en todo el cuerpo.

- **Prostatitis bacteriana crónica**

A pesar de ser un trastorno bastante raro, la prostatitis bacteriana crónica es una infección recurrente de la glándula prostática difícil de tratar. Los síntomas de la infección suelen ser similares a los síntomas de la prostatitis bacteriana aguda, pero menos intensos. Sin embargo, los síntomas de la prostatitis bacteriana crónica generalmente se extienden durante un tiempo más prolongado y no presentan fiebre, al contrario de lo que sucede en caso de una infección aguda.

- **Prostatitis crónica (también denominada síndrome del dolor pélvico crónico)**

La prostatitis crónica o síndrome de dolor pélvico crónico es probablemente la forma de prostatitis más confusa, pero la forma más común de la

enfermedad. Los síntomas pueden aparecer y desaparecer sin ningún indicio. La infección se puede considerar inflamatoria, en la que la orina, el semen y las demás secreciones no contienen un organismo infectado conocido, pero sí contienen células que combaten las infecciones; o bien, la infección se puede considerar no inflamatoria, en la que no se manifiestan inflamación ni células que combaten las infecciones.

- **Prostatitis inflamatoria asintomática**

La prostatitis inflamatoria asintomática se puede diagnosticar cuando se detectan células que combaten la infección, pero no se presentan síntomas comunes de la prostatitis, tales como dificultad al orinar, fiebre, y dolor en la región inferior de la espalda y la pelvis. El diagnóstico de la prostatitis inflamatoria asintomática se realiza generalmente durante un examen para detectar otros trastornos, tales como la infertilidad o el cáncer de próstata.

Principales Causas de la Prostatitis

La prostatitis es una infección que se suele desarrollar a partir del ingreso de una bacteria a los conductos prostáticos desde el recto y, o como resultado del retroceso de la orina infectada.

La prostatitis no es una enfermedad contagiosa y no se considera una enfermedad de transmisión sexual. Sin embargo, puede estar ocasionada por diversas enfermedades de transmisión sexual.

Factores de riesgo para desarrollar Prostatitis

Aunque todos los hombres pueden desarrollar prostatitis a cualquier edad, ciertos trastornos suponen un riesgo mayor de desarrollar esta enfermedad, entre los que se incluyen:

- infección reciente en la vejiga, el tracto urinario o en cualquier otra parte del cuerpo
- lesión o traumatismo del perineo (zona entre el escroto y el ano)
- anomalía en el tracto urinario
- próstata agrandada
- relaciones sexuales anales
- procedimiento reciente que implique la inserción de un catéter urinario o cistoscopio

A continuación se enumeran los síntomas generales más comunes de la prostatitis. Sin embargo, cada persona puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- frecuencia y, o urgencia urinaria
- ardor o sensación punzante al orinar
- dolor al orinar
- volumen de flujo de orina reducido
- dolor y, o presión en el recto
- fiebre y escalofríos (suelen manifestarse sólo con una infección aguda)
- dolor en la región inferior de la espalda y, o la pelvis
- segregación de flujo a través de la uretra al evacuar
- disfunción sexual y, o pérdida de la libido (deseo sexual)
- sensación pulsante en el recto y, o la zona genital

Tratamiento

El tratamiento más eficaz para la prostatitis depende fundamentalmente de un diagnóstico preciso. Además del examen físico y la historia médica completa, los procedimientos para diagnosticar la prostatitis pueden incluir los siguientes:

- cultivo de orina, incluyendo recolección de muestra de orina de triple micción (También llamado método de recolección de orina de tres frascos.) - este procedimiento, que se suele utilizar junto con el masaje de próstata, consiste en recolectar y evaluar el líquido prostático y la orina con la finalidad de detectar la presencia de glóbulos blancos y bacterias.
- examen rectal digital (su sigla en inglés es DRE) - procedimiento en el cual el médico introduce en el recto un dedo enguantado para examinar el recto y la glándula prostática con el fin de detectar señales de cáncer.
- cultivo de semen
- masaje prostático (También llamado masaje.) - procedimiento mediante el cual se recolecta líquido prostático para ser examinado. A través de este procedimiento, que se suele realizar durante un examen rectal digital (DRE), el médico "masajea" la glándula prostática con la finalidad de drenar líquido a la uretra. Luego, se realiza el examen microscópico del líquido para detectar la presencia de inflamación y, o infección.
- cistoscopia (También llamada cistouretroscopia.) - examen en el cual un tubo flexible con un dispositivo visualizador se introduce a través de la uretra para examinar la vejiga y el tracto urinario e investigar anomalías estructurales u obstrucciones, como los tumores o cálculos.

El tratamiento específico para la prostatitis será determinado por su médico de acuerdo con:

- su edad, su estado general de salud y sus antecedentes médicos
- la gravedad de la enfermedad
- su tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias
- sus expectativas para la evolución de la enfermedad
- su opinión o preferencia
- Quirúrgico.

2 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

El caso práctico de P.A.E (Proceso de atención de Enfermería) está basado en un hombre de 82 años, mide 1.60 cm. Pesa 58 kg., casado.

Originario del Distrito Federal, nació el 16 de julio de 1927, estudio hasta el 3er. Año de primaria; se desempeñó como campesino y comerciante, en la actualidad ya no trabaja, permanece en el hogar, habita en casa propia, misma que cuenta con todos los servicios intra domiciliarios y extra domiciliarios; vive con dos hijas y una nieta.

Inicia padecimiento hace 2 años.

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA

Nombre y apellidos C. C. N., Edad 82 años, Talla 1.60 cm., Peso 58 kg., Tensión Arterial 110/80 mmhg, (Cifra que maneja habitualmente), Pulso: 70 p. por minuto., Religión Santo de los Últimos Días, Alergias Ninguna.

Hábitos

No fuma, no toma bebidas alcohólicas, no ingiere tóxicos, tipo de dieta habitual blanda.

Problemas Patológicos presentes

Prostatitis, Dolor, presencia de úlceras de presión y deshidratación.

Antecedentes Médicos

- Ninguno de Importancia
- Sólo enfermedad de estación (Gripe o GEPI)

Vacunas Administradas

Desconoce si le aplicaron alguna.

Exploración Física

El Sr. C. C., presenta campos pulmonares bien ventilados, sin residuos de presencia de secreciones, una respiración rítmica, amplitud buena, refiere no fumar en la actualidad, pero fumo durante 5 años (1 cigarro diario por la noche).

Durante su niñez, en su casa cocinaban con leña. Actualmente no convive con fumadores.

Presenta ligera palidez de tegumentos, adecuada hidratación de mucosa, llenado capilar de 3 segundos.

Tolera la vía oral, sin problema para la deglución y la masticación de alimentos, toma 4 vasos de agua al día, la alimentación es suficiente en cantidad, adecuada en la combinación de los diferentes grupos de alimentos, refiere que le gusta tomar refresco (2 vasos a la semana), no bebe alcohol.

Refiere no tener problema con su degustación. No tiene completa la dentadura, le faltan los molares (no cuenta con ninguna), no usa prótesis, buena práctica de limpieza, refiere lavarse tres veces al día.

Abdomen blando deprecible con peristalsis disminuida, con disminución de la evacuación –lleva dos días de que no evacua, refiere que en la última ocasión presenta evacuación con sangre (melenas).

Orina de 4 a 5 veces al día (posterior a la P.T.P.U.) con volumen urinario, color amarillo claro obscuro.

Presenta lentitud de movimiento debido al disminuir de la fuerza física, tendones y articulaciones menos elásticas, que le limita la agilidad para el movimiento; no puede deambular, claudica de M.P. derecha, se observa modificación en la columna vertebral, con posición ligeramente encorvada con inclinación hacia el lado derecho.

Se auxilia con andadera para realizar sus necesidades fisiológicas pero últimamente ha utilizado con mayor frecuencia la silla de ruedas.

- Sus patrones se desconocen, no refiere alteración importante, menciona que no tiene dificultad para concebir el sueño, duerme de 7 a 8 horas, su sueño es profundo, apacible sin pesadillas, no se observan ojeras, con buena concentración, alerta.

En cuanto a la forma de vestir, usa ropa adecuada al clima y tiempo, de libre decisión y adecuada para su edad. Se cambia de ropa diario.

- No presenta alteración de la temperatura en el momento de la exploración se registra, una temperatura de 36 °C.

Hábitos Higiénicos: Se baña diario a media mañana, con cambio completo de ropa, se lava tres veces al día los dientes, las manos se las lava después de ir al baño y cuando sea necesario durante el día, sus uñas están en óptimas

condiciones de lubricación, no hay presencia de micosis en uñas de los pies, su coloración es rosada.

No visita al dentista, no presenta caries, las piezas dentarias con que cuenta se observan en buenas condiciones de limpieza, no presenta sarro, ni lesiones de la mucosa.

A la exploración de tegumentos se observa piel con buena coloración, sin lesiones, no se observa resequedad, mucosa ligeramente seca.

- En lo que se refiere a la atención de la salud: Carlos refiere que nunca necesito atención y que todo ha empezado en esta etapa de su vida, pero con esto el acude cada que lo citan para su atención. Su percepción personal refiere sentirse bien, es capaz de mostrar su seguridad física.
- A la exploración de los sentidos, se observa buena comunicación, sin dificultad para articular palabras, la conversación es regular, no escucha bien, refiere una disminución de la agudeza auditiva, presenta disminución de la visión por la edad. Por lo que, la visita al oftalmólogo es cada 6 meses y no usa lentes, no refiere alteración en cuanto al olfato, gusto y tacto.

Se percibe como una persona realista, sociable, poco tolerante con las personas jóvenes, gusta de leer.

En el área de creencias y valores: refiere estar tranquilo y que lo importante en su vida es estar bien de salud, tener seguridad.

Cuenta con su familia y no tiene problemas graves. Sus valores son firmes, respeta y ama a su familia, su religión la profesa por convicción. (Santo de los Últimos Días).

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINA HENDERSON

Oxigenación	Satisfecha
Alimentación e Hidratación	Insatisfecha por conocimiento
Eliminación	Insatisfecha por conocimiento, fuerza y voluntad
Movimiento y buena postura	Satisfecha
Descanso y Sueño	Satisfecha
Vestido	Satisfecha
Termo regulación	Satisfecha
Higiene	Satisfecha
Evitar Peligros	Insatisfecha por conocimiento.
Comunicación	Satisfecha
Creencias y Valores	Satisfecha
Trabajar y realizarse	Satisfecha
Recreación	Satisfecha
Aprendizaje	Insatisfecha por deficiencia

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

NECESIDADES	SATISFECHA	INSATISFECHA	
		REAL	POTENCIAL
OXIGENACIÓN	X		
ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN		X	
ELIMINACIÓN		X	
MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA	X		
DESCANSO Y SUEÑO	X		
VESTIDO	X		
TERMORREGULACION.	X		
HIGIENE	X		
EVITAR PELIGROS		X	
COMUNICACIÓN	X		
CREENCIAS Y VALORES	X		
TRABAJAR Y REALIZARSE	X		
RECREACIÓN	X		
APRENDIZAJE	X		

DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Diagnósticos Reales

Necesidad Alterada : Seguridad causa de la dificultad por: : Fuerza, nivel de dependencia parcialmente dependiente.

Diagnóstico:

Alteración de la necesidad de seguridad física relacionada a tensión en rodilla manifestada por dolor agudo e incapacidad para deambular.

Objetivo:

Lograr que el Sr. X disminuya el dolor, muscular aumente la fuerza y la resistencia en las extremidades.

Intervención:

- Administración de analgésicos: Una tableta de ketorolaco, cada 8 hrs (8, 16 y 24)
- Enseñar al Sr a usar los aparatos ortopédicos (andadera, bastón o silla de ruedas) y ayudas ambulatorias.
- Informar al Sr de la necesidad de conseguir el peso ideal para facilitar la movilidad.
- Calentamiento antes de comenzar el ejercicio o usar una almohadilla eléctrica en las zonas afectadas, luego se realiza el estiramiento con suavidad.
- Aconsejar la realización de ejercicios de acuerdo con el grado de actividad.

Fundamentación:

La inflamación crónica asociada a la artropatía inflamatoria provoca una lesión de las estructuras articulares y xustaarticulares como desmineralización ósea laxitud tendinosa y ligamentos y pérdida de masa muscular. Esta lesión puede causar deterioro de la movilidad.

Evaluación:

Se logra disminución del dolor e incrementa movilidad de rodilla logrando deambular.

Diagnóstico Real:

Necesidad alterada: oxigenación, causa de la dificultad por: fuerza nivel de dependencia parcialmente dependiente.

Diagnóstico:

Alteración de la oxigenación relacionada a pérdida de volumen sanguíneo manifestada por somnolencia, desorientación y debilidad.

Objetivo:

Proporcionar un adecuado aporte de líquidos para evitar alteración de la oxigenación.

Intervenciones:

- Deben disminuirse las demandas de oxígeno mediante el descanso físico y emocional.
- Colocarlo en posición que facilite la ventilación y mantener permeables las vías respiratorias.
- Ministración de soluciones parenterales. Solución mixta 1000 ml. para 8 hrs, alternando con solución Harmant para 8 horas.
- Aplicación de oxígeno por vía nasal cada dos horas con una de descanso, a 3 lts. por minuto.

Fundamentación:

La deshidratación de las células altera su funcionamiento y cuando hay pérdidas excesivas del agua de la sangre en problemas relacionados con alteración del volumen y de la presión de la sangre circulante.

El centro respiratorio puede lesionarse por una deficiente circulación.

El cambio de posición continua ayuda a una respiración profunda.

Evaluación:

Se resuelve la alteración, el Sr. no presenta ningún síntoma.

Diagnóstico Real:

Necesidad alterada: hidratación, causa de la dificultad por: fuerza, nivel de dependencia: totalmente dependiente.

Diagnóstico:

Alteración de la hidratación relacionada a pérdida de volumen circulante manifestado por deshidratación de mucosas.

Objetivo:

El Sr. mantendrá una hidratación adecuada.

Intervenciones:

- Vigilar la reposición de líquidos durante las primeras 24 horas a su ingreso.
- Controlar ingresos y egresos.
- Mantener la diuresis en 0.5 a 1 ml/kg/h.
- Vigilar síntomas de deshidratación.

Fundamentación:

Como las necesidades hídricas varían en cada ser, es necesario calcular el volumen requerido.

La diuresis es el mejor indicador de una reposición hídrica adecuada.

Los líquidos parenterales restituyen los líquidos perdidos por el estado de dieta absoluta y la hemorragia.

Evaluación:

Mejora la hidratación de mucosas y estado general.

Diagnóstico Real:

Necesidad Alterada: oxigenación de protuberancias, causa de la dificultad por: fuerza parcialmente dependiente.

Diagnóstico:

Alteración de la oxigenación relacionada a periodos prolongados de presión en zonas isquiáticas con protuberancia ósea manifestada por úlceras.

Objetivo:

Ayudar a lograr un cambio de posiciones que beneficie su actitud mental y favorecer la actividad de algunos grupos musculares.

Intervenciones:

- Aplicar los principios de prevención de las úlceras de presión.
- Utilizar bloques y almohadas de espuma para crear un efecto de puente para apoyar el cuerpo por encima y por debajo de la zona de alto riesgo o ulcerado. Esto evita que el área contacte con las superficie de la cama (no deben usarse donas).
- Elaborar un plan de cuidado de las úlceras por presión.
- Alterar o reducir la presión sobre la piel con aparatos como: colchones de aire, camas de presión alterna.
- Movilizar al Sr. fuera de la cama por tiempos cortos.
- Enseñar al paciente a incorporarse de la silla cada 10 minutos, si es posible, apoyándose en los brazos de ésta.

Fundamentación:

Los factores contribuyentes de la destrucción tisular pueden ser intrínsecas (por ejemplo piel vulnerable, trastornos sistemáticos), o extrínsecos (ejemplos: mecánicos, químicos, húmedas). Evitar romper las ampollas, realizar una rutina de ejercicios e implementar la colocación de cojines de aire que ofrecen alivio.

Cuanto más factores existan, más vulnerable será el paciente.

Los principios de la prevención de las úlceras por presión comprenden la reducción o el cambio de la presión sobre el tejido blando.

Si la presión sobre los tejidos blandos supera la presión intracapilar (aproximadamente de 32 mmhg), la oclusión capilar y la hipoxia capilar resultante pueden producir lesión tisular.

El ejercicio y la movilidad aumentarán el riego sanguíneo en todas las zonas.

Evaluación

El ser ha comprendido la importancia de la movilización y ejercicios para su pronta recuperación y cicatrización de úlceras.

Diagnóstico Real:

Necesidad Alterada: seguridad y protección, causa de dificultad: voluntad nivel dependencia parcialmente dependiente.

Diagnostico:

Alteración de la necesidad de seguridad psicológica relacionada a ésta de salud grave, manifestada por tristeza y referir miedo a la muerte.

Objetivo:

Ayudar al Sr. a entender y comprender su alteración para lograr su bienestar.

Intervenciones:

- Animar al paciente a compartir sus sentimientos y preocupaciones.
- Mostrar una actitud tolerante y escuchar con atención.
- Identificar los sistemas de apoyo.
- Explicar la necesidad de someterse a revisiones médicas frecuentes
- Animar al familiar o allegados a compartir sus sentimientos y promover la esperanza garantizando cuidado, bienestar y apoyo.

Fundamentación:

El éxito de la adaptación del ser depende en gran medida de factores como la consecución de un afrontamiento previo al cambio de vida.

La descripción minuciosa de las sensaciones y procedimientos esperados contribuyen a aliviar la ansiedad y el miedo (Christmon y Kirchhoff 1992).

El duelo implica reacciones emocionales profundas, las intervenciones dependen de cada caso en particular.

Evaluación:

El Sr. se muestra más tranquilo y acepta su tratamiento mejorando su estado de ánimo.

CONCLUSIONES

Como primera conclusión se lograron cumplir los objetivos, planteados en la elaboración del proceso de atención de enfermería, que incide de manera positiva y deja precedente en la atención de calidad en forma holística.

Las acciones específicas de enfermería permiten retrasar la progresión de los problemas de salud; porque es importante involucrar al paciente y a la familia en el proceso de atención, para que obtengan la educación acerca del problema que lo aqueja y asumir su responsabilidad en el cuidado y auto cuidado que debe tener.

La experiencia al llevar a cabo este proceso de atención, fue satisfactoria ya que se reafirman conocimientos y se aplican con certeza los diagnósticos de enfermería que analizan y expresan las necesidades del ser.

Con un plan de atención basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson, que conllevan a alcanzar una individualidad del paciente y lograr cumplir los objetivos para alcanzar la autosuficiencia y mejorar las condiciones de salud del paciente.

Como profesional ser humano y lograr la profesionalización como Licenciada en enfermería.

4 BIBLIOGRAFIA

- ❖ **Ann Griffin Perry, Patricia A. Portter**, *TÉCNICOS Y PROCEDIMIENTOS BÁSICOS*, 1999, 4a. Edición, Edit. Harcourt Mosby, Inc. Madrid España, 1999, pág. 1 – 553.
- ❖ **Castañeda. G. Hierro., I. Hernández Tezoquipa, et. Al.**, *ENFERMERIA ¿CADENA O CAMINO?* AAPAUNAM. pág. 120.
- ❖ **Collieré M. F:** “PROMOVER LA VIDA”, ED. Mc Graw – Hill Interamericana. Barcelona España, Edición 1982, pág. 3 – 105.
- ❖ **Enciclopedia Microsoft Encarta 2000.** “EL ENVEJECIMIENTO”. 1993 – 1999.
- ❖ **Enciclopedia Microsoft Encarta 2000.** “GERONTOLOGÍA, GERIATRÍA”. 1993 – 1999.
- ❖ **Fernández Ferrin, Carmen**, “EL MODELO DE HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA”, 1995, Pág. 69-70.
- ❖ **G. López A.J.**, Incontinencia urinaria (2001), (Online), recuperado 24 – 10 – 2007. Word Wide Web (obtygine@ medicina, udea. Edu.com).
- ❖ **Henderson, Virginia** (1999), Unidad 2 “PROCESO DE ATENCIÓN” citado por **Mtra. Flores Fernández, Verónica**, *COMPILACIÓN, SEMINARIO PARA TITULACIÓN, PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA*, México, 2007. pág. 91 – 131.
- ❖ **Henderson, Virginia**, citado por **Pacheco Ana Laura, Arce Ana Laura, García Piña Ma. Aurora, Rodríguez Jiménez Sofía** en antología *FUNDAMENTACIÓN PARA EL CUIDADO*, ENEO, UNAM; Unidad 3 “Definición de Enfermería”, México, 2005 pág. 100 – 110.
- ❖ **Hernández Conesa Juana** (1985): *HISTORIA DE LA ENFERMERÍA*, McGraww-Hill, Interamericana, Madrid.
- ❖ **Iyer P.W.** (1997), Unidad 4. “Diagnóstico”, citado por **Pacheco Arce Ana Laura, García Piña Ma. Aurora, Rodríguez Jiménez Sofía**, citado en antología *FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA PARA LA CIUDAD*, ENEO, México, 2005, pág. 402.
- ❖ **Kerokuac Zusanne** “EL PENSAMIENTO ENFERMERO EN MÉXICO”, *ANTOLOGÍA FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA PARA EL CUIDADO ENEO-UNAM*, 2005, pág. 114.
- ❖ **Leedy, Susan**, “BASES CONCEPTUALES DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL EN: MÉXICO 2005”, *ANTOLOGÍA FUNDAMENTOS TEÓRICOS PARA EL CUIDADO ENEO – UNAM*, 2005 pág. 85.
- ❖ **Lefevre, Alfaro R.** (1999), Unidad 3 “Valoración” citado por **Pacheco Arce Ana Laura, García Piña Ma. Aurora, Rodríguez Jiménez Sofía**, citado en antología “*FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA PARA EL CUIDADO*”, ENEO - UNAM, México, 2005, pág. 402.

- ❖ **Donahue M. Patricia** *HISTORIA DE LA ENFERMERIA*. Ediciones Doyma, España, 1985. pág. 2 – 11.
- ❖ **Marriner Tomeym Ann**, “MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA”, 3ª. Ed. Edit Mosby – Doyma, 1994.
- ❖ **Zárate Grajales, Rosa A., Mtra.** citado en antología “GESTIÓN DEL CUIDADO ENEO-UNAM”. México, 2004 pág. 54, 55, 56.
- ❖ **Polit, Hungler** (1999), Unidad 3 “Contexto conceptual y contexto teórico”, citado por **Pacheco Arce Ana Laura, García Piña Ma. Aurora, Rodríguez Jiménez Sofía**, citado en antología “*FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA PARA EL CUIDADO*”, ENEO – UNMA, México, 2005 pág.402.
- ❖ **Quedas, fox, c., Rubio Domínguez S.,** citado en antología “*LA FUNCIÓN DOCENTE EN LA ENSEÑANZA CLÍNICA DE ENFERMERÍA*”, mecano grama, ENEO-UNAM, 1997. pág. 16.
- ❖ **Rodríguez J. Sofía, et al Compiladoras** citado en antología “*FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA PARA EL CUIDADO*”. ENEO – UNAM, México, D.F. 2005, pág. 402.
- ❖ **Sor Callista ROY** (1976, 1984) **Kosler B. Blais K.** “*CONCEPTOS Y TEMAS EN LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA*”, 2ª. Ed. Interamericana MacGraw Hill, México, 1995, pág. 4 – 6.

A N E X O S



**INSTRUMENTO DE VALORACIÓN
BASADO EN EL MODELO DE NECESIDADES HUMANAS
DE VIRGINIA HENDERSON
FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.**

Datos de Identificación:

Nombre C.C.N. Edad: 82 años Sexo Masculino
Ocupación: Desempleado Estado Civil: Casado Religión: SUD
Escolaridad: 3ro. De Primaria Domicilio: Callejón Mina No. 5 Unidad de
salud donde se entiende: Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

VALORACIÓN DE NECESIDAD:

1. Oxigenación:

¿Tiene algún problema para respirar? No X Si Describa
¿Se expone a humo de leña? No ¿fuma? No X Si ¿Cuántos
cigarros al día? ¿Convive con fumadores? No. X Si ¿Convive
con aves? No ¿Tiene la sensación de que le falta el aire al subir
escaleras? No X Si ¿Su casa esta ventilada? No Si X
¿Hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su
casa? No X Si ¿Tiene familiares con problemas para respirar?
No X Si ¿Le han diagnosticado hipertensión? No X Si
¿Tiene problemas cardiacos? No X Si ¿Tiene familiares con problemas
del corazón? No X Si ¿Toma algún medicamento? No X Sí
Especifique .

Explore:

Región cardiopulmonar: Sin Alteración Dificultad
respiratoria: No. X Si Fatiga No frecuente Tos: No X
Si Expectoración: No. Si X Coloración de Piel Llenado
Capilar 3 segundos.

Observaciones: El paciente refiere sentir obstrucción en garganta y siente deseos de expectorar, pero esto inicio con su padecimiento, se encuentra con frecuencia cardiaca de 70 por minuto.

2.- Alimentación e hidratación

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno?
Leche, pan, verduras y fruta Cantidades en raciones: 2 tza., 1 pza., 1 ración y una fruta.
¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida? Sopa, Guisado, Frijoles, Tortillas y Agua Cantidades en raciones: 1 ración de sopa, guisado y frijoles, 2 vasos de agua ¿Come entre comidas? No. X Si ¿En donde acostumbra comer? En el comedor

¿Con quién acostumbra comer? Con su esposa e hijas ¿Considera que su estado de ánimo influye en sus alimentación? No X Si ¿Por qué?
¿Cuáles son los alimentos que le agradan? Todos, no tiene problemas con ninguno ¿Cuáles son los alimentos que le desagradan? Ninguno ¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia? Ninguno ¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia? Ninguno ¿Tiene problemas para masticar? Si X No ¿Por qué? Por falta de dentadura ¿Tiene dentadura completa? No X Si ¿Usa Prótesis? No X Si ¿Tiene problemas con su peso? No X Si ¿Por qué?
¿Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos? No. Si X ¿Por qué? No presenta ningún problema Cantidades en raciones: 1 ración
¿Cuántos vasos de agua toma al día? Cuatro ¿Acostumbra tomar refrescos) No Si X Cantidad Ocasionalmente ¿Acostumbra tomar café? No X Si ¿Acostumbra tomar alcohol? No X Si ¿Toma suplementos alimenticios No. X Si .

Explore:

Cavidad Oral:

Dentadura incompleta, no tiene molares, la cavidad no presenta lesiones ni escoriaciones, buena higiene.

Región Abdominal:

Es blanda deprecible, con peristalsis disminuida, con problemas para la evacuación, lleva dos días sin evacuar y la última era de coloración oscura (melena).

Observación:

Refiere no tener problemas con su degustación, sin problemas importantes para su padecimiento.

3. ELIMINACIÓN

¿Cuántas veces evacua al día? Una ¿presenta esfuerzo para defecar? No X Si ¿Tiene dolor anal al evacuar? No X Si ¿Tiene dolor abdominal al evacuar? No X Si ¿Especifique características del dolor?
¿Presenta flatulencias? No X Si ¿Tiene tenesmo? No X Si
¿Tiene prurito? No X Si ¿Tiene hemorroides? No X Si ¿Cuándo presente problemas para evacuar, que recursos utiliza? Aumentar la ingesta de fibra ¿Qué hábitos le ayudan a evacuar? Comiendo ¿Qué hábitos le dificultan la evacuación? No ingerir suficiente agua
¿Qué características tiene la evacuación? Consistencia normal

¿Cuántas veces orina al día? 4 a 5 veces ¿De qué color es su orina? Ámbar
¿Qué olor tiene su orina? Fuerte ¿Tiene disuria? No Si X ¿Tiene poliuria? No X Si ¿Tiene Nicturia? No X Si ¿Tiene retención de

orina? No ☐ Si ☒ ¿Tiene urgencia para orinar No ☐ Si ☒ ¿Qué recursos utiliza cuando tiene infección de vía urinarias? Medicamento
¿Usted suda? No ☐ Si ☐ ¿Cómo es su sudoración? _____
¿Bajo qué condiciones suda? _____ Fecha de última menstruación? _____ ¿Cada cuánto menstrua? _____
¿Cuántos días dura su menstruación? _____ ¿tiene dismenorrea? No ☐ Si ☐ ¿Tiene pérdidas inter menstruales No ☐ Si ☐ ¿Tiene flujo vaginal? No ☐ Si ☐ ¿Qué características tiene? _____
¿Qué hace para controlar la dismenorrea? _____.

Varón:

¿En la eliminación seminal hay alguna alteración? Ninguna

Explore:

Región Abdominal y fosas renales: Presenta dolor en área púbica y se palpa la presencia de hernia hinguinal.

Observaciones: El paciente refiere orinar fácilmente, probablemente hay dolor por lo que es referido a Urología y el médico decide colocar sonda a permanencia, en espera de tiempo quirúrgico.

4. Movimiento y mantener buena postura

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulación? No ☐ Si ☒
Especifique: Artrodosis en rodilla derecha ¿Este problema que tiene repercute en sus actividades de la vida diaria? No ☐ Si ☒ ¿Cómo? No puede deambular él sólo, requiere ayuda y supervisión. ¿Tiene dificultad para moverse en la cama? No ☐ Si ☒ ¿Tiene dificultad para levantarse? No ☐ Si ☒ ¿Tiene dificultad para sentarse? No ☒ Si ☐ ¿Qué apoyos utiliza para desplazarse? Andadera y silla de ruedas ¿Hay alguna postura que no pueda adoptar? No ☐ Si ☒ ¿Cuál? Colocarse en posición fetal derecha. ¿Cuál es la postura habitual relacionada con su ocupación? Sentado ¿Cuántas horas del día pasa usted en esta postura? De 8 a 10 Horas. ¿En algún momento del día tiene dolores óseos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores? No ☒ Si ☐ Especifique cuáles: _____ ¿En algún momento presenta movimientos involuntarios? No ☐ Si ☐ Describa cómo son: _____ ¿Ha sentido usted que le falta fuerza o que tiene debilidad muscular? No ☐ Si ☒ Describa como es: No lo sostienen las piernas, su cuerpo se dobla y tiende a caerse ¿En el transcurso del día presenta edema, ardor, comezón o hematomas en alguna parte del cuerpo? No ☒ Si ☐ Describa que presenta: _____ ¿En algún momento presenta mareos, pérdida de equilibrio o desorientación? No ☒ Si ☐ Describa que presenta: _____ ¿Realiza usted alguna actividad física? No ☒ Si ☐ ¿Cuál? _____ ¿Qué tiempo le dedica a la semana? _____ Horas.

Explore:

Postura, marcha, movimientos, flexibles, resistencia articular, reflejos: La postura es sedente, marcha claudicante, movimientos excesivos a la flexión de pierna derecha y miembros superiores con adecuada articulación, buena resistencia y reflejos presentes.

Observaciones: Él refiere incremento de dolor y calor en articulación de rodilla derecha.

5. Descanso y sueño

¿Usted descansa durante el día? No X Si ¿Cómo? Sentado en silla de ruedas Después de descansar ¿Cómo se siente? Bien, relajado y tranquilo ¿Cuántas horas duerme habitualmente? De 8 a 10 horas ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño No X Si ¿Se despierta fácilmente? No X Si ¿Tiene sueño agitado? No X Si ¿Tiene pesadillas? No. X Si ¿Tiene nerviosismo? No X Si ¿Se levanta durante la noche? No. X Si ¿Por qué? ¿El lugar que usted utiliza favorece su sueño? No. Si X ¿Por qué? Es confortable y silencioso ¿Acostumbra tomar siesta? No Si X ¿Qué hora habitualmente utiliza? 5:00 a 6:00 pm. ¿Cuáles son sus hábitos para conciliar el sueño? Respirar hondo y no pensar en nada.

Explore:

(Ojeras, atención, bostezo, concentración, actitud de desgano, cansancio, adinamia): Él no presenta ojeras, tiene buena atención, muestra agrado y no hay cansancio ni desgano.

Observaciones: Paciente que no sufre ninguna alteración respecto a sueño y descanso.

6 Vestido

¿Utiliza ropa adecuada a la hora del día? No Si X ¿Utiliza ropa adecuada para las actividades que realiza? No Si X ¿Utiliza ropa adecuada para proteger su cuerpo cuando hace frio? No Si X ¿Utiliza ropa adecuada cuando hace calor? No Si X ¿Utiliza ropa adecuada cuando llueve? No Si X ¿Utiliza ropa adecuada que permita la libertad de movimiento? No Si X ¿Utiliza ropa adecuada para su edad? No Si X ¿Utiliza ropa que permite expresar sus sentimientos? No X Si ¿La ropa que usa usted la elige? No Si X ¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo? No X Si ¿Es capaz de elegir su ropa? No Si X.

Explore:

(Características de la ropa de acuerdo a su género, uso de distintivos, limpieza y aliño): Esta con ropa adecuada a su edad y género. Esta limpio, alineado y se muestra comfortable.

Observaciones: _____.

7. Termorregulación

¿Presenta alteración de su temperatura? No X Hipotermia ____ Hipertermia ____
Bajo qué condiciones _____ ¿Qué medidas toma para controlarla? _____ ¿Sabe cómo medirla? _____.

Explore:

Signos y síntomas relacionados: _____

Observaciones: Se mantiene con una temperatura de 36°C. y no sufre ninguna alteración en la temperatura.

8. Higiene

¿Con qué frecuencia se baña? Especificar: Diario ____ ¿Cada cuando lleva su caballo? Especificar: Con el baño Después del baño ¿El cambio de ropa es? Parcial ____ Total X ¿Cada cuando lava sus manos? Antes de cada comida, después de ir al baño. ¿Cada cuando realiza el cuidado de las uñas? Pies: Una por mes. Manos: Una cada 15 días ¿Cuál es el aspecto de las uñas de pies y manos? Coloración rosada y limpias ¿Cada cuando cepilla sus dientes? Dos veces al día. ¿Para el aseo de sus dientes utiliza hilo dental? No X Si ____ ¿Utiliza prótesis dental? No X Si ____ ¿Cada cuando las asea? _____ ¿Cuándo realizó la última visita al Dentista? Hace cuatro años. ¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal? No ____ Si X ¿Por qué? No puede sostenerse por sí sólo.

Observaciones: El Señor tiene prácticas adecuada de higiene y su aspecto es de una persona limpia.

9. Evitar peligros

Prácticas sanitarias habituales:

Esquema de inmunizaciones completo: No X Si ____ Toxoide Diftérico: No X Si ____ Toxoide tetánico: No X Si ____ Hepatitis: No X Si ____ Neumocócica: No X Si ____ Influenza: No X Si ____ Rubéola Sarampión: No X Si ____ Otra: Se desconoce. Revisiones periódicas en el último año: Exploración prostática No ____ Si X, Resultado: Crecimiento de próstata, por lo que se lleva a cabo Prostatectomía parcial.

