



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO UNA MUJER EN
ETAPA ADULTO JOVEN, CON AFECCIÓN PULMONAR
BASADO EN LA VALORACIÓN DE CATORCE NECESIDADES DE
VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA: RODRIGUEZ VICTORIA ROCIO

NÚMERO DE CUENTA: 08850344-6

ASESORA: SANDRA M. SOTOMAYOR SÁNCHEZ

MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE 2013





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



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.

AGRADECIMIENTOS

- A mi Dios, porque sin él no tendría las fuerzas necesarias para seguir en esta vida cumpliendo metas y logros
- A mis maestros de la licenciatura y a mi asesora Sandra Sotomayor Sánchez, por la disposición y tiempo que me brindaron cuando lo necesite
- A mi madre, esposo, e hijos Daniel y Zeltzin, por su apoyo y paciencia, durante el tiempo de superación profesional, y en los momentos más difíciles de mi vida

INDICE

I.INTRODUCCIÓN.....	1
II.JUSTIFICACIÓN.....	3
III.OBJETIVO GENERAL.....	4
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	4
IV.MARCO DE REFERENCIA.....	5
4.1.Enfermería como profesión disciplinar.....	5
4.2.Cuidado como objeto de estudio.....	11
4.3. Teoría de Enfermería.....	15
4.3.2. Clasificación de Teoría.....	22
4.3.3. Teoría de Virginia Henderson.....	32
4.4. Proceso Atención Enfermería.....	37
4.4.1. Definición, Objetivos, Característica.....	37
4.4.2. Descripción de las Etapas del PAE.....	40
4.5.Adulto Joven.....	44
4.5.1. Características desde el punto de vista biopsicosocial.....	46
4.5.2. Principales alteraciones de salud en el Adulto joven.....	49
4.5.3. Tuberculosis pulmonar.....	50
V.DESARROLLO DEL PAE.....	63
5.1.Presentación del caso.....	63
5.2. Análisis de la Valoración.....	64
5.3.Desarrollo de Etapas.....	65
VI.CONCLUSIONES.....	75
VII.BIBLIOGRAFÍA.....	76
VIII.ANEXOS.....	78

1.-INTRODUCCION

Para el año de 1973 se introdujo en la enseñanza de las materias de enfermería, el (PAE) proceso atención de enfermería, porque se consideraba un buen instrumento para dar un cuidado individual al paciente.

Se comparaba el proceso de enfermería, con el proceso de resolución de problemas y el método científico, sosteniendo que, el proceso de resolución de problemas es lo mismo que el método científico simplificado, y el proceso de enfermería, es el proceso de resolución de problemas, con los mismos pasos, pero dando a los problemas, el nombre de necesidades.

Actualmente estos conceptos se siguen manejando en enfermería y son la base para impulsar la profesionalización de la misma.

En 1976 la Asociación Nacional de escuelas de Enfermería A.C. editó un documento sobre el Proceso de Atención de Enfermería, en donde se le definió como un ordenamiento lógico de actividades a realizar por la enfermera, para proporcionar atención de calidad al individuo, familia, y comunidad.

El proceso atención enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería en forma integral e individualizada, el cual se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona, familia o comunidad a las alteraciones de la salud, reales, o potenciales. Consta de cinco etapas que son: *valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación*, durante las cuales la enfermera realiza acciones deliberadas a corto, mediano, y a largo plazo, caracterizándose por su humanidad, su esencia de la práctica profesional y por la especial naturaleza de sus habilidades para la resolución de problemas de salud del individuo para que adquiera su independencia lo más pronto posible.

El PAE se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia, satisfacción de las necesidades, y progreso del paciente, se caracteriza por lograr la resolución de los problemas.

Basado en los principios de la solución de problemas, el PAE promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente, promueve una filosofía de humanismo, y una conducta cuidadora, ayuda a identificar los problemas y estimular y utilizar las capacidades de auto cuidado favoreciendo el estado de salud del individuo.

Al ser este un método sistemático centrado en el paciente permiten poner en práctica, modelos conceptuales, teorías, filosofías de la enfermería, teorías enfermera que guían el pensamiento (cognoscitivo), organización y acción de la enfermera a la hora de procesar datos y actuar en la práctica del desarrollo del PAE.

El presente trabajo contiene un caso individualizado de un paciente con tuberculosis Pulmonar, en el cual se pretende llevar a cabo acciones de control específicas mediante el proceso atención enfermería (PAE) aplicando cada una de sus etapas y el enfoque al modelo de Virginia Henderson contemplando las catorce necesidades, incluye un marco teórico, con las definiciones de enfermería como profesión y disciplina, cuidado como objeto de estudio, teoría, clasificación de teoría, teoría de Virginia Henderson, características de la tuberculosis en el adulto, proceso atención enfermería, definición, objetivos y características, descripción de las etapas del PAE, desarrollo del proceso atención enfermería.

II.-JUSTIFICACIÓN

Existen diferentes formas de titulación, incluyendo el PAE sin embargo el Proceso Atención Enfermería, nos permite brindar al paciente una atención integral resaltando las cualidades, esencia y conocimientos de enfermería, lo cual siempre es en beneficio de la persona.

El presente trabajo se realizó en el primer nivel de atención con la finalidad de demostrar su aplicabilidad y poner en práctica conocimientos y habilidades adquiridos durante la licenciatura de enfermería para la realización de un PAE (proceso atención enfermería), basado en el modelo de Virginia Henderson y las catorce necesidades, enfocado a acciones de control, preventiva y curativa. En este caso a un paciente con tuberculosis pulmonar.

El PAE es un método propio de trabajo, además de dar identidad, autonomía, y liderazgo en la práctica profesional de enfermería, garantiza un cuidado individualizado, holístico y de mayor calidad, la aplicación del proceso atención enfermero nos sirve en nuestro desempeño profesional siendo este un método basado en modelos y teorías con fundamentos teórico metodológicos, con lenguaje especializado, en el que podemos evaluar nuestros conocimientos e intervenciones con cada una de las personas que tenemos a nuestro cuidado., El PAE debe realizarse de manera individualizada, personalizada con la calidad y calidez a las que tenemos derecho como seres humanos, ya que la susceptibilidad y reacción de cada persona es diferente ante determinada situación y/o enfermedad, debemos tener en cuenta que se debe realizar una historia clínica de enfermería con el formato de Virginia Henderson y en base a ello podemos detectar fácilmente cada una de las necesidades alteradas, este modelo es aplicable en todos los pacientes, en los tres niveles de atención., Este modelo nos permite, tener una relación más cercana con el paciente, esto le transmitirá la confianza y empatía necesarias para su pronta recuperación e independencia.

III.- OBJETIVO GENERAL

Aplicar y desarrollar un PAE a una persona femenina de 25 años de edad, con afección pulmonar basado en el enfoque teórico de Virginia Henderson, con el propósito de identificar problemas y necesidades y en base a ello planear un plan de atención personalizada con calidad y de calidez.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Poner en práctica los conocimientos adquiridos durante la licenciatura, mediante la realización de un PAE.
- Contribuir en el cuidado del paciente de manera independiente, en la recuperación de la salud del paciente con tuberculosis.
- Permitir al paciente y familia dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- Proporcionar intervenciones de enfermería mediante un proceso cognoscitivo.
- Fomentar el conocimiento mediante la aplicación del PAE en la práctica profesional.
- Solucionar problemas de salud reales, o potenciales en un paciente con tuberculosis pulmonar.
- Educar a la persona y familiares sobre la adherencia al tratamiento, formas de contagio, y medidas de prevención de la tuberculosis pulmonar

IV- MARCO DE REFERENCIA

4.1 Enfermería como profesión y disciplina

A principios del siglo XX, la enfermería no era ni una disciplina académica, ni una profesión; sin embargo los logros del siglo pasado han llevado al reconocimiento de la enfermería en varias áreas. Aunque algunos pueden utilizar indistintamente estos dos términos (disciplina y profesión) sus significados no son los mismos, la disciplina y profesión están interrelacionadas, tienen significados específicos que son importantes para su comprensión.

DISCIPLINA.- La disciplina es específica de una escuela y hace referencia a una rama de la educación un departamento de aprendizaje o un dominio de conocimiento.

PROFESION.- hace referencia a un campo especializado de la práctica, está creada sobre la estructura teórica de la ciencia o conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que lo acompañan.

Importancia para la disciplina

Las enfermeras entraron en la licenciatura y programas de grado superior en las universidades, a medida que las enfermeras entraron en las escuelas en gran número durante la última mitad del siglo XX empezó a llevarse a cabo el objetivo de desarrollar un conocimiento como base para la práctica enfermera.

Los marcos y las teorías están diseñados para proporcionar a las enfermeras una perspectiva del paciente y esta perspectiva es característica de una profesión. Con la práctica los profesionales proporcionan un servicio público centrado en como sirven. El proceso enfermero sigue utilizándose en la práctica, las facultades y escuelas de todo el país que conceden licenciaturas en enfermería verifican la existencia de un conocimiento enfermero único. Este conocimiento forma la base para el reconocimiento de la enfermería como disciplina y se trasmite a aquellas personas que entran a formar parte de la profesión.

Cada disciplina o campo de conocimiento incluye un conocimiento teórico por tanto la enfermería como disciplina académica depende la existencia de conocimiento enfermero.

Importancia para la Profesión

La teoría no solo es esencial para la existencia de la enfermería como una disciplina académica, sino que también es crucial para la práctica de la enfermería profesional. Sin duda hoy en día la enfermería se reconoce como una profesión, Durante gran parte del siglo XX los criterios para una profesión se utilizaron como una guía para su desarrollo. La enfermería fue el tema de numerosos estudios sociológicos de desarrollo profesional que utilizaron diversos conjuntos de criterios adaptados a la enfermería en la American Journal of Nursing. Decían que una profesión hace lo siguiente:

- 1.- En su práctica utiliza un cuerpo bien definido y bien organizado de conocimiento especializado que está en el nivel intelectual del aprendizaje superior
- 2.- Aumenta constantemente el cuerpo de conocimiento que utiliza, y mejora sus técnicas de educación y servicio mediante el uso del método científico
- 3.- Confía la formación de sus profesionales a centros de educación superior
- 4.-Aplica su cuerpo de conocimiento en servicios prácticos cruciales para el bienestar social y humano
- 5.-Funciona de manera autónoma para formular estrategias profesionales, y por tanto, para controlar la actividad profesional
- 6.- Atrae a individuos con cualidades intelectuales y personales que ensalzan el servicio por encima del beneficio personal y que reconocen la ocupación que han escogido como un trabajo de por vida

7.-Lucha por compensar a sus profesionales proporcionándoles libertad de acción, oportunidades de crecimiento profesional y seguridad económica.

Una historia breve del movimiento de la enfermería desde la vocación hasta la profesión describe la búsqueda de la esencia de enfermería que llevo a ese apasionante momento de su historia relacionando la etapa de la teoría con la enfermería como disciplina académica y como profesión práctica, aunque los líderes de enfermería realizaron esfuerzos continuados en la primera mitad del siglo XX para lograr el reconocimiento de la enfermería como profesión, hasta la segunda mitad del siglo XX no vieron la necesidad de establecer marcos conceptuales y teóricos para desarrollar el conocimiento esencial de la enfermera y el camino hacia la práctica de la enfermería profesional, durante este periodo el desarrollo del conocimiento enfermero fue una fuerza significativa cuando la licenciatura empezó a ser aceptada más ampliamente como el primer nivel educativo para la enfermera profesional y la enfermería empezó a lograr el reconocimiento y aceptación nacional como disciplina académica en la educación superior.

Las enfermeras investigadoras han trabajado para desarrollar y aclarar un cuerpo sustancial de conocimiento enfermero con el objetivo de mejorar la calidad de los cuidados del paciente, proporcionando un estilo profesional a la práctica enfermera y así ser reconocida, como una profesión, La historia de la enfermería nos ofrece el contexto para comprender la importancia de la teoría de enfermería para la práctica profesional en la etapa de la utilización de la teoría.¹

Desde hace muchos años, las enfermeras han intentado precisar su propia área de investigación y de práctica. Han hecho el esfuerzo de buscar las palabras que describen justamente sus actividades de cuidados a lado de las personas provenientes de diversos lugares. Estas enfermeras a menudo llamadas

¹ Marriner T.A. Raille A.M. Modelos y Teorías de Enfermería, 7ª. ed. Elsevier. España. 2011. p.8-9-10-11

enfermeras teorizadoras o meta teóricas han querido delimitar el campo de la disciplina enfermera.

El enfermero debe poseer una visión científica de su profesión y su formación humanista de respeto y amor a las personas, debe caracterizar su actuar ético.

Mientras que disciplinas como la física, la fisiología, la sociología y la historia, son llamadas teóricas otras como el derecho, la medicina y la ciencia enfermera, son disciplinas profesionales es decir, que están ante todo orientadas hacia una práctica profesional. Según su perspectiva única tienen y sus propios procesos de reflexión, conceptualización, e investigación, las disciplinas profesionales tienen por objeto desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica. Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, ha examinado los escritos de varias enfermeras teorizadoras y ha reconocido, como que los conceptos cuidado, persona, salud entorno, están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita, y a veces de manera implícita. Desde 1859 estos cuatro conceptos están presentes en los escritos de Nightingale (1969). Es precisamente gracias a la manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, persona, salud, entorno, que se clarifica el campo de la disciplina enfermera.

Además, es difícil casi imposible, hablar de la disciplina enfermera sin tener en cuenta los contextos que han marcado su evolución. En esta óptica parece oportuno situar las grandes corrientes del pensamiento que han favorecido el resurgir de los actuales conceptos de la disciplina de enfermería.

En el área de la ciencia enfermera los autores han propuesto una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina, las denominaciones utilizadas aquí están inspiradas en los trabajos de Newman, Sime y Corcoran-Perry (1991) y de Newman (1992), se trata de los paradigmas de la categorización, de la integración y de la transformación, existen cuatro orientaciones generales de la disciplina enfermera

en el seno de estas corrientes del pensamiento. Se trata de orientaciones hacia la salud pública, la enfermedad, la persona, y la apertura sobre el mundo.”.²

4.2 Cuidado de Enfermería

Según indica Colliere, (1989) el origen de las prácticas de cuidados está ligado a las intervenciones maternas que aseguraban la continuidad de la vida y de la especie. La alimentación, como necesidad básica que implica suplencia y ayuda (por parte de la madre o sustituta) en los primeros estadios evolutivos del hombre es considerada como la práctica de cuidados más antigua.

Como lo expresa M.F. Colliere en su libro Promover la vida “los hombres como todos los seres vivos han tenido siempre necesidad de cuidados porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, y por encima de todo, que la vida continúe y se desarrolle, de este modo se lucha contra la muerte.”³

Febe fue una de las primeras mujeres que se mencionan como seleccionadas para el servicio del diaconato, se le conoce como la primera diaconisa y la primera enfermera de la historia, se cree que asistía a los pobres y enfermos en sus propios hogares siendo su principal objetivo ayudar a la salvación del alma, la historia también la refiere como la primera enfermera visitadora, es la única mujer a la que se cita como diaconisa en el Nuevo Testamento.⁴

El cristianismo y su organización tuvo vínculos históricos importantes con las prácticas de cuidados de enfermería desde los monasterios a través de las Órdenes Religiosas, así como desde la conquista de Tierra Santa con las cruzadas. Como consecuencia del pensamiento medieval relacionado con la Reconquista de Santos Lugares, surgió un movimiento organizado, que cristalizó con el fenómeno histórico de las cruzadas, las cuales dieron lugar a la aparición de tres tipos de figuras: el guerrero, el religioso y el enfermero. La demanda de hospitales y sanitarios en las rutas seguidas por los cruzados propició la aparición

² Kerouac.S.Pensamiento Enfermero,1ª.ed.ElsevierEspaña.,Masson.1996.p.2,3

³ Colliere.M.F.Promover la vida.1ª.ed.Madrid:McGraw-Hill.,1993.207-212-227-230-241-246

⁴ www.slideshare.net/norabalto/proceso-historico-de-enfermeria

de las Órdenes Militares dedicadas a la enfermería: los Caballeros Hospitalarios de San Juan de Jerusalén, los Caballeros Teutónicos, y los Caballeros de San Lázaro. En España, la primera institución destinada a acoger enfermos fue el Hospital del Obispo Masona, en Mérida, en el siglo VI, según Domínguez Alcón y el Diccionario Eclesiástico de España.

Entre los hospitales medievales donde se desarrollaban actividades de enfermería, se encuentran El Hôtel-Dieu de París y Lyon, el Santo Spirito de Roma, el Hospital de la Seo de Tortosa, el Hospital de Mérida, y el Hospital d'en Clapers de Valencia, de los cuales, según datos recogidos por Domínguez Alcón, los dos primeros perduran en la actualidad. El llamado movimiento Beguino, constituido por mujeres santas que cuidaban enfermos, se diferencia dentro del entramado histórico cristiano caritativo ligado a los cuidados de enfermería fundamentalmente en no asumir los votos preceptivos de las órdenes religiosas.

Las denominaciones de las personas encargadas de proporcionar cuidados de Enfermería han variado a lo largo de la historia en función de la época y el contexto donde éstos se desarrollaban (hospitales, leproserías, órdenes militares, órdenes religiosas y ámbitos domésticos): macipa, mossa, clavera, donado, donada, hospitaler, hospitalera, enfermero, enfermera.

Según la historiografía estudiada hasta ahora, los administradores o procuradores de los hospitales eran varones, salvo en el Hospital del Rey de Burgos.

Hasta el año 1500, la escasa atención en cuanto a la reglamentación de los cuidados de enfermería, practicados en ámbitos domésticos, propició una variedad de grupos que ejercían estas actividades fuera de los ámbitos institucionales: Nodrizas (didas). Parteras o comadronas, grupos dedicados al cuidado a domicilio y grupos dedicados a otras prácticas sanadoras.

En el siglo XVI, la Reforma Protestante tuvo graves consecuencias para los cuidados de salud, debido a la supresión de las instituciones de caridad. La filosofía protestante indica que «no son necesarias las obras de caridad para

obtener la salvación». Esto se traduce en un abandono de la consideración del cuidado de enfermería que continuaba existiendo en el ámbito católico.

Entre los años 1500 y 1860, la enfermería tuvo su peor momento, debido a que la idea predominante era que la enfermería constituía más una ocupación religiosa que intelectual, por lo que su progreso científico se consideraba innecesario. Además, tras la Reforma Protestante se produjo una desmotivación religiosa para dedicarse al cuidado de enfermos entre las personas laicas y una relegación a antiguas pacientes, presas y otras personas de los estratos más bajos de la sociedad de la actividad de aplicar cuidados. Donahue denominó a este período la *Época oscura de la Enfermería*.

Los cuidados siguen siendo la razón de ser de la profesión y constituye su esencia, por lo que se hace necesario consolidar un cuerpo de teorías de enfermería científicamente comprobada, de donde se podrán obtener los hechos, los conceptos y los principios en los que se basan la educación de enfermería, los cuidados y los servicios de enfermería al paciente, familia y comunidad. La calidad de la acción de Enfermería está en relación directa con el nivel de conocimiento y comprensión de la persona que lo practica. Una profundización de estos conocimientos mejora la calidad de los cuidados prestado a las personas, familia y comunidad.⁵

4.2. Cuidado como objeto de estudio

Es considerado el objeto de estudio de la enfermera y el núcleo o dominio central del cuerpo de conocimientos y de las prácticas de enfermería.

Cuidar implica establecer comunicación con la persona más allá de lo que nos dice y de la observación., exige actitud de compromiso, de intención y de conocimiento que es manifestado en actuaciones concretas. El cuidar implica el reconocimiento del sujeto de estudio como persona, implica interés en el cual supone entrar dentro del ser, tener un conocimiento propio de la persona, darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses, motivaciones y además de sus

⁵ Hernández, C.J. Cuestiones de enfermería. España. McGraw-Hil. Interamericana. 1996. p.6-7-8

conocimientos retomando su manifestación como persona única, por ello es necesario garantizar el cuidado holístico.

El valor del cuidado, no recae solamente en la realización de actividades sueltas o en aislado, implica el reconocimiento del cuidado desde la naturaleza humanista, constituye una experiencia de contacto que exige compromiso, intención y conocimiento el cuidado se otorga tanto en la salud como en la enfermedad.

La Doctora Jean Watson autora de la “Teoría del cuidado humano” sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte del personal de enfermería.

Watson define el cuidado "como un proceso interpersonal que involucra la preocupación y el deseo de ayudar a la otra persona a lograr el bienestar mental, físico, sociocultural y espiritual" Adopta conceptos como el amor incondicional, aspecto esencial para la supervivencia y desarrollo de la humanidad.⁶

Es desde este punto de vista que el cuidado se convierte en la esencia de la enfermería con el fin de brindar al paciente el bienestar que necesita a través de la interrelación que se establezca con él y su familia.

Para que este servicio sea de calidad la enfermera debe tener en cuenta su preparación, sus conocimientos, no solamente desde el punto de vista científico sino también desde las dimensiones del hombre, sus costumbres, cultura, creencias religiosas, las cuales en un momento determinado enmarcarán el cuidado que éste requiera. Por esta razón el estudio y la investigación que deben acompañar no solo a la enfermera, sino a todo el personal que conforma su equipo de trabajo, proporcionan herramientas que la conducen al conocimiento científico, moral y humano para ofrecer un cuidado dirigido no solo al aspecto físico, sino también a otras dimensiones, las cuales tratadas en conjunto conducen

⁶ Rivera.A.L.N.Alvaro T.Cuidado Humanizado de Enfermería,Bogota,Colombia,Octubre2007.p.3

al cuidado de la dignidad humana.

El cuidado de enfermería debe girar alrededor de virtudes como la honestidad, la alegría, la sinceridad, la paciencia, basadas en un gran espíritu de servicio y amor, no solo a la profesión sino al hecho de brindar un cuidado de calidad, dando lo necesario en el momento oportuno para así asegurar su bienestar.

Esto es percibido por el paciente a través de la confianza, la esperanza, el coraje, la experiencia de vida y la relación que se logre establecer con la enfermera que lo atiende, de la misma forma el paciente es capaz de valorar y reconocer el servicio que está recibiendo.

Desde este enfoque la percepción que el paciente tenga sobre el cuidado de enfermería que recibe, es importante para retroalimentar no solamente la profesión sino también el servicio que cada una de las instituciones de salud ofrece a las personas; y ella está relacionada con el grado de satisfacción que tenga.

Patricia Larson, define el cuidado como acciones intencionales que llevan al cuidado físico y la preocupación emocional que promueven un sentido de seguridad al paciente.⁷

Kerouac y cols, en su libro “El pensamiento enfermero”, describen la conceptualización de Watson acerca de los cuidados enfermeros. Dice que “consisten en un proceso intersubjetivo de humano a humano que requiere un compromiso con el caring, en cuanto a ideal moral y sólidos conocimientos. El objetivo de los cuidados enfermeros es el de ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de armonía entre su alma, su cuerpo y su espíritu.”⁸

⁷Ariza.O. C. Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardiaco. Hospital Universitario de San Ignacio. Jul-Ago 2001.Rev. Enfermería en Cardiología.Bogota, Colombia 2004., p.4-6-10.

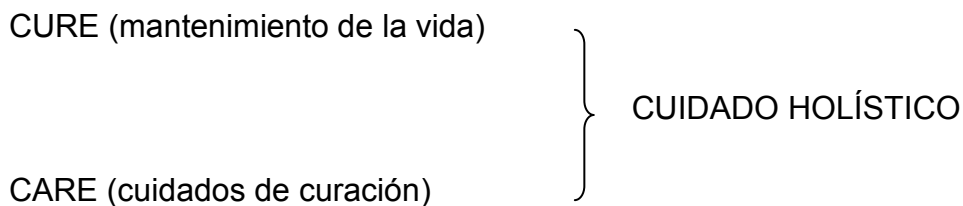
⁸ Kerouac, S. Y cols. OpCit. p.44-45

Este concepto permite ampliar la concepción que se tiene acerca del rol que el profesional de enfermería tiene ante su sujeto de cuidado. No es solamente el realizar actividades que favorezcan la recuperación de signos o síntomas ante una Enfermedad; es abarcar sus emociones, sentimientos, tomarse un tiempo para interactuar con esa otra persona y conocer a fondo sus conocimientos, experiencias, expectativas. Finalmente es esa persona quien vivencia su proceso y nadie más que ella es la apropiada para brindar la información y favorecer la detección de necesidades de cuidado.

Clasificación según Colliere

Cuidados del Care., llamados también habituales y de mantenimiento de la vida, están vinculados con las funciones de conservación y continuidad de la vida, estos cuidados son la esencia de la enfermería cuyo objetivo es satisfacer las necesidades de vida tendientes al bienestar, la salud, y la preservación de la especie (acciones permanentes y cotidianas para vivir)

Cuidados del cure., también llamados cuidados de curación, representan el otro tipo de cuidado el cual se aplica en estado de enfermedad de la persona y también garantizan la continuidad de la vida, tienen como fin, limitar la enfermedad, luchar contra ella, controlar sus causas, estos incluyen todas aquellas tecnologías del cuidado.⁹



⁹ Colliere.M.F.Promover la vida, Madrid, España, McGraw-Hill, 1993.p.207-212

4.3. Teoría de enfermería

La búsqueda del conocimiento sustantivo llevó a las eruditas en enfermería a identificar, la necesidad de teorías para guiar la investigación y la práctica profesional de enfermería, la enfermería siguió una trayectoria que la llevo de conceptos, a marcos conceptuales, a modelos, a teorías y al final a la teoría de nivel medio en esta era de utilización de la teoría.

La historia de la enfermería demuestra la importancia de la teoría para la enfermería como una rama de la educación,(la disciplina) y un campo especializado de la práctica (la profesión), el conocimiento del proceso de desarrollo de la teoría es básico para adquirir el conocimiento personal de los trabajos teóricos de la disciplina, el análisis de la teoría empieza el proceso examinando la guía de toma de decisiones que hay que utilizar en la investigación y en la práctica de enfermería, el análisis facilita el aprendizaje a través de la revisión sistemática, el pensamiento crítico y la reflexión sobre los trabajos teóricos de la disciplina.

La acumulación sistemática de conocimientos es esencial para progresar en cualquier profesión; sin embargo teoría y práctica deben ser constantemente interactivas. La teoría sin la práctica esta vacía y la practica sin la teoría ciega.

Las teorías de enfermería se han vuelto un tema importante durante los últimos 50 años, estimulando el crecimiento notable y la inmensa expansión de la educación y la bibliografía de la enfermería, numerosas enfermeras de épocas anteriores prestaron un cuidado excelente a sus pacientes, sin embargo gran parte de los conocimientos de enfermería se trasmitían a través de la formación vocacional centrada en la ejecución hábil de tareas funcionales. Si bien muchas de estas prácticas parecían eficaces, no se probaron ni se usaron con uniformidad.

Desarrollar un conocimiento enfermera sobre el que pudiera basarse la práctica de la enfermería fue un objetivo principal propuesto por las líderes de la profesión enfermera del siglo XX, porque las enfermeras buscaban mejorar la práctica y obtener el reconocimiento de la enfermería como una profesión. La historia de la enfermería documenta los esfuerzos constantes dedicados al objetivo de

desarrollar un volumen sustancial de conocimientos de enfermería que sirviera para guiar la práctica enfermera¹⁰

Las teorías proporcionan las bases para comprender la realidad en Enfermería, y capacitan al enfermero para comprender por qué un hecho ocurre. Con el aprovechamiento del conocimiento teórico, el enfermero puede ser capaz de describir y explicar qué está ocurriendo. Una vez que el enfermero ha comprendido porqué una situación aparece, es posible identificar qué acción específica puede realizar en esa situación, esto es aplicable no solo cuando aparecen las situaciones, sino antes de que se lleguen a producir, ya que puede predecir y controlar situaciones de atención al paciente.

Definición. "Un 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 u objetivos de la teoría son entre otros la síntesis del conocimiento, la explicación de los fenómenos de interés para la disciplina que utiliza la teoría, y la previsión de medios para predecir y controlar los fenómenos. El científico busca en una teoría:

1. 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.
2. Explicaciones. La teoría relaciona los conceptos de tal forma que explica los fenómenos que interesan a esta disciplina, proporcionando comprensión.
3. Predicciones. A partir de las hipótesis se afirman relaciones entre los conceptos o proposiciones.

¹⁰ OpCit.Colliere,M.F.p.227-230-241-246

La teoría proporciona un marco y relaciona los conceptos pertinentes a la disciplina, ordena los acontecimientos asociados con la disciplina, esta es la base teórica que la disciplina ofrece al profesional.

La teoría desde el punto de vista científico, consiste en un patrón de construcción lógica en el que encajan todos los datos pertinentes de un fenómeno, es un fenómeno abstracto que se desarrolla dentro de la mente, pero deriva de la realidad e influye en las acciones; a través de la teoría, una multitud de datos se organizan en un conjunto con significado. Es el resultado de un proceso intelectual que se pone en marcha mediante las observaciones que generan las ideas, entonces, por medio del intelecto, las ideas y los conceptos pueden ser relacionados entre sí para identificar o aislar factores, para caracterizarlas o clasificarlas, para predecir el efecto de la causa o para prescribir una línea de acción por la cual obtener los resultados deseados. Cuando tal relación se estimula se ha formulado una teoría.

Los modelos y teorías de enfermería son el resultado del examen cuidadoso y crítico que hacemos los enfermeros de los fenómenos y hechos que conforman la práctica de enfermería, mediante el método científico y la aplicación de los distintos tipos de razonamiento influenciados por supuestos y paradigmas. Los modelos conceptuales y las teorías existen para poder llevar a la práctica nuestro trabajo, nos fundamenta y nos enseña a actuar con un sentido. La teoría es capaz de describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos. Nos ayuda a mejorar los resultados con el mismo o menor esfuerzo, y nos da autonomía.

Si profundizamos más, descubrimos que la teoría ayuda a analizar los hechos, nos plantea retos y nos hace superarnos, crea bases para funcionar y en general potencia y 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 en la propia filosofía de Enfermería.¹¹

¹¹ Bello,F,N.Fundamentos de enfermería, La Habana, Editorial Ciencias Medicas Ecimed 2006.p.43-44

Utilidad de la Teoría

Consiste en proporcionar conocimientos para mejorar la práctica a través de la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

La formulación de una teoría requiere que el teórico tenga habilidad para observar de manera discriminada, pensar con lógica y conceptualizar creativamente.

Al formular la teoría, lo que se obtiene es una descripción de la realidad tal y como es, no unas especulaciones personales de la realidad.

El proceso por el que se construye una teoría normalmente incluye:

1. La descripción de los fenómenos relacionados con el terreno de la investigación.
2. La especificación, definición y clasificación de los conceptos que guardan relación con las entidades empíricas correspondientes.
3. El desarrollo de experiencias, que surgen como los conceptos, están relacionados entre sí.
4. La exposición de cómo las afirmaciones están relacionadas de forma sistemática y lógica.

Los conceptos son los elementos básicos de una teoría, son representaciones abstractas de la realidad que indican la materia de la teoría.

La teoría proporciona un marco y relaciona los conceptos pertinentes a la disciplina, ordena los acontecimientos asociados con esta última, esta base teórica de la disciplina ofrece al profesional un punto de partida para la práctica y la investigación; además, 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".

Consideramos a la teoría y a la praxis como las dos caras de una misma moneda, las cuales no pueden separarse. Solo los enfermeros que fundamentan su práctica

en la teoría serán capaces de describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos en Enfermería e iniciar acciones pertinentes.

Una teoría permite guiar la acción, es su primera finalidad; tenemos necesidad de un marco conceptual, tanto si la prestación de servicio es en el ámbito hospitalario, como en el comunitario, en la enseñanza o en la investigación de Enfermería.

A finales de los años 60, las "teóricas" en enfermería intentaron crear unas teorías de enfermería, desarrollaron una estructura teórica que empleaban los conocimientos de otras ciencias.

Roger en 1967 planteó: "Sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional."

La Enfermería es una ciencia humana, una actividad sistematizada que parte de una explicación lógica, racional o fundamentada. El cuerpo de conocimiento de Enfermería parte de teorías generales de aplicación de diversas ciencias, de fundamentos de otras disciplinas y de conceptos propios que le dan categoría de profesión independiente.

El conjunto de conocimientos propios de enfermería, que le dan un significado diferente de otras profesiones, es lo que se denomina el medio conceptual de Enfermería.

Principales Conceptos Y Definiciones Del Desarrollo De Una Teoría

Paradigma. Del griego paradeima que significa modelo, tipo, ejemplo. Un paradigma es el resultado de los usos y costumbres, de creencias establecidas, de verdades a medias; un paradigma es ley hasta que es "desbancado" por otro nuevo. Es un diagrama conceptual, puede tratarse de una estructura usada para organizar u ordenar una teoría.

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 facilitar la acción de pensar o imaginar los conceptos, así como las relaciones que existen entre ellos, o para estructurar una investigación.

Teoría. Una teoría es un conjunto de definiciones, proposiciones y conceptos que proyectan una visión sistemática de los fenómenos, que establece relaciones específicas entre los conceptos para describir, explicar, aclarar, predecir y controlar fenómenos.

Cualidades que debe tener una teoría para ser evaluada. Independientemente de los diferentes criterios que se pueden exigir de una teoría, según los autores existen unos requisitos que son comúnmente aceptados:

1. Claridad. Se miden los conceptos y las palabras utilizadas, las que deben entenderse fácilmente, sin neologismos (inventados), antagonismos (de las mismas palabras o conceptos según el contexto).
2. Las definiciones denotativas son más valoradas por su gran claridad, aunque no se desestiman las connotativas.
3. Los ejemplos, los gráficos y otros elementos (imágenes, tablas, etc.) son de gran valor esclarecedor y pedagógico.
4. Generalidad. Se observa la cantidad de conceptos y de metas establecidos por la teoría, mientras mayor sea el número de ellos más general resulta ser. Algunos autores consideran que las teorías cuantos más generales, son más válidas; otros piensan que cada teoría debe tener su espectro según el tema que estudien, y dejan en un segundo plano la generalidad.
5. 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.
6. Precisión empírica. 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.

7. Consecuencias derivables. Las teorías deben ser útiles, influir en las investigaciones y en la práctica, identificar el camino que debe seguir la enfermería, aumentar conocimientos específicos sobre la profesión, y debe predecir los resultados.

Desarrollar una teoría profesional es esencial para el crecimiento de toda disciplina, pues su finalidad primordial es que permite la acción sin olvidar que los modelos son construcciones relacionadas con esta teoría; por ellos precisamente el binomio teoría-modelo forma un todo coherente.

En un intento por estudiar mejor los modelos y las teorías, algunas enfermeras han tratado de agruparlas a partir de la identificación de aquellos aspectos que tienen en común.

Además de los conceptos metaparadigmático, los modelos y teorías presentan otros aspectos comunes que pueden identificarse a partir de la manera de abordar la descripción del proceso de cuidar.

Si analizamos las definiciones de modelo y teoría, podemos afirmar que ambos conceptos no son sinónimos, sin embargo, existe una fuerte relación entre ambos, ya que los modelos sirven como eslabón en el desarrollo de una teoría, siendo prototipo de la misma. Esta relación puede quedar claramente definida si decimos que una teoría siempre será un modelo, pero un modelo no siempre tendrá la categoría de teoría.

Un problema habitual en cualquier campo de la ciencia, incluida la Enfermería, es que cuando un paradigma ha guiado la comprensión de una profesión, cualquier cambio que se proponga es difícil de comprender y aceptar. Diariamente en nuestra práctica clínica estamos aplicando distintos modelos como paradigmas; estos han sido estructurados a lo largo de la historia de forma tal que se superponen, sin que una forma de pensamiento supere la otra.¹²

¹² OpCit, Bello, F.N. 45-46-47-48

4.3.2. Clasificación de los modelos y teorías

Partiendo de la consideración de que existen los paradigmas, S. K rouac analiza los modelos y teorías identificando en ellos la presencia de creencias, valores, principios, leyes, teorías y metodología que tienen en común unos con otros y procede a su clasificación en 3 paradigmas.

Esta clasificación permite abordar las teorías y modelos desde la perspectiva de "Las grandes corrientes del pensamiento o manera de ver o comprender el mundo", lo que permite integrar el desarrollo del pensamiento de enfermería en el desarrollo del pensamiento científico.

Paradigma de la categorización. Según el paradigma de la categorización los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.

Un cambio es un fenómeno como consecuencia de condiciones anteriores; así mismo los elementos y las manifestaciones conservan entre sí la relación lineal y causal. Bajo el ángulo de este paradigma el desarrollo de los conocimientos se orienta hacia el descubrimiento de leyes universales.

Aplicado en el campo de la salud este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad.

El paradigma de la categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión de enfermería: una orientación central en la salud pública, que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad. Otra orientación centrada en la enfermedad y muy unida a la práctica médica.

En esta clasificación podemos identificar la influencia del positivismo. La epistemología del positivismo propone la división de los fenómenos en categorías, clases o grupos definidos; el trabajo de F. Nightingale queda enmarcado dentro de este paradigma.

Paradigma de la integración. Es una prolongación del paradigma de la categorización al reconocer los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrar el contexto específico en que se sitúa un fenómeno; por ejemplo, el contexto en que se encuentra una persona, en el momento que aparece una infección, influenciará su reacción al agente infeccioso y su respuesta al tratamiento. Este paradigma ha inspirado la orientación de enfermería hacia la persona; los trabajos de V. Henderson, H. Peplau y D. Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma.

Paradigma de la transformación. Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio perpetuo y de equilibrio, la interacción de fenómenos complejos se percibe como el punto de partida de una nueva dinámica aun más compleja; se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción.

Según el paradigma de la transformación un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro; algunos presentan similitudes pero ningún otro es semejante.

Cada fenómeno puede ser definido por una estructura; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande: el mundo que lo rodea. Conocida desde hace tiempo en el mundo oriental, esta gran corriente del pensamiento está ya bien situada en todas las esferas del mundo occidental.

El paradigma de la transformación es la base de una apertura de la ciencia de Enfermería hacia el mundo; ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina de Enfermería; los trabajos de M. Newman en 1983, R. Rizzo Parse en 1981, M. Roger en 1970 y J. Watson en 1985 y 1988 quedan enmarcados dentro de este paradigma.

Clasificación por escuelas. La clasificación creada en 1996 por S Kerouac y colaboradores permite mejor estudio de las teorías, y tiene gran aceptación por el gremio de Enfermería.

Escuela de necesidades. Los modelos de la escuela de necesidades han intentado responder a la pregunta ¿Qué hacen los enfermeros? Además definen la acción de la enfermera como la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el auto cuidado.

Por el hecho de reservar un lugar importante a la enfermedad y a los problemas de salud, las concepciones de la escuela de las necesidades han marcado el origen de un centro de interés específico de la disciplina de Enfermería o una orientación hacia la persona (centro de interés)

La jerarquía de necesidades de Maslow y las etapas de desarrollo de Erikson han influenciado esta escuela.

Las principales "teorizadoras" de esta escuela son *Virginia Henderson, Dorothea Orem, Faye Abdellah e I. Paterson.*

Escuela de la interacción. El desarrollo de esta escuela fue favorecido por varios acontecimientos políticos y socioculturales en América del Norte. La teoría psicoanalista prevalece en esta época; hay una creciente demanda de atención a las necesidades de intimidad y a las relaciones humanas.

Los modelos de esta escuela han intentado responder a las preguntas ¿Cómo hacen los enfermeros lo que están haciendo?

Según esta escuela el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayudar y otra capaz de ofrecerle ayuda. Con el propósito de poder ayudar a una persona, los enfermeros deben clasificar sus propios valores, utilizar su persona desde el punto de vista terapéutico y comprometerse en el cuidado; el cuidado es una acción humanitaria y no mecánica, por lo que se trata de un proceso de interacción entre la persona y la enfermera.

La fenomenología, el existencialismo y el psicoanálisis influenciaron esta escuela; su centro de interés radica en la persona y el cuidado.

Las principales "teorizadoras" de esta escuela son *Hildegard Peplau, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach* e *Imogene King*.

Escuela de los efectos deseables. Esta escuela pretende responder a ¿Por qué los enfermeros hacen lo que ellos hacen sin ignorar qué y cómo?

Las "teorizadoras" de esta escuela han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados de enfermería. Considerar que el objetivo de los cuidados consiste en reestablecer el equilibrio, la estabilidad, la homeostasia o en preservar la energía.

Estas "teorizadoras" se han inspirado en las teorías de adaptación y de desarrollo, así como en la teoría general de los sistemas.

Esta escuela propone objetivos amplios y ambiciosos para los cuidados de enfermería, destinados a la forma que es vista como en sistema; su centro de interés radica en el cuidado

Las enfermeras "teorizadoras" de esta escuela son *Dorothy Johnson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy* y *Betty Neuman*.

Escuela de la promoción de salud. *Moyra Allen* se ha inspirado en el enfoque sistémico para la elaboración de su modelo de cuidados de enfermería. Esta escuela trata de responder ¿qué hacen? ¿Cómo? ¿a quién?. Según Allen, el primer objetivo de los cuidados es la promoción de la salud mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros, por la activación de sus procesos de aprendizaje. La enfermera debe desempeñar una función de agente facilitador, estimulador y motivador para el aprendizaje.

Las características de la relación enfermero-familia son la negociación, colaboración y coordinación. Para que se produzca un cambio, la persona-familia

debe ser un participante activo de estos cuidados. En esta escuela se incluye no solo el cuidado a la persona, también a la familia la cual aprende de sus propias experiencias de salud. Su centro de interés es el cuidado a la persona y la familia.

Escuela de ser humanitario. La escuela de ser humanitario se sitúa en el contexto de la orientación de apertura hacia el mundo y del paradigma de la transformación; sus "teorizadoras" intentan responder a la pregunta ¿a quién van dirigidos los cuidados de enfermería?

Desde 1970 *Martha Rogers* presentó una concepción de la disciplina Enfermería que se desmarca de otras por su originalidad; ella propone a las enfermeras una visión de la persona y de los cuidados de enfermería que procede de trabajos filosóficos, de teorías de la física y de la teoría general de los sistemas de *Von Bertalanffy* (1968).

Gracias a la escuela de humanitario, el holismo ha conseguido todo su significado, centra su interés en quién es y cómo es el receptor del cuidado de enfermería. Sin embargo, *Rogers* evita el concepto holismo como causa de la mala utilización que muchos han hecho de él; prefiere el concepto de persona unitaria, e invita a las enfermeras a desarrollar la ciencia del ser humano unitario. Otras "teorizadoras" se han unido a esta escuela y han diseñado fuentes filosóficas extraídas del existencialismo y de la fenomenología. Se trata de *Margaret Newmany* de *Rosemarie Rizzo Parse*.

Rogers ha buscado en los conocimientos provenientes de numerosas disciplinas (Psicología, Sociología, Astronomía, Filosofía, Historia, Biología, Física, entre otras) crear su modelo conceptual del ser humano unitario. También la han inspirado para la elaboración de los conceptos y principios de sus modelos las teorías de : *Nightingale* y la concepción del ser humano en estrecha unión con la naturaleza, *Einstein* y la teoría de la relatividad, *Bur* y *Northrop* y la organización del campo electrodinámico, así como *Von Bertalauffy* y la teoría general de los sistemas. Plantea que la disciplina de la Enfermería es a la vez una ciencia, un arte y una profesión que se aprende. Esta teoría abre más el conocimiento de

enfermería que ofrece a la población. El campo de interés de esta escuela es la persona y el entorno.

Escuela del caring. Esta escuela que tiene por conceptos centrales el caring y la cultura se sitúa también en la orientación de la apertura hacia el mundo y el paradigma de la transformación; su interés radica en el cuidado y la persona (de diferentes culturas). Intenta responder de nuevo a la pregunta ¿cómo las enfermeras hacen lo que hacen?

Durante los últimos 15 ó 20 años el concepto de caring ha sido el centro de varios escritos en la disciplina Enfermería; *Leininger* ha mantenido este concepto como la esencia de la disciplina.

Según *Benner* y *Wrubel* (1989), el caring está formado por el conjunto de las acciones que permiten a la enfermera descubrir de manera sutil los signos de mejoría o de deterioro en la persona; también significa facilitar y ayudar, respetando los valores, creencias, la forma de vida y la cultura de las personas. Este término inglés engloba los aspectos científicos, humanísticos, instrumentales y expresivos, así como su significado, elementos inseparables en el acto de cuidar.

Las "teorizadoras" de la escuela del caring creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas, si se abren a dimensiones como la espiritualidad (*Jean Watson*, 1985-1988) y la cultura (*Madeleine Leininger*, 1988), y se integra los cuidados a estas dimensiones. Esta escuela tiene influencia de F Nightingale y de la antropología.

Los trabajos de las enfermeras "teorizadoras" permiten cada vez más precisar lo esencial de la disciplina Enfermería.

Agrupación de los elementos claves de las teóricas según escuelas:

Florence Nightingale. Leyes de vida y de salud. Entorno sano. Condiciones sanitarias.

Escuela de necesidades.

Virginia Henderson: Integridad. Dependencia e independencia en la satisfacción de las necesidades. Necesidades fundamentales y necesidades específicas.

Dorothea E Orem. Auto-cuidado. Agente de cuidado. Déficit de cuidado. Sistema de cuidados de enfermería.

Faye Glen Abdellah. Necesidades. Problemas.

Escuela de Interacción.

Hildegard E Peplau. Necesidades de ayuda. Relación interpersonal. Terapéutica.

Ida Jean Orlando. Necesidad de ayuda. Angustia. Relación interpersonal.

Ernestine Wiedenbach. Necesidad de ayuda. Relación interpersonal significativa.

Imogene King. Interacción. Percepción. Comunicación. Transacción. Rol. Estrés. Crecimiento y desarrollo. Tiempo y espacio.

Joyce Travelbee. Significado de las experiencias. Percepción. Sufrimiento y enfermedad. Auto actualización. Relaciones interpersonales.

Escuela de los efectos deseables.

Callista Roy. Mecanismos reguladores y cognitivos. Modos de adaptación. Respuesta de adaptación. Estímulos focales, contextual, residuales.

Lydia Hall. Conducta, curación, autoconocimiento, autoconciencia y reflexión. Control de sus comportamientos. Enseñanza y aprendizaje.

Dorothy Johnson. Subsistema de comportamientos. Equilibrio dinámico.

Betty Neuman. Sistema abierto. Estructura de base. Agentes de estrés. Líneas de defensa. Líneas de resistencia. Prevención. Reconstitución. Estabilidad.

Myra Levine. Conservación de la energía. Adaptación. Integralidad.

Escuela de la promoción de la salud.

Moyra Allen. Promoción de la salud. Aprendizaje. Familia. Colaboración enfermera-cliente.

Escuela del ser humano unitario.

Martha E Rogers. Campo de energía. Patterns. Pandimensionalidad. Principios de la hemodinámica.

Rosemarie Rizzo Parse. Volverse constituido. Significación. Rítmico. Con trascendencia.

Margaret Newman. Salud. Conciencia. Patterns. Movimiento, tiempo y espacio.

Escuela del Caring.

Jean Watson: caring. Relación transpersonal. Factores de cuidados.

Madelaine Leininger. Cuidado. Cultura. Diversidad del cuidado. Universalidad del cuidado.

Comprender lo relacionado con los cuidados de la persona, su dimensión para la salud, enfermedad y el entorno, requiere que estos fenómenos sean entendidos dentro del contexto del marco teórico de Enfermería. Por lo tanto, la práctica correcta de la Enfermería precisa que los cuidados se observen, analicen aborde

el modelo de Enfermería que mejor se adapte a la realidad en la que se desarrolla la práctica cuidadora.¹³

Un modelo conceptual para Enfermería :

Un modelo es una representación esquemática de algún aspecto de la realidad, los modelos se agrupan en dos grandes clasificaciones:

1.-Teóricos

2.-Empíricos

Los modelos *Empíricos* son una réplica de la realidad, por ejemplo un corazón de plástico

Los modelos Teóricos son una representación del mundo real, expresada en símbolos lingüísticos o matemáticos

Los modelos permiten la manipulación de los conceptos sobre el papel, antes de someterlos a la verificación del mundo real.

Modelo de enfermería

Es el conjunto de conceptos ideas, enunciados y supuestos que se han generado en enfermería, para explicar su identidad y el objetivo de su práctica.

Generalmente se admite, que el trabajo de enfermería se debe centrar en las respuestas del paciente ya sea en el estado potencial de pérdida de la salud o estado real de la enfermedad.

La percepción de cada individuo tenga de sus problemas de salud y afrontamiento que presente a estos, así como el apoyo que reciba de su familia, bien conocida y registrada por la enfermera, de acuerdo con un determinado Modelo Conceptual servirán de guía para proporcionar un cuidado individual e integral.

¹³OpCit.Bello,F.N.,p.52-57

Antecedentes De Virginia Henderson

Virginia Henderson es una enfermera norteamericana, Nació en 1897, desarrollo su interés por la enfermería durante la primera Guerra Mundial. En 1918 ingresó a la escuela de enfermería de la armada en Washington D.C. graduándose tres años más tarde.

Inició su trabajo profesional como visitadora y como docente de enfermería. Cinco años después regreso a la Universidad, donde obtuvo el grado de maestra en artes con especialización de docencia en enfermería. Después de trabajar un año como supervisora de clínica, volvió a la universidad para trabajar como profesora, impartiendo cursos sobre el proceso analítico y práctica clínica por el periodo de 1930-1948.

Se dio a conocer en nuestra patria por los años 60, al revisar el libro de Berta Harmer, que se publico en español con el nombre de Tratado de Enfermería Teórica Práctica y que sirvió de libro de texto o de consulta en muchas escuelas de enfermería.

El modelo de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teoristas, en el grupo de la enfermería humanística como un arte y una ciencia.

Tendencia de suplencia y ayuda. Modelos que reflejan la función de enfermería como la misión de sustituir al sujeto a la vez que le ayude a conseguir el máximo nivel de independencia posible (Virginia Henderson y Dorothea Orem¹⁴

¹⁴ García.M.J.El proceso enfermero y el modelo de Virginia Henderson.2ª.ed.Celaya.Progreso.2004.p.8

4.3.3. Teoría De Virginia Henderson

Ante la necesidad de encontrar un modelo, para la enseñanza de enfermería que sea aplicable a la práctica, útil en nuestro medio y que además se le puedan hacer las adaptaciones necesarias para ser aceptado, y puesto en práctica por las enfermeras clínicas, se selecciono el Modelo de Virginia Henderson, que se sustenta en las necesidades básicas del ser humano, Según este modelo se estructuró el contenido de este trabajo.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas que parten para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital (enfermedad, niñez, vejez) fomentando en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, esta teoría se ubica en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

Conceptos Básicos

Necesidad Fundamental.- según Virginia Henderson es la necesidad vital, es decir todo aquello que es, esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

Independencia.- capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia.- puede ser de dos formas:

- Ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer sus 14 necesidades básicas
- Actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes

Causas de Dificultad.- Los obstáculos o limitaciones, personales o del entorno, que impidan a la persona satisfacer sus propias necesidades:

1.-falta de fuerza

2.-falta de conocimientos

3.- falta de voluntad

Supuestos Principales Del Modelo De Virginia Henderson

“Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud.” Un estado saludable es aquel en el que se experimenta una sensación de bienestar o comodidad, del cual nos hacemos más conscientes cuando perdemos la salud, es entonces cuando buscamos los medios para recuperarla lo más rápido posible. Cuando el individuo aprecia en gran manera su salud, dichos medios están encaminados a conservar ese estado saludable, mediante la puesta en práctica de medidas preventivas.

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

“cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad ni es independiente “El termino independiente significa que el individuo tiene los conocimientos, la fuerza y la voluntad que son necesarios, para ejecutar las acciones que se requieren para conservar o recuperar la salud.

La función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud, a la recuperación o a una muerte pacífica y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, voluntad, o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.

Virginia Henderson afirma que la enfermera es, y debe ser legalmente, una profesional independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería, ubica estos cuidados básicos en 14 componentes, o necesidades básicas del paciente, que abarcan todas las posibles funciones de la enfermera.

Necesidades Básicas

- 1.-Respirar normalmente
- 2.-comer y beber adecuadamente
- 3.-eliminar los desechos corporales por todas las vías
- 4.-moverse y mantener una buena postura
- 5.-dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad
- 6.-poder seleccionar ropas apropiadas, vestirse y desvestirse
- 7.-mantener la temperatura corporal, dentro de los límites normales
- 8.-mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
- 9.-evitar peligros ambientales, e impedir que perjudiquen a otros
- 10.-comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones
- 11.-vivir según valores y creencias
- 12.-trabajar de manera que exista un sentido de logro
- 13.-jugar y participar en actividades recreativas
- 14.-aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud, y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles¹⁵

Henderson identifico tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente:

1) la enfermera como sustituto del paciente, en estado de enfermedad grave, la enfermera puede considerarse como un sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse “completo” o “independiente” (naturaleza de la enfermería 1994)

2) la enfermera como ayuda del paciente, la enfermera da apoyo al paciente para recuperar su independencia

3) La enfermera como compañera y orientadora del paciente, la enfermera imparte educación sobre la salud al paciente y familia, formulan juntos el plan de cuidados, lo ejecutan y lo evalúan

Henderson afirma “para que una enfermera ejerza como experta por derecho propio y haga uso del enfoque científico para perfeccionarse, ha de tener el tipo de formación que solo se da en las instituciones de educación superior y en las Universidades, esto es la formación de nivel licenciatura, o el equivalente. Porque la “educación de la enfermera exige un entendimiento universal de los diversos seres humanos”

PERSONA.-El paciente debe mantener un equilibrio, fisiológico y emocional. Porque la mente y el cuerpo son inseparables. La persona es capaz de aprender durante toda su vida. El paciente y familia conforman una unidad.

Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila y que el cuerpo y el alma son inseparables. A sí contempla al paciente y su familia como una unidad.

SALUD.-Se considera un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades, enfermedad, por lo tanto es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades.

La salud es una cualidad de la vida y es básica para el adecuado funcionamiento del organismo humano, (la salud es la habilidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de cuidado de enfermería)

Para el funcionamiento del ser humano se requiere, **fuerza, voluntad, y conocimiento.**

Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparo la salud con la independencia, interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Tal como declaró, se trata más bien de la calidad de salud que de la propia vida.

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

Virginia Henderson afirma que la enfermera obtendrá una gratificación inmediata al ver los progresos del paciente para lograr su independencia. “la enfermera debe hacer un esfuerzo

Por entender al paciente” y afirma con énfasis la enfermera debe meterse en su piel a fin de comprenderlo.

Tampoco en este caso dio Henderson una definición propia de entorno, Acudió en cambio, al Webster’s New Collegiate Dictionary de 1961, en el que define entorno como un conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y a un desarrollo de un organismo.¹⁶

¹⁶ OpCit.García,M.J.,p-13-15-19-23

4.4. PROCESO ATENCION ENFERMERIA

4.4.1 Definición

El PAE es un método SISTEMÁTICO Y ORGANIZADO de obtener información, e identificar problemas del individuo, familia, y comunidad con el fin de diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar, el cuidado de enfermería., este proceso exige habilidades y destrezas afectivas, cognitivas, y motrices del profesional de enfermería, para observar, valorar, decidir, realizar, y evaluar e interactuar con otras personas cuando se ejerce el cuidado, así mismo se hace necesario el conocimiento de áreas biológicas, sociales y del comportamiento.

Este método nos permite administrar cuidados individualizados que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas o grupos y las alteraciones de salud reales y potenciales y consta de 5 etapas, La Enfermería necesita el uso del método científico propio, para identificar y satisfacer las necesidades en materia de salud, evaluar los resultados de su propia intervención

La descripción del proceso atención enfermería está influida por nuestra propia filosofía y creencias, acerca de las personas, el cuidado, la salud, y el entorno así como de la enfermería misma y su interacción entre estos factores todo ello constituye el centro de atención y fundamento filosófico de la enfermería como ciencia, Representa una dimensión metodológica del cuidado de enfermería.¹⁷

Objetivos

*Conocer y poner en práctica un modelo que oriente la práctica de enfermería, para dar una atención integral.

*conocer las cinco etapas del proceso enfermería

*aplicar la hoja de valoración para la recolección de datos, jerarquizar las necesidades de acuerdo al modelo (Henderson-Maslow)

¹⁷OpCit.Bello,.F.N.p.33-34

*formular los diagnósticos de enfermería integrando etiquetas diagnósticas de la NANDA y el modelo HENDERSON

*aplicar la hoja de cuidados según el modelo propuesto

Características

El Proceso de Atención de Enfermería está basado en el pensamiento lógico y en el método científico, regido por un código ético, que se ocupa de la salud de los seres humanos y de la evolución de la práctica a partir de la teoría. Este método científico de actuación constituye un plan de trabajo diario en el ejercicio de la práctica clínica, sobre la base de las capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, con el objetivo de atender las necesidades de las personas, la familia y su interrelación con el entorno.

En la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería influyen las opiniones, conocimientos y habilidades que permiten un razonamiento crítico en cada una de sus fases, lo cual nos facilita examinar una situación, un fenómeno, una duda o un problema para llegar a una hipótesis o conclusión.

El pensamiento científico es el método empleado por la ciencia para proporcionar una forma sistematizada especial del pensamiento y facilitar el cuestionamiento reflexivo.

En la dimensión del razonamiento científico se encuentra el uso de:

1. La lógica. Mediante el empleo del enfoque lógico, organizado y consciente podemos comprender el procedimiento del razonamiento que constituye la fuente del ser humano para aprender.
2. La competencia. Por medio de la adquisición y actualización de la base del conocimiento y mediante las experiencias de la propia práctica clínica.
3. La flexibilidad. Permite acomodarse a razonamientos e ideas divergentes.
4. La creatividad. Mediante un pensamiento creativo que promueva la curiosidad y el desarrollo de estrategias innovadoras.
5. La iniciativa. Estimula la actuación precoz y el razonamiento creativo.

6. La comunicación. Utiliza la interrelación verbal y no verbal.

Estos elementos del razonamiento científico se encuentran implícitos en las propiedades del Proceso de Atención de Enfermería y se retoman en el razonamiento crítico que se aplica en cada fase. Esto influye en las opiniones, conocimientos y habilidades personales para formar la base de la interrelación entre el enfermo y el paciente, a partir de las percepciones, valores y metas personales.

El proceso de atención de enfermería es un término aplicado a un sistema de intervenciones características de la Enfermería, que permite aplicar todo nuestro marco teórico-filosófico, por tanto para la aplicación del método científico debemos crear un equilibrio entre "saber hacer", "saber" y "saber ser", que proporcione a su vez equilibrio entre las competencias en su actuación profesional para el abordaje adecuada de los fenómenos subyacentes de dicha práctica

Para el empleo integral de las habilidades cognitivas, interpersonales y psicomotoras en la atención de enfermería es necesario profundizar los aspectos técnicos necesarios para una adecuada aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, para ello debemos fomentar:

1. Un desarrollo del pensamiento científico en el que estimulemos el talento, la creatividad e independencia, la formación de aspiraciones, intereses en forma de objetivos personales y sociales, donde la orientación profesional y vocacional tengan un espacio importante.
2. El aprendizaje mediante métodos activos, en el cual es imprescindible experimentar en el acto de la conducta, el comportamiento, las vivencias y experiencias a cerca del cumplimiento de una norma, así como la satisfacción personal que produce y el reconocimiento social que pueda provocar.
3. Un pensamiento flexible, que refleje las contradicciones objetivas de su entorno, que transformadas en conflictos y dilemas éticos provoquen una reacción de compromiso con la sociedad a partir de determinadas exigencias morales.

4. La independencia, seguridad y sentido de la responsabilidad como medida de un deber social.
5. La conciencia individual mediante la autovaloración, valoración y emisión de juicio, según su sistema de valores y creencias.
6. La promoción del análisis crítico mediante juicios valorativos y comparativos que estimulen la creatividad, el despliegue de la inteligencia y el talento unido a la voluntad en el logro de determinada meta o propósito.
7. El vínculo del conocimiento con su significación humana, espiritual y los sentimientos.

4.4.2. Descripción de las etapas

1.-**valoración.** La valoración es un proceso organizado y sistemático de recolección de datos procedentes de diversas fuentes; esta debe ser holística y se realiza a las personas, familia o comunidad, mediante patrones funcionales de salud o de respuestas humanas, que deben reflejar las necesidades biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales para ver a la persona como "un todo".

Los aspectos éticos en la valoración son los siguientes:

- *Fomentar la interrelación enfermero-paciente.
- *Desarrollar relación de ayuda-confianza, que permite la expresión de sentimientos.
- *Mantener la coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz.
- *Evitar las opiniones personales y juicios de valores.
- *Mantener la confidencialidad de la información.

Además de obtener información exacta, el examinador debe diferenciar cuidadosamente los datos subjetivos y objetivos.

Los datos subjetivos son las informaciones que proporciona el paciente, y están constituidos por sus propias percepciones de su estado de salud, la enfermera no puede confirmar estas percepciones

Los datos objetivos son los que se obtienen mediante el interrogatorio, las técnicas del examen físico, las pruebas de laboratorio u otras mediciones fisiológicas, los datos objetivos son verificables, es decir que pueden ser observados o medidos por otros profesionales de la salud. Ejemplos de datos objetivos son el peso del paciente, exámenes químicos de sangre, o los ruidos respiratorios obtenidos mediante la auscultación etc.

2.- diagnóstico. El enfermero formula un juicio clínico acerca de las respuestas humanas de la persona o familia hacia los problemas de salud (reales o potenciales) y a los procesos vitales. Debemos tener en cuenta que este aspecto es parte de nuestra responsabilidad legal y ética, por lo que no se debe emitir un juicio de valor para lograr obtener la aceptación del paciente o familiar.

El diagnóstico de enfermería describe los problemas de salud que las enfermeras están autorizadas a tratar de forma independiente, en virtud de su capacitación y experiencia, tratar o proporcionar tratamiento implica la iniciación de métodos terapéuticos aceptados ...esta definición por o tanto excluye problemas de salud para los cuales el método terapéutico aceptado comprende drogas que requieren prescripción médica, cirugías, radioterapias u otros tratamientos legalmente definidos como práctica de la medicina.

Un diagnóstico de enfermería es un informe que describe la respuesta humana (estado de salud o pauta de interacción alterada presente/potencial) De un individuo o grupo que la enfermera puede identificar legalmente y para el cual puede indicar intervenciones definidas, destinadas a mantener el estado de salud o a reducir, eliminar, o prevenir alteraciones.

Un problema de salud presente o potencial, (de un individuo, familia, o grupo) que las enfermeras están autorizadas legalmente a tratar iniciando las intervenciones necesarias, para prevenir, resolver o reducir el problema.

3.- planeación. El tercer paso de la enfermería consiste en la planificación de la atención, luego de que la enfermera ha obtenido los datos de valoración y los ha interpretado y convertido en enunciados de diagnósticos de enfermería, el

siguiente paso consiste en delinear un plan para la acción. La planificación es el paso del proceso de la enfermería en el que la enfermera elige la mejor manera de prestar atención organizada, dirigida hacia una meta y diseñada con un criterio individual. La planificación de la atención implica establecer prioridades, determinar los resultados que se esperan, identificar las acciones e intervenciones de enfermería y documentar el plan asistencial.

Es importante que el enfermero conozca que no se pretende cambiar a la persona, sino desarrollar intervenciones que ayuden en su desarrollo personal:

- Tener en cuenta para el establecimiento de prioridades los propios intereses de la persona.
- Permitir su participación activa en la solución de alternativas y toma de decisiones, respetando su autonomía.
- Aplicar planes de cuidados individualizados, según el estado y necesidades de la persona.

4.- ejecución. O implementación la cuarta fase del proceso de enfermería, es el paso en el cual se prestan realmente los cuidados, antes que tratarse de un aspecto separado, la implementación requiere de parte de la enfermera el seguimiento de todas las fases del proceso. Mientras presta cuidados, la enfermera también lleva a cabo evaluaciones adicionales, los datos obtenidos se emplean como base para la identificación de otros diagnósticos y sirven como fuente para la modificación de los resultados y las intervenciones existentes.

Las intervenciones comprenden los cuidados directos prestados por la enfermera , el apoyo al paciente para sus propios cuidados, la instrucción del paciente y su familia, y el monitoreo del paciente, cada una de estas actividades se debe documentar en forma adecuada.

Se aplican los cuidados de enfermería para modificar los factores que influyen en los diagnósticos, teniendo como premisas:

- Ofrecer atención individualizada, de calidad y libre de riesgos.
- Mantener un ambiente terapéutico.
- Propiciar un entorno adecuado y seguro.

- Ofrecer cuidados que conserven y protejan la autonomía, dignidad y derechos de la persona.
- Asegurar la privacidad y curiosidad de la persona.
- Ayudar en la toma de decisiones éticas.
- Ofrecer atención considerada y respetuosa.
- Brindar información oportuna, actual y comprensible.

5.- evaluación.la evaluación señala más bien el comienzo del proceso de la enfermería que su final, Es decir la fase de evaluación se considera como un nuevo ciclo, o como un nuevo comienzo del proceso, las bases para la evaluación de la asistencia son los criterios establecidos en el plan de atención para los resultados esperados, la evaluación sirve como una medida o indicador del progreso del paciente hacia la obtención de las metas formuladas

El enfermero compara el estado de salud y los resultados esperados, definidos en el plan de cuidado, y evalúa la calidad del cuidado brindado, así como la regulación de nuestra propia práctica, fortaleciendo la autonomía de la profesión, teniendo como premisas:

- Permitir la libre expresión de sentimientos en relación con sus expectativas.
- Mantener la coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz.
- Evitar las opiniones personales y juicios de valores.
- Mantener la confidencialidad de la información¹⁸

¹⁸ OpCit.Bello,F.N.p.35-36-62

4.5 *Edad Adulta O Madurez Temprana*

Adulto joven

Se trata de una fase de importantes cambios sociales en los ámbitos de la vida profesional y familiar. En esta fase se sitúa la elección de un compañero/a, comienzo de una ocupación, aprendizaje en la convivencia marital, paternidad y cuidado de los hijos, gobierno y dirección del hogar, adquisición de responsabilidades cívicas, localización de un grupo social de pertenencia. Durante esta fase la vida del individuo gira en torno a dos polos fundamentales: familia y trabajo.

Una bella descripción de esta fase, nos dice que en ella el individuo se debate entre la intimidad y el aislamiento: “El adulto joven, que surge de la búsqueda de la identidad y la insistencia en ella, está ansioso y dispuesto a fundir su identidad con la de otros. Está preparado para la intimidad, esto es, la capacidad de entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas y de desarrollar la fuerza ética necesaria para cumplir con tales compromisos, aún cuando estos pueden exigir sacrificios significativos”. La afiliación y el amor son las dos “virtudes” o “fortalezas” asociadas a esta etapa. El riesgo fundamental radica en la tendencia al aislamiento y la soledad, con incapacidad para establecer relaciones interpersonales cálidas y estrechas.

Esta es una etapa en que se crean vínculos sociales estables y activos; época de tener hijos o de hacer proyectos definitivos de vida. Época en que caben los ensayos de estilos de vida, puesto que el individuo y la sociedad resultan más tolerantes a estas oscilaciones. Es la etapa en que acontece la búsqueda del propio lugar en el mundo, tanto en lo familiar como en lo profesional, lo vocacional y lo social.

Al respecto, debemos señalar que hoy estamos asistiendo a un fenómeno cada vez más generalizado en nuestra sociedad que algunos especialistas han denominado “neurosis de elección de vida” o “neurosis de proyecto de vida” entre los jóvenes ubicados entre los 24 y 35 años de edad. Consiste en la dificultad que experimentan los jóvenes de ser conscientes de sus propios deseos, de activar las propias posibilidades en la realidad, de encontrar un sentido a su

existencia. Todo lo cual está relacionado con la incapacidad de dar direccionalidad a la vida y de asumir compromisos estables. Por otra parte, algunos autores localizan entre la adultez joven y la madura un período de transición especialmente crítico, llamado crisis de realismo³⁴ o crisis de la edad mediana³⁵. La crisis de realismo se produce en torno a los 35 años, más o menos y se puede prolongar por varios años. Consiste en darse cuenta de que el mundo en que se ha intentado hacer el propio proyecto de vida no se amolda ni se amoldará jamás a los propios planes y deseos.

Es un período especialmente propenso para echar la vista atrás y ver qué ha sido de los sueños, ilusiones y proyectos anteriores. Al individuo le inunda un irreparable sentimiento de pérdida (de vigor y atractivo físico, de apetito sexual, de oportunidades profesionales, de personas tan queridas como los padres, de los sueños e ilusiones, etc.). ¿Qué he hecho con mi vida y qué es lo que realmente quiero hacer con lo que resta de ella?, es la pregunta que aflora en el sujeto.

Una vez que la transición a la vida independiente ha tenido lugar (lo cual por lo regular sucede en los 20s) con todas sus tensiones y adaptaciones, el adulto joven entra en un periodo de consolidación, de los 20 a los 40 años. Estos años se caracterizan por una capacidad física y mental máxima, normalmente concentrada en el desempeño del trabajo en (especial en los hombres) La preparación para un empleo usualmente ocurre durante este periodo, al igual que el tiempo de concentración más intensa en el éxito y avance en el trabajo. Muchas otras preocupaciones ceden su sitio a la preocupación por el empleo, las amistades suelen ser lo menos importante en estos años (de nuevo especialmente para los hombres) y la satisfacción marital suele estar en un nivel bajo, en especial si hay hijos en la familia por tanto, una vez que las relaciones íntimas centrales se han formado, las capacidades máximas físicas y mentales del adulto parecen ser dirigidas parcialmente fuera de las relaciones sociales y ser concentradas en el logro, la seguridad, en poner a prueba los límites de las capacidades personales.

Para las mujeres este periodo frecuentemente tiene un énfasis diferente, dado que el tener y criar a los hijos requiere de cualidades maternas al igual que de logro.

Aún más, tanto para las mujeres como para los hombres, este es un periodo en el que las amistades parecen ser lo menos significativo, e incluso las relaciones con los padres son temporalmente menos frecuentes.¹⁹

4.5.1. Características Desde El punto De Vista Biológico, Psicológico, Y Social

Desarrollo Biológico

Se caracteriza por su fuerza, energía y resistencia y por tener sentidos agudos. Su mayor fuerza está entre los 25-30 años y luego comienza a disminuir, especialmente en la espalda y en las piernas y un poco en los brazos.

Durante esta etapa, considerando el estilo de vida de cada persona, se presenta un bienestar físico general. Las capacidades y las destrezas físicas alcanzan la plenitud: hay gran agudeza visual, auditiva y se ha completado el desarrollo cerebral.

Función máxima en la mayoría de las capacidades corporales, número máximo de células, papilas gustativas, reflejos, etc. El punto máximo de la capacidad usualmente se considera que se da a la edad de 25 o 30 años a aun cuando es antes en el caso de algunas funciones, y después en el de otras.

Desarrollo Cognoscitivo

Las operaciones formales están en su lugar por lo menos para algunos adultos., el máximo desempeño mental en la mayoría de los adultos se dan en este periodo ya sea que estén usando las capacidades ejercitadas óptimamente o las no ejercitadas. Alguna disminución en las medidas que las pruebas mentales que requieren de rapidez o en las medidas de la inteligencia fluída o liquida puede ocurrir en la parte final del periodo.

¹⁹ Solis.P.Gutierrez.P.D.Actitudes en el trabajo en estudiantes Universitarios mexicanos y los conceptos de éxito, fracaso trabajo y la filosofía de la vida.Revista Laatinoamericana.1996.

Desarrollo Social

Según él, patrón clásico este periodo comprende el matrimonio, el nacimiento de todos los hijos (las primeras tres o cuatro etapas del ciclo de vida familiar) Suele asociarse a una alta satisfacción marital inicial y luego una disminución por el resto del periodo. La satisfacción por el trabajo normalmente es baja al principio, pero va aumentando en forma estable de los 22 a los 40 años.

Hay un fuerte énfasis sobre el logro en el trabajo en estos años, en especial en el caso de los hombres, las amistades son inicialmente considerables, y bajan alcanzando el punto más bajo a los años 40 aproximadamente. Estos años incluyen las etapas de Erikson de la intimidad y la generatividad

Modelo de crisis y normativa

Como se mencionó al principio de este documento, Sigmund Freud y Erik Erikson - de quien retomaremos principalmente sus postulados- propusieron cada uno una serie de etapas en las cuales la gente necesita resolver problemas críticos en su desarrollo. Freud no llevó sus teorías de desarrollo más allá de la adolescencia, pero Erikson continuó y propuso tres crisis en la edad adulta: una en la edad adulta temprana; una en la edad adulta intermedia y una la última etapa de la edad adulta. La Crisis de la intimidad versus aislamiento es la sexta de las 8 crisis de Erikson - y lo que él considera que es el problema principal de la temprana edad adulta -. De acuerdo con esto, los adultos jóvenes necesitan y desean intimidad; es decir, necesitan tener profundos compromisos personales con otros. Si no son capaces, o temen hacerlo, pueden tornarse aislados y abstraídos. La habilidad de lograr una relación íntima, la cual demanda sacrificio y compromiso, depende del sentido de identidad, el cual tiene que haber sido adquirido en la adolescencia. Un adulto joven que ha desarrollado una firme identidad está listo para fusionarla con la de otra persona. Hasta que la persona no esté lista para la intimidad, la "verdadera genitalidad" no puede ocurrir. Hasta este punto, las vidas sexuales de la gente han estado dominadas bien sea por la búsqueda de su propia identidad o por "luchas fálicas o vaginales que hacen de la vida sexual una clase de combate

genital”, según Erickson. Sin embargo, la gente psíquicamente Sana está dispuesta a arriesgar la pérdida temporal del yo en el coito y el orgasmo, así como en amistades muy estrechas y otras situaciones que requieran absoluta entrega. El adulto joven, entonces, puede aspirar a una “utopía de genitalidad” -orgasmo mutuo en la relación heterosexual amorosa, en la que se comparte la confianza y se regulan los ciclos de trabajo, procreación y recreación.

La “virtud” que se desarrolla durante la edad adulta temprana es la virtud del amor, Dependencia mutua de devoción entre parejas que han escogido compartir sus vidas.

La gente necesita también cierta cantidad de aislamiento temporal durante este período para pensar en algunas elecciones importantes, por su cuenta. A medida que los adultos jóvenes resuelven las demandas, a menudo conflictivas, de intimidad, competitividad y reserva, desarrollan un sentido ético, el cual Erickson considera la marca del adulto.

Como parte de esta postura normativa, los psicoanalistas incluyeron los denominados Mecanismos de defensa del yo y adaptación a la vida. Amén de los conocidos mecanismos como la introversión, el desplazamiento, la intelectualización y la proyección - que se manifiestan abiertamente en la adolescencia -, vale la pena considerar algunos mecanismos De defensa del yo identificados en la vida adulta, o formas características de cómo gente se adapta a las situaciones de la vida: mecanismos maduros, por ejemplo, el uso de humor o ayudar a otros; mecanismos inmaduros, por ejemplo, desarrollar dolores con bases no Físicas, mecanismos psicópatas, en los cuales la gente distorsiona la realidad y mecanismos neuróticos, por ejemplo, represión de la ansiedad, intelectualización o desarrollo de temores Irracionales. Al parecer, los hombres que utilizan los mecanismos maduros adaptables son más exitosos, se consideran más felices, obtienen más satisfacción de su trabajo, disfrutan de amistades más intensas, son mental y físicamente más saludables y aparentan mejor adaptación al medio. En resumen, además de los factores ya mencionados

Otra de las ideas manifestadas dentro de la perspectiva normativa se refieren a cuatro periodos superpuestos de alrededor de 20 a 25 años cada uno. Las épocas están conectadas por períodos de transición de aproximadamente cinco años, cuando la gente valora las estructuras que ha establecido y explora posibilidades de reestructurar sus vidas Para la siguiente época.

4.5.2. Principales Alteraciones a La Salud en La Edad Adulta

Comienza a disminuir visión hacia los 40 años y la audición a partir de los 25 años. Salud pueden aquejarse de condiciones respiratorias y heridas. Las dolencias Crónicas son: problemas de la espalda crónicas son:

Problemas de la espalda, De la columna, artritis e hipertensión, causa de hospitalizaciones, son los accidentes, enfermedades digestivas, enfermedades genitourinarias.

- Causas de mortalidad, accidentes de auto, condiciones cardiacas, cáncer, homicidio, surge la diabetes y la gota, problemas de obesidad de colesterol problemas de obesidad, de colesterol alto y de triglicéridos elevados.
- Fumar: riesgo de cáncer, condiciones cardiacas bronquitis, enfisema, el alcohol es causa de accidentes y daño hepático.

4.5.3. Tuberculosis Pulmonar

Estadísticas

En México, en 2007 de acuerdo a la información disponible se registraron 17,329 casos de tuberculosis en todas sus formas, con una tasa de 16.38 por 100,000 habitantes. Del total de casos notificados en el mismo año, 14,550 (84%) correspondieron a la forma pulmonar con una tasa de 13.8 por 100,000 habitantes, 5% a ganglionar, 1% a meníngea y el resto (10%) a otras formas. La mitad de los casos no presenta enfermedad concomitante, aunque las que más están asociadas a tuberculosis son: diabetes mellitus con 18%, desnutrición 11.6%, alcoholismo 6.8% y VIH/SIDA 5%. En nuestro país, la tuberculosis sigue siendo más frecuente en los varones (razón hombre: mujer 1.5:1), aunque varía de un estado a otro, lo que puede deberse a distintos factores.²⁰

Del total de casos nuevos registrados, 10 estados concentran el 70% de la incidencia: Baja California, Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Jalisco, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas y Veracruz concentran 70% de los casos identificados en el país.

La tasa de incidencia en el país varía entre 38.3 en Baja California y 2.3 por 100,000 habitantes en Tlaxcala. Lo que refleja diferencias importantes en el riesgo de enfermar.

En relación a la mortalidad por tuberculosis en 2007 (información preliminar) fue de 1.7 por 100,000 habitantes, con 1811 defunciones por esta causa. Las entidades federativas con el mayor número de defunciones fueron: Veracruz, Chiapas, Baja California, Jalisco y Nuevo León que en conjunto concentran el 40% de las defunciones.⁴

El Plan Regional 2006-2015 de la OPS/OMS destaca en su Línea Estratégica 3 inciso 5.3.3 lo siguiente:

²⁰ Alarcón M.S.P. E. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias Cap. I. Situación Actual de la Tuberculosis p. 13 Cap II. Red TAES de Enfermería en Tuberculosis p. 14

Apoyo a las políticas de gestión de recursos humanos en tuberculosis y la diseminación del conocimiento.

Esto es debido a que la ausencia de suficiente recurso humano calificado en los diferentes niveles de los Programas Nacionales de Tuberculosis es una de las limitaciones identificadas para la implementación y expansión de la estrategia DOTS/TAES a nivel mundial. A más de diez años de la implementación y expansión de la estrategia DOTS/TAES en México, el esfuerzo interinstitucional para alcanzar los logros obtenidos, se reconoce que no han sido suficientes, por lo que ha sido necesario involucrar a muchos actores y motivarlos para que su participación sea eficiente y oportuna.

En nuestro país, con la creación de la Red TAES de Enfermería en Tuberculosis se comprueba la necesidad de contar con herramientas que faciliten la capacitación en las acciones dirigidas a los pacientes con tuberculosis de manera integral así como a su familia, para que logren ingresar a tratamiento y se les realice su seguimiento hasta lograr su curación.

Definición De Tuberculosis Pulmonar

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y contagiosa, causada por el *Mycobacterium tuberculosis* o Bacilo de Koch. El reservorio principal es el hombre. Se contagia de una persona enferma a otra persona sana por la inhalación de gotas de Flügge que se esparcen en el aire, se introducen por la nariz o por la boca y llegan hasta los pulmones dando lugar a un proceso inflamatorio local, una neumonitis, una linfangitis y una adenitis, esto se traduce en un cuadro gripal que dura aproximadamente de una a dos semanas, conocida como primoinfección tuberculosa.

De la primo infección tuberculosa pueden presentarse dos posibilidades: la primera, en 99% de las personas, el *M. tuberculosis* resuelve el encuentro gracias a la respuesta del sistema inmune, sin embargo el *M. tuberculosis* puede permanecer latente hasta 50 años y activarse a lo largo de la vida ante el deterioro del sistema inmune (desnutrición, embarazo y lactancia, diabetes, alcoholismo,

alteraciones de la colágena, infección por VIH o corticoterapia entre otras). La segunda condición es la diseminación precoz y progresiva que evoluciona a enfermedad grave y puede dejar secuelas o llevar hasta la muerte.

La forma clínica que afecta principalmente es la pulmonar en el 85% de los casos, y el resto son tipo extra pulmonar como la meníngea, miliar ósea, ganglionar o renal entre otras.

La manera de prevenir las formas graves de tuberculosis como la meníngea o miliar en los niños, es aplicando la vacuna BCG a todos los recién nacidos, de no ser así, se debe aplicar antes de los 14 años.

La tuberculosis (TB) representa un problema importante de salud pública en el mundo y un reto para su control en México. Es ocasionada por cualquiera de los microorganismos que integran el Complejo *Mycobacterium tuberculosis*: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. microti* y *M. canetti*. Afecta principalmente a las personas en edad productiva (15-49 años), el 80% de los casos son de forma pulmonar, sin importar sexo, raza, edad, ni condición económica; repercute indudablemente en los grupos vulnerables desprotegidos desde el punto de vista social, económico y de salud como los migrantes, usuarios de drogas intravenosas, indígenas, personas que viven privadas de la libertad, personas con compromiso inmunológico como VIH, y bajo tratamiento inmunosupresor, etc.

Se estima que en un año, un caso de tuberculosis sin tratamiento infecta entre 10 y 15 personas. Cada segundo se produce en el mundo una nueva infección por el *Mycobacterium tuberculosis*, del 5 al 10% de las personas infectadas se enferman en algún momento de sus vidas. Las personas con VIH tienen hasta 50% de probabilidades de desarrollar la tuberculosis. La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda desde 1996 la implementación de la Estrategia DOTS/TAES a nivel mundial, con la finalidad de garantizar a las personas que padecen la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportunos hasta su curación. La estrategia integra los siguientes componentes:

Compromiso gubernamental para garantizar los recursos en el control del padecimiento de manera sostenida

*Detección de casos mediante pruebas bacteriológicas de calidad garantizada

*Tratamiento de corta duración con supervisión estricta y apoyo a pacientes

*Sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos

*Sistema de vigilancia, evaluación y medición del impacto

A partir de 2005 se agregan los siguientes:

Hacer frente a la tuberculosis/VIH, tuberculosis multirresistente y otros problemas como la diabetes y las adicciones.

Involucrar a todo el personal de salud a través de la colaboración de organismos públicos y privados con normas estandarizadas para la atención de los pacientes con tuberculosis

Contribuir a fortalecer el sistema de salud

Empoderar a los afectados por la tuberculosis y comunidades a través de la promoción, comunicación y movilización social

Promover el desarrollo de investigaciones operativas

Las metas para el control mundial de la tuberculosis se han fijado en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

incluida en el ODM 6, consiste en haber detenido o comenzado a reducir la incidencia de esta enfermedad para el año 2015. La Alianza Alto a la Tuberculosis ha fijado otras dos metas de impacto, que son reducir en el mismo período a la mitad las tasas de prevalencia y de mortalidad con respecto a 1990. Las metas de resultado fijadas por la Asamblea Mundial de la Salud en 1991, fueron detectar al 70% de los casos nuevos bacilíferos y tratar satisfactoriamente al menos el 85% de casos detectados bajo DOTS/TAES.

Por lo anterior se requiere que todo personal de salud se responsabilice y asuma el compromiso de atender de manera adecuada y eficiente a todos los pacientes con tuberculosis con la finalidad de cortar la cadena de transmisión y lograr su curación.

En este sentido se sugiere que el personal de enfermería esté involucrado en los componentes del PNT (programa Nacional de Tuberculosis) y para ello debe contar con las herramientas necesarias para atender con calidad a la población que lo requiera.

De acuerdo con la información disponible en el componente de tuberculosis del SINAVE11, en nuestro país se registran cada año cerca de 15 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar y cerca de dos mil defunciones por esta causa, lo que representa una importante pérdida de años potenciales de vida saludable y, por consiguiente, un obstáculo para el desarrollo socioeconómico de México, ya que el promedio de edad de muerte por este padecimiento es de 54 años.²¹

Etiología De La Tuberculosis Pulmonar

La gran mayoría de los casos de tuberculosis están producidos por *Micobacterium Tuberculosis*, especie de la familia de *Micobacteriaceae*, orden *Actinomycetales*. Junto con otras tres especies muy relacionadas, *M. bobis*, *M. africanum*, y *M. microti*, forman el grupo de mico bacterias tuberculosas (*Mtuberculosis complex*). *M. bobis* es mucho menos frecuente. Se caracteriza por su resistencia uniforme a pirazinamida, aunque en los últimos años ha sido responsable de una epidemia en España de Tuberculosis multirresistente asociada a enfermos VIH, pero con transmisión también a inmunocompetentes. *M. africanum* (se considera una forma intermedia entre las dos anteriores) es una causa de tuberculosis humana en África (Roviglione, 2004)

Las mico bacterias son bacilos ácido alcohol resistentes, aerobios estrictos, inmóviles, no esporulados, que son Gram (+) aunque la tinción es muy irregular., se reproducen muy lentamente, son resistentes a los ácidos y álcalis y tienen una

²¹ Secretaría de Salud, Manual de Procedimientos en Tuberculosis para el personal de Enfermería.p.11

gran envoltura de ácidos mi cólicos, ácidos grasos ramificados, de 60-80 átomos de carbono. Por fuera de la capa de ácidos mi cólicos existen una serie de fenol glicolípidos de entre los que destaca el cord factor, importante como veremos para el diagnóstico. Son bacterias intracelulares, capaces de vivir dentro de las células, y más concretamente de los macrófagos, de forma que son capaces de enlentecer su metabolismo de forma indefinida.

¿Quiénes tienen el mayor riesgo?

La tuberculosis afecta principalmente a los adultos jóvenes, es decir, en la edad más productiva. Pero todos los grupos de edad están en riesgo. Más del 95% de los casos y las muertes se registran en los países en desarrollo.

Las personas infectadas simultáneamente por el VIH y el bacilo tuberculoso tienen entre 21 y 34 veces más probabilidades de enfermar de tuberculosis. El riesgo de desarrollar tuberculosis activa también es mayor en las personas aquejadas de otros trastornos que deterioran el sistema inmunitario.

En 2011, aproximadamente medio millón de niños (de 0 a 14 años) enfermaron de tuberculosis, y una media de 64 000 murieron por esta causa.

El consumo de tabaco aumenta mucho el riesgo de enfermar de tuberculosis y morir como consecuencia de esta. En el mundo, se calcula que más del 20% de los casos de tuberculosis son atribuibles al hábito de fumar.

Síntomas y diagnóstico

Los síntomas comunes de la tuberculosis pulmonar activa son tos productiva (a veces con sangre en el esputo), dolores torácicos, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudores nocturnos.

-Historia clínica

-Prueba de tuberculina valoración PPD

-Baciloscopías examen microscópico para la detección de bacilos ácido alcohol resistentes mediante la tinción de Ziehl-Nelsen sencillo y de bajo costo presenta sensibilidad, ya que requieren al menos 5000 bacilos/ml de esputo para que la microscopía resulte positiva; la sensibilidad es aún menor en casos de

tuberculosis extra pulmonar, cuando existe coinfección con HIV y cuando la infección es debida a micobacterias no tuberculosas

La microscopía de fluorescencia ofrece un 10% más de sensibilidad y más costosa

Los hallazgos más frecuentes en telerradiografía torácica son: cavernas en lóbulos superiores, condensaciones pulmonares, derrame pleural, imagen miliar, ensanchamiento mediastinal y cavernas en lóbulos inferiores (frecuentes en inmunosuprimidos).

- Cultivo sólido o líquido e identificación de mico bacterias. Aumenta la posibilidad de diagnóstico en un 30 - 50% en relación a las técnicas de microscopía. Evidentemente es un método más complejo y requiere de medidas de bioseguridad. Pacientes que presenten dos series de tres baciloscopías negativas, sujetos con VIH/SIDA, pacientes con TB extra pulmonar, con fracaso al tratamiento, recaída o segundo abandono al tratamiento.

-Pruebas bioquímicas y moleculares. Pruebas de diagnóstico rápido.

- Pruebas de susceptibilidad a fármacos (DST - siglas en inglés) de 1a. y 2a. línea. En los niños es particularmente difícil diagnosticar esta enfermedad.²²

Esquemas de tratamiento:

Primario acortado (Casos nuevos)

Retratamiento primario (Abandono, fracaso o recaída al tratamiento primario)

Retratamiento estandarizado (Abandono, fracaso o recaída al retratamiento primario)

Retratamiento individualizado

1ª línea: isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z), etambutol (E), estreptomina (S).

2ª línea: kanamicina (Km), amikacina (Am), capreomicina (Cm), etionamida (Eth), protionamida

(Pth), ofloxacina (Ofx) y levofloxacino (Lfx).

²² Uribarren,B.T. : <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/bacteriologia/tuberculosis.html>

Se tienen en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosos: capacidad bactericida, capacidad esterilizante, y capacidad de prevenir la resistencia. Los medicamentos esenciales más utilizados son Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Estreptomina Etambutol, los medicamentos antituberculosos poseen estas propiedades en grados diferentes.

La isoniacida, rifampicina y pirazinamida son los medicamentos bactericidas más potentes, activos contra todas las poblaciones de bacilos tuberculosos.

La isoniacida (H) actúa sobre poblaciones de multiplicación continua, la Rifampicina ® interfiere con duplicación de material genético del *Micobacterium tuberculosis*, la Pirazinamida (z) es activa en medio ácido contra los bacilos que se encuentran en el interior de los macrófagos. Debido al hecho que estos tres medicamentos (isoniacida, pirazinamida, y rifampicina) pueden eliminar el bacilo en cualquier localización extra o intracelular, se les conoce como el núcleo básico de tratamiento antituberculoso.

La estreptomina (S) tiene también propiedades bactericidas contra ciertas poblaciones de bacilos tuberculosos, y es activa contra los que se encuentran en fase de multiplicación extracelular rápida. El etambutol (E) es un fármaco bacteriostático que se asocia a medicamentos bactericidas más potentes para evitar la emergencia de bacilos resistentes. Actualmente se lleva un esquema de tratamiento antituberculoso diferenciado.

Esta definición permitirá el empleo de regímenes terapéuticos diferenciados que garanticen su mayor eficacia. Se busca lograr una eficacia superior al 90% la identificación de diferentes categorías de enfermos conduce a la utilización de esquemas terapéuticos diferenciados para:

- enfermos nuevos con bacteriología positiva y formas extra pulmonares severas
- enfermos antes tratados con bacteriología positiva (recaídas y abandonos) recuperados
- enfermos nuevos de formas paucibacilares y extra pulmonares de menor severidad.

TRATAMIENTO PRIMARIO SUPERVISADO

Fase intensiva:	Diaria de lunes a sábado hasta completar 60 dosis Administración en una toma.	
Medicamentos separados	Combinación fija	Administrar 4 grageas juntas
Isoniacida	300 mg.	75 mg.
Rifampicina	600 mg.	150 mg.
Pirazinamida	1.5 a 2 g.	400 mg.
Fase de sostén:	Intermitente dos veces por semana, lunes y jueves o martes y viernes, hasta completar 30 dosis. Administración en una toma.	
Medicamentos separados	Combinación fija	Administrar 4 cápsulas juntas
Isoniacida	800 mg.	200 mg.
Rifampicina	600 mg.	150 mg.

- a) Enfermos de menos de 50 kg. De peso 1.5 gr. Por día,
- B) enfermos mayores de 50 años mitad de la dosis
- C) no utilizar durante el embarazo ni en niños²³

Control y evaluación del tratamiento

El control y la evaluación del resultado del tratamiento se llevarán a cabo cada mes o antes, cuando la evolución del enfermo lo requiera, de la manera siguiente:

a. Control

b. Clínico:

Revisión del estado general del enfermo y evolución de los síntomas, y verificación del cumplimiento en la administración de los medicamentos.

- Baciloscópico:

Será favorable cuando la baciloscopía sea negativa desde el tercer mes de tratamiento o antes, y

Desfavorable, cuando persista positiva hasta el sexto mes, considerándola como fracaso del tratamiento.

²³OpCit. Manual de procedimientos para Personal de enfermería,p.23-31-32

- Radiológico:

Se efectuará cuando exista el recurso, como estudio complementario,

La curación del enfermo ocurre muy frecuentemente con persistencia de lesiones radiológicas cicatriciales, sin bacilos tuberculosos en el esputo.

b. Evaluación:

Al término del tratamiento podrá considerarse el caso como curado o como fracaso.

- Curado:

Caso que cumplió su tratamiento regular, desaparecen los signos clínicos y tiene baciloscopia negativa en dos muestras tomadas en ocasiones sucesivas, o desaparecieron los signos clínicos y no expectora.

- Fracaso:

Cuando el enfermo persiste positivo con confirmación por cultivo a partir del sexto mes de tratamiento.

Estudio de contactos

El estudio de contactos deberá realizarse de conformidad con los siguientes lineamientos:

a. Inmediatamente después del conocimiento del caso de tuberculosis confirmado bacteriológicamente, y

b. Será necesario repetir el examen entre los contactos que presenten síntomas sugerentes de tuberculosis en el transcurso del tratamiento del enfermo.

El estudio de contactos de los casos de tuberculosis comprenderá los exámenes siguientes:

a. Clínico;

b. Inmunológico (PPD) a los menores de 15 años no vacunados con BCG;

c. Bacteriológico, en caso de presentar síntomas,

d. Radiológico si existen los recursos necesarios y se considera útil²⁴

²⁴ Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993 para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud

La coinfección por el bacilo tuberculoso y el VIH

Como mínimo, una tercera parte de los 34 millones de personas infectadas por el VIH en todo el mundo están infectadas también con el bacilo tuberculoso, aunque aún no padecen tuberculosis activa. Las personas doblemente infectadas tienen entre 21 y 34 veces más probabilidades de llegar a padecer tuberculosis activa que quienes no están infectadas por el VIH.

La combinación de la infección por el VIH con la tuberculosis es letal, pues la una acelera la evolución de la otra. Un individuo infectado a la vez con el VIH y el bacilo tuberculoso tiene más probabilidades de contraer la tuberculosis activa. En 2011, unas 430 000 personas murieron a causa de la tuberculosis asociada con la infección por el VIH. Casi un 25% de las muertes de las personas infectadas por el VIH son causadas por la tuberculosis. Según cálculos, en 2011 había aproximadamente 1,1 millones de casos nuevos de esta infección mixta, y el 79% vivían en África.

Como se indica más adelante, para disminuir el número de muertes la OMS recomienda un método de 12 componentes para los servicios integrados contra la tuberculosis y la infección por el VIH, en particular son medidas de prevención y tratamiento de la infección y la enfermedad. Según se calcula, la aplicación de este método permitió salvar 1,3 millones de vidas entre 2005 y 2011 en todo el mundo.

Tuberculosis multirresistente

Los medicamentos antituberculosos corrientes se han venido usando por décadas y la resistencia a ellos está aumentando. En todos los países estudiados se ha comprobado la existencia de cepas del bacilo que presentan resistencia a por lo menos un medicamento antituberculoso.

Se conoce como tuberculosis multirresistente a la causada por una cepa que no responde al tratamiento por lo menos con isoniazida y rifampicina, los dos medicamentos antituberculosos de primera línea (estándar) más eficaces.

El origen de esta forma de la enfermedad está en el tratamiento incorrecto. En efecto, el tratamiento inapropiado con estos medicamentos, o el empleo de medicamentos de mala calidad, puede causar farmacorresistencia.

La enfermedad causada por bacilos resistentes no responde al tratamiento corriente de primera línea. No obstante, la forma multirresistente se puede tratar y curar con medicamentos de segunda línea. Aun así, hay pocas opciones y, además, los medicamentos recomendados no siempre se consiguen.

El tratamiento prolongado necesario (hasta dos años de tratamiento) es más caro y puede producir reacciones adversas graves.

En algunos casos la farmacorresistencia puede ser peor. Esto es lo que se conoce como tuberculosis ultrarresistente, que solo responde a unos pocos medicamentos, incluso los antituberculosos de segunda línea más eficaces.

En 2011, entre los casos notificados de tuberculosis pulmonar hubo unos 310 000 casos de tuberculosis multirresistente. Casi el 60% de ellos correspondían a la India, China y la Federación de Rusia. Se cree que aproximadamente un 9% de los casos de tuberculosis multirresistente presentaban tuberculosis ultrarresistente. Hay nuevos fármacos antituberculosos y nuevos regímenes terapéuticos para la TB farmacosensible y farmacorresistente que están siendo investigados en ensayos clínicos o examinados por los Organismos de reglamentación farmacéutica. Asimismo, hay once vacunas para Prevenir la TB que se encuentran en distintas fases de desarrollo.

Retos 2007-2012

Los desafíos actuales para el control de la TB en México son mayores que en décadas anteriores, no sólo por su importancia operativa para el desempeño de los Programas estatales, sino también y de manera especial por la re-emergencia del padecimiento en distintos sectores de la población. Hoy se presentan nuevos escenarios para la prevención y el control de la enfermedad y en ellos converge la necesidad de mejorar y consolidar en todo el país la estrategia TAES, con una cobertura universal de calidad, lo mismo que la atención eficaz de los casos con coinfección TB-VIH y la tuberculosis con resistencia a fármacos.

El Programa Sectorial de Salud 2007-2012, en su componente tuberculosis, orienta las acciones institucionales hacia el cumplimiento de los retos descritos, que consideran prioritariamente:

- 1) Consolidarla expansión de la estrategia TAES de calidad y mejorarlo;
- 2) Enfrentar con eficacia la TB/VIH, la TB-MDR y otros problemas asociados;
- 3) Contribuir a fortalecer los servicios de salud en tuberculosis;
- 4) Involucrar a todo el personal de salud público y privado;
- 5) Empoderar a los afectados por la tuberculosis y a las comunidades, y
- 6) Posibilitar y promover la realización de investigaciones.

El lema “México Libre de Tuberculosis” busca hacer conciencia en la sociedad de tener pulmones limpios, sanos y libres de tuberculosis; conocer la enfermedad, promover la atención y la solicitud del tratamiento gratuito, además de permitir la identificación del Programa ante los diferentes sectores públicos y privados.

El logo del Programa de Acción Específico Tuberculosis está conformado por figuras abstractas que representan de manera sencilla el aparato respiratorio humano.

Las líneas curvas blancas y rojas son los árboles bronquiales, las cuales en conjunto representan el intercambio de gases (bióxido de carbono y oxígeno).²⁵

²⁵ Secretaría de Salud.CENAVECE.Tuberculosis,Subsecretaría de Prevención y promoción a la salud,1ª.ed.México,D.F,2012

V.-DESARROLLO DEL PAE

5.1. Presentación Del Caso

Se trata de una persona de 25 años de edad, con el Nombre de C R S, con domicilio en Francisco Villa núm. 14 San Juan Moyotepec, presenta afección pulmonar (tuberculosis) tiene un peso de 36 Kg lo cual representa un índice de masa corporal de 16 (desnutrición) se encuentra en la fase intensiva del tratamiento para tuberculosis pulmonar, presenta datos objetivos y subjetivos de depresión, actualmente está separada de su pareja con la cual vivía en el estado de Morelos, y desde el mes de Marzo que empezó a estar enferma su mamá fue por ella y sus dos hijas pequeñas, actualmente viven en casa de la mamá con dos de sus hermanas, se encuentran viviendo en hacinamiento, con un bajo nivel socioeconómico, no cuenta con los recursos necesarios, ni con seguridad social., fué referida del hospital General de México, al primer nivel de atención al centro de salud T III Tulyehualco en donde existe RED TAES para personas con tuberculosis, un médico epidemiólogo, Nutriólogo, psicóloga y enfermera llevan el control y seguimiento de Claudia y su familia.

5.2- Análisis De La valoración.

NECESIDADES	DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
1.- OXIGENACIÓN	X	
2.- ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN	X	
3.- ELIMINACIÓN		X
4.- MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA	X	
5.- DESCANSO Y SUEÑO	X	
6.- VESTIDO		X
7.- TERMORREGULACION		X
8.- HIGIENE		X
9.- EVITAR PELIGROS		X
10.- COMUNICACIÓN	X	
11.- CREENCIAS Y VALORES		X
12.- TRABAJAR Y REALIZARCE		X
13.- RECREACIÓN		X
14.- APRENDIZAJE	X	

5.3. Desarrollo De Las Etapas

1. NECESIDAD ALTERADA: OXIGENACIÓN

CAUSA DE DIFICULTAD: fuerza GRADO DE DEPENDENCIA: parcial mente dependiente

DX. REAL en la respiración relacionada con afección pulmonar, manifestada por tos, disnea de esfuerzo, fatiga, taquipnea

OBJETIVO: Contribuir a mejorar la oxigenación

Manejo adecuado de vías aéreas

PLANEACION DE INTERVENCION	FUNDAMENTACIÓN TEORICA	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>1. colocar a la persona en una posición sedente y con la espalda erguida y/o acostada en posición semi fowler</p> <p>2. Dar -fisioterapia respiratoria, palmo percusión 2 a 3 veces al día por 10 minutos y enseñar a la familia como realizarla</p> <p>3.-eliminar secreciones fomentando la tos de manera efectiva</p> <p>4.fomentar Hidratación para humidificar las</p>	<p>1.-Una posición incorporada a 45 grados incrementa la oxigenación y la ventilación y la posición sentada produce volúmenes corrientes y respiraciones por min más elevadas que el estar en otras posiciones²⁶</p> <p>.- una buena alineación y posición adecuada favorecen la expansión torácica</p> <p>4.-una adecuada hidratación contribuye al mantenimiento de la humidificación de las mucosas respiratorias</p>	<p>1.-se mantuvo en posición sedente</p> <p>.- la mamá dio palmo percusión durante varios días durante 10 min.1 y 2 veces al día</p> <p>.-se llevo a cabo con Claudia una demostración de ejercicios para mejorara la tos inspirar profundamente varias veces espirar lentamente y toser al final de la exhalación</p> <p>.-Claudia comenzó a ingerir 2 litros de agua natural al día</p>	<p>han resultado.- Claudia entendió la importancia de la ingesta de líquidos para humidificar y expectorar las secreciones</p> <p>.-la tos ya no es seca tiene expectoraciones</p> <p>Mejoro su respiración mantiene parámetros normales</p> <p>.-las ultimas 2 baciloscopías negativas</p> <p>.-Claudia se encuentra motivada a seguir con el Tratamiento</p>

²⁶ NANDA. Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificaciones 2007-2008. Ed. Elsevier Madrid España 2008

<p>secreciones 5.-orientar sobre evitar factores psicológicos que alteren la respiración como estrés 6.-disminuir la fatiga y regular actividades de acuerdo a su capacidad para disminuir el uso de energía 7.-eliminar la fatiga mediante relajación, 8- control de la infección mediante administración de medicamentos para la T.B. fase intensiva 9.-garantizar el cumplimiento del tratamiento 10.-establecer un vínculo de confianza con Claudia para que ella siga instrucciones de adherencia al tratamiento</p>	<p>6.-al disminuir la actividad física disminuye, el trabajo muscular se evita la demanda suplementaria de oxígeno y con ello un aumento de formación de carbono y el aumento de respiraciones para suplir necesidades celulares²⁷ 8.-La tuberculosis pulmonar es una infección pulmonar activa que solo se cura mediante la combinación de fármacos y seguimiento estricto del tratamiento</p>	<p>.-Claudia trata de ser paciente con su familia 6-dejo de realizar algunas actividades que le provocaban fatiga o cansancio .7-se relaja mediante Musicoterapia, y trato de arreglar su habitación para estar más tranquila 8.-a diario administro, la ingesta y deglución medicamento .-existe un vínculo de confianza 10.-se está llevando a cabo un control estricto de bacilos copias y se informa a Claudia el resultado</p>	
---	---	--	--

²⁷ Leal, Costa.C, Carrasco, Guirao J.Fundamentos de enfermería, Cuidados básicos centrados en las necesidades de la persona,Editorial. D.M, Librero Editor 1ª.ed.2010.

2. NECESIDAD ALTERADADA: NUTRICIÓN

CAUSA DE DIFICULTAD: fuerza, conocimiento, voluntad

GRADO DE DEPENDENCIA: parcialmente dependiente

DX REAL: Alteración en la Nutrición relacionada con baja ingesta de nutrimentos manifestada por disminución de masa corporal, masa muscular, IMC de 16 desnutrición

OBJETIVO: Normar una conducta encaminada a mejorar sus hábitos alimenticios

Facilitar el aumento de peso corporal y óptimo estado nutricional

PLANEACION DE INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN TEORICA	EJECUCIÓN	EVALUACION
1.-educación nutricional 2.-analizar posibles causas de la pérdida de peso 2.-fomentar la ingesta suficiente de nutrientes 3.-crear un enlace con el nutriólogo para seguimiento y control nutricional 4.-estimular a Claudia para que mejore su alimentación	Una dieta adecuada en este caso hiper proteica-calórica aumenta el peso y masa muscular mejorando así su sistema inmunológico y su recuperación	1.- se oriento sobre el plato del buen comer(grupos de alimentos y contenido energético) .se llevo a la conclusión que el medicamento provoca en ocasiones nausea .se oriento a Claudia y la familia para programar horarios y ritual a la hora de los alimentos .se oriento sobre los riesgos asociados y complicaciones con el hecho de estar por debajo del peso corporal, como	.-comprendió la importancia de una adecuada alimentación, .realice 2 visitas domiciliarias con el nutriólogo .aumento 6 kg en un mes está pesando 42.100kg .se encuentra motivada por la ganancia de 6 kilos .puede realizar considerablemente más actividades de la vida diaria que al principio .las nauseas han ido desapareciendo

		<p>fracaso del tratamiento y riesgo de adquirir otras infecciones</p> <p>3.-se explico en equipo con el nutriólogo sobre la dieta a seguir y se dio por escrito dieta hiperproteica calórica</p> <p>.- se ajusto la dieta al estilo de vida y situación económica de Claudia</p> <p>.-se programaron citas a nutrición</p> <p>.- monitoreo de peso cada 15 días</p> <p>.-se planeo una meta a corto y mediano plazo para subir de peso</p> <p>.-se programo una visita domiciliaria para ver la evolución</p>	
--	--	---	--

3. NECESIDAD ALTERADA: MOVILIZACION Y POSTURA

CAUSA DE DIFICULTAD: fuerza

GRADO DE DEPENDENCIA: parcialmente dependiente

DX REAL: Alteración en la movilidad y postura relacionado con la disminución de la masa muscular, disminución de tono muscular manifestado por debilidad generalizada, temblor de miembros inferiores al caminar , dificultad para la actividad física habitual, verbalización de necesitar energía para tareas de la vida diaria

OBJETIVO: mejoramiento de la (función fuerza, tono muscular y resistencia)

Conservación de la movilidad física

Favorecer una mejor calidad de vida mediante su independencia

PLANEACION DE INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN TEORICA	EJECUCIÓN	EVALUACION
1.- valorar la respuesta a la actividad física al caminar, correr Para ver el grado de dificultad 2.-planear terapia ejercicios para fortalecimiento de miembros inferiores 3.-orientar a Claudia sobre la frecuencia y duración de las actividades que realiza a diario Así como el apoyo de la familia para el rol de actividad	El realizar y mantener el cuerpo y todas las partes de este en movimiento fortalecemos un aspecto fundamental para la vida e independencia de la persona estos movimientos deben ser rítmicos, coordinados y voluntarios, la pérdida de esta función o la alteración deteriorara la imagen y autoestima de la persona	.-se pidió a Claudia caminar unos pasos y post. correr existe limitación de movimiento y dificultad para la actividad .-se llevaron a cabo ejercicios de fortalecimiento .-el rol de actividad que Claudia tenía lo realiza la Mama	.-logró un gran avance porque al mejorar la alteración de nutrición y recuperar peso, ya no hay temblor en los miembros inferiores .-verbaliza sentirse con más fuerza para caminar o correr

4ª NECESIDAD ALTERADA: DESCANSO Y SUEÑO

DX. REAL : Alteración en el descanso y sueño relacionado con estado patológico manifestado por trastornos en el sueño, pesadillas , falta de conciliación del sueño, insomnio, estado depresivo , mal humo, sensación de cansancio
CAUSA DE DIFICULTAD: fuerza, conocimiento

GRADO DE DEPENDENCIA: parcialmente dependiente

OBJETIVO: Identificar los factores que inhiben o impiden el sueño

Mejorar el descanso y sueño

Manejo ambiental

PLANEACION DE INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACION TEORICA	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
1.-orientar sobre la importancia del sueño adecuado durante la enfermedad 2.- llevar un registro de horarios del sueño y siestas para ver si es una posible causa 3.-orientar a la familia y a Claudia acerca de los factores o causas posibles de los trastornos del sueño y posibles formas para evitarlo 4.- ajustar un ambiente y entorno tranquilo 5.- animar a Claudia a realizar acciones fisioterapéuticas baño caliente, material de lectura, leche tibia, masaje .-orientar sobre el	El sueño adecuado restablece el equilibrio normal entre las distintas partes del sistema nervioso de esta forma se evita el estrés .-un patrón adecuado de sueño proporciona mejor capacidad cognitiva y sensación de aumento de la energía personal .-el conocimiento de los medios que favorecen el sueño y descanso favorecen la satisfacción de esta necesidad La leche tibia contiene L- triptófano que es un inductor del sueño	.-solo duerme en la noche evita siestas durante el día .-Coloco una sabana el lugar de puerta en su habitación para hacer un lugar más tranquilo	-. duerme más tiempo durante la noche .-no se pudo llevar a cabo el diario, y la terapia de masaje por falta de tiempo de los familiares Sin embargo evito las siestas durante el día y mejoro el periodo de sueño, aunque no del todo No se pudo mantener un ambiente tranquilo, porque su cuarto para dormir no tiene puerta y se escuchan ruidos

desarrollo un ritual antes de dormir que incluya actividades tranquilas como escuchar música o alguna manualidad		.-toma un vaso de leche tibia antes de acostarse y lee poemas de amor y pensamientos	
--	--	--	--

5ª NECESIDAD ALTERADA: COMUNICACION

DX. REAL: Alteración en la comunicación relacionada con estado patológico, manifestado por depresión, aislamiento, cambios frecuentes en el estado de ánimo, llanto, enojo, impotencia

CAUSA DE DIFICULTAD: fuerza

GRADO DE DEPENDENCIA: parcialmente dependiente

OBJETIVO: mejorar la comunicación

.-potenciar el auto cuidado

PLANEACIÓN DE INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACION TEORICA	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
1.-establecer la escucha activa 2.- potenciar la socialización 3.-fortalecer el autoestima de Claudia 4.-brindar apoyo emocional 5.- mejorar la relación entre Claudia y su familia 6.-incorporar a Claudia y posteriormente a la mamá a un programa psico educativo, que les permita afrontar mejor las	Las técnicas de autoayuda para controlar el malestar emocional, son las "estrategia de afrontamiento", consideradas como cualquier esfuerzo saludable o nocivo, consciente o inconsciente, para prevenir, eliminar o atenuar el estrés o para tolerar sus efectos de la manera menos dañina posible (adaptación). Uno de los puntos de intervención más eficaces y directos para controlar el	.-mostré interés por Claudia desde el momento de la entrevista .-se animó a Claudia a expresar sus pensamientos y sentimientos escuchándola atentamente y manteniendo la mirada a la altura de los ojos 2.-se utilizó contacto físico, tocando ligeramente su espalda con la palma de la mano .-se mantuvo un	.-se logró crear un vínculo de confianza, y empatía .-Claudia manifiesta verbalmente confianza en sí misma y habilidades propias del auto cuidado .-Claudia reconoce el avance que ha tenido a partir de las consultas con el nutriólogo, y la psicóloga, así mismo sobre el tratamiento

<p>dificultades que existen y mejorar el apoyo efectivo 7.-realizar y reforzar factores que contribuyen el manejo del régimen terapéutico como terapias de relajación</p>	<p>estrés es un cambio del estilo de vida basado en una alimentación correcta, ejercicio regular, respiración apropiada y relajación muscular²⁸ .la depresión es un factor determinante en el bajo seguimiento de auto cuidado y control de tratamiento</p>	<p>entorno tranquilo, buscando un lugar apropiado manteniendo la privacidad de Claudia 3.-se ayudo en el momento a identificar las virtudes que ella tiene, así como mostrar confianza en su capacidad 4.-mostre conciencia y sensibilidad ante sus emociones, respetando sus derechos y autonomía 5.-se instruyo a la familia para evitar áreas sensibles para Claudia, .se informó y reforzaron ideas de Claudia y su mamá sobre algunas dudas .se llevó a cabo terapia de respiración y de relajación, y se dio por escrito a Claudia para que ella las lleve a cabo cuando ella crea necesario</p>	<p>farmacológico .-el personal de salud y la mamá reconocen el esfuerzo que Claudia ha hecho hasta ahora, alentándola a seguir haciéndolo</p>
---	--	--	---

6ª NECESIDAD ALTERADA: APRENDIZAJE

DX. REAL: Alteración en el Aprendizaje relacionado con deficiencia cognitiva de su enfermedad manifestado por verbalización del problema, seguimiento inadecuado de las instrucciones en cuanto al tratamiento, histeria, agitación
CAUSA DE DIFICULTAD: conocimiento

GRADO DE DEPENDENCIA: parcialmente dependiente

OBJETIVO: aportar información y favorecer el auto cuidado,

Sensibilización sobre la enfermedad y adherencia al tratamiento

Vigilancia, Manejo ambiental

PLANEACIÓN DE INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN TEORICA	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>1.-facilitar el aprendizaje, mediante asesoramiento</p> <p>2.-facilitar la comprensión y cumplimiento del plan del tratamiento con la adaptación y evolución que se requiera</p> <p>3.-educación sanitaria</p> <p>4.-Informar y reforzar ideas y conocimientos necesarios para recuperar su independencia y salud</p> <p>5.-facilitar Habilidad para el manejo sobre el proceso de la enfermedad, régimen</p>	<p>El Fortalecimiento de determinados conocimientos, actitudes y aptitudes ayuda al individuo en el desarrollo y mejora de las facultades intelectuales morales y físicas para el auto cuidado²⁹</p>	<p>.-Se propicio un ambiente tranquilo en un consultorio</p> <p>.-se estableció un ambiente de confianza y respeto</p> <p>.-se utilizó un lenguaje sencillo</p> <p>.-Se determino mediante preguntas si Claudia tiene los conocimientos necesarios sobre los cuidados de la salud</p> <p>.-se dispuso de un programa educativo sobre tuberculosis pulmonar para Claudia y su familia, propiciando puntos de</p>	<p>.-Claudia quedo satisfecha con los conocimientos adquiridos y la información proporcionada sobre el proceso de la enfermedad y la responsabilidad que se requiere para recuperar su salud,</p> <p>.-Claudia y la mamá que es la persona que cuida de Claudia está sensibilizada con la adherencia al tratamiento</p> <p>.-se creó un vínculo de acceso con el nutriólogo y psicóloga, ella está acudiendo a sus consultas</p>

²⁹ NANDA.Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificaciones 2007-2008.Ed.Elsevier Madrid España 2008

<p>terapéutico, control de la misma y aceptación 6.-mantener una adecuada coordinación con otros recursos de salud, nutrición, psicología, epidemiología, y laboratorio</p>		<p>intervención y aclarando dudas .se instruyo a Claudia y a la familia para mantener reglas de asepsia, lavado de manos, utilización de cubre bocas diariamente, baño diario, .-cambio de ropa de cama .-orientarla sobre ventilación e iluminación de la vivienda .-se instruyó a Claudia y a la familia sobre manipulación de muestras de flema antes de llevarlas al laboratorio .-se oriento sobre posibles efectos secundarios del medicamento manejo de RED TAES Y fármaco³⁰ resistencia 6.-Claudia tiene accesibilidad con otros recursos de la salud, si ella lo considera necesario</p>	
---	--	--	--

³⁰Leal . C.Fundamentos de enfermería1a Ed.Murcia.ed.Librero Editor 2010

Conclusiones

El desarrollo y aplicación del PAE a la Sra. C.R.S. Fue exitoso ya que se lograron alcanzar cada uno de los objetivos de los Diagnósticos trabajados, cabe mencionar que la Sra. C.R.S. Durante el desarrollo del mismo coopero y participo activamente, fortaleciendo un vínculo de confianza y empatía que favoreció la ejecución de las intervenciones lo que contribuyo a la mejora de su estado de salud, así mismo se pudo lograr la sensibilización de la familia durante el manejo del régimen terapéutico, ya que al inicio existía renuencia y desconocimiento del mismo, lo cual es imprescindible, en la recuperación de salud de cualquier persona.

La enfermera se caracteriza por ejercer una práctica encaminada a proveer, cuidar, educar, orientar y capacitar basada en un Proceso de cuidado planeado e intencionado acorde a las necesidades de salud, de cada persona, familia, o comunidad, por lo que es importante que se logre conocimiento y habilidad en el manejo de PAE como herramienta metodológica de cuidado.

Sin embargo en cuanto al programa de tuberculosis se ha ido desmeritando la atención a las personas desde el enfoque de Proceso lo cual se ve reflejado en la falta de seguimiento y control del programa Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), así como la deficiente adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

Con la colaboración y ejecución de este PAE se demuestra la importancia del mismo en cualquier nivel de atención, y en todo lugar en donde la enfermera ejerza su profesión, pues el PAE es el único método de proporcionar el cuidado de manera holística, y una manera de poder evaluar nuestros conocimientos e intervenciones con cada paciente.

Actualmente estoy cumpliendo con intervenciones planeadas en el plan de cuidados y hasta el momento los estudios de laboratorio (baciloscopías) han salido negativas, y la Sra. C.R.S ha logrado recuperar 6 Kg de peso lo que la ha motivado a seguir con el plan de nutrición, elabora piñatas en su hogar para cubrir gastos, por lo tanto mejoro su estado emocional, y está recibiendo ayuda psicológica en el centro de salud.

Finalmente creo que la función de la enfermera no es solo cumplir con una jornada de trabajo sino comprometerse con uno mismo, con la profesión, y tratar a las personas como uno quisiera que lo trataran, dando una atención de enfermería de calidad y con calidez.

VII.-Bibliografía

- * Ariza. C. Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardiaco. Hospital Universitario de San Ignacio.2001.Rev. Enfermería en Cardiología. 2004.
- * Bello.F.N.Fundamentos de Enfermería.LaHabana.edit.CienciasMedicas.Ecimed.2006
- * Leal.C.C.Carrasco G.J.Fundamentos de enfermería,Cuidados básicos centrados en las necesidades persona,1ª. ed.Murcia.edit.Librero Editor 2010
- * Colliere.M.F.Promover la vida,Madrid,España,McGraw-Hill,1993.
- *Donabedan, A.Garantía y Monitoría de la calidad de la Atención Médica.Mexico.Instituto Nacional de Salud Pública. 1992.
- * García.M.J.El proceso enfermero y el modelo de VirginiaHenderson.2ª.ed.Celaya.Progreso.2004.
- * Kerouac.S.Pensamiento Enfermero, 1ª.ed.ElsevierEspaña. Masson.1996.
- * Marriner T.A.RailleA.M.Modelos y Teorías de Enfermería,7ª.ed.Elsevier.España.2011.
- * M.S.P. Alarcón E. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias Cap. I. Situación Actual de la Tuberculosis Cap II. Red TAES de Enfermería en Tuberculosis.
- *Montoya, J.Técnicas de autoayuda para controlar el malestar, México.ed.Movara.2010
- *Morales M., Fernández V.50 técnicas enPsicoterapia.México, ed.Movara.2011
- * Morrison.M. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental Comunitaria. Madrid España: Harcourt/Brace1999.
- *NANDA.Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificaciones 2007-2008.Ed.Elsevier Madrid España 2008
- *Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993 para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud
- *Solis.P.Gutierrez.P.D.Actitudes en el trabajo en estudiantes Universitarios mexicanos y los conceptos de éxito, fracaso trabajo y la filosofía de la vida. Revista Laatinoamericana.1996

*Secretaria de salud.CENAVECE.Tuberculosis En 1ª ed. México D.F. 2012
subsecretaria de prevención y promoción a la salud

*Uribarren,B,T.<http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/bacteriologia/tuberculosis.html>

*<http://www.mailto:majesucruz@hotmail.com>

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE NECESIDADES HUMANAS
DE VIRGINIA HENDERSON**

ACADEMIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

Datos de identificación:

Nombre: Claudia Rufino Serralde Edad: 25 años Sexo: femenino Ocupación: hogar

Estado civil: soltera Religión: creyente Escolaridad: secundaria Domicilio: francisco villa núm. 14 San Juan Moyotepec

Unidad de salud donde se atiende C.C.S.Tulyehualco

Signos vitales:

Respiración: Frecuencia Ritmo 30x min Expansión torácica: Simétrica

Profundidad: Superficial X

Pulso: Frecuencia: Ritmo: Irregular 128x min Intensidad: Fuerte

Temperatura: 37.2°C Tensión arterial 90/60 mm Hg.

Somatometría: Peso 36 Talla 1.55 mts. Índice de Masa Corporal 16

Perímetro abdominal: /

VALORACIÓN DE NECESIDADES:

1. Oxigenación:

¿Tiene algún problema para respirar? Sí. Describa: siente que le falta el aire y se fatiga con algunas actividades cotidianas

¿Se ha expuesto al humo de leña? si ¿ha fumado en algún momento de su vida? Sí. ¿Cuántos cigarros al día? 1 durante 2 meses ¿Convive con fumadores? No, ¿Ha convivido con aves? no

¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando camina? Si ¿Tiene la sensación de que le falta el aire al subir escaleras? Si. ¿Su casa está ventilada?

No, ¿Hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa? No, ¿Tiene familiares con problemas para respirar? No, ¿Le han diagnosticado hipertensión? No, ¿Tiene problemas cardiacos? No ¿Tiene familiares con problemas del corazón? No, ¿Toma algún medicamento Sí. Especifique: para la tuberculosis fase intensiva, hierro y acido fólico, e indometacina

Explore:

Región cardio pulmonar: (ruidos pulmonares, movimientos torácicos)

campos pulmonares con presencia de estertores, con respiraciones superficiales

Dificultad respiratoria: Si Fatiga: Si, Tos: Sí seca Expectoración: Sí.

Coloración de la piel: ligera palidez Llenado capilar: 2. Segundos.

Observaciones: orientada, cooperadora, demuestra un poco de ansiedad, ligera palidez de tegumentos, presencia de secreciones en campos pulmonares

2. Alimentación e hidratación:

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno? Cantidades en raciones? Leche diario o cada tercer día, y comida de un día anterior con tortillas una ración pequeña

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida? Cantidades en raciones: sopa de pata, guisado, con tortillas, agua natural y fruta cada 15 días 1 plato normal de sopa y guisado

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la cena? Cantidades en raciones: un poco de comida la mitad del plato

¿Come entre comidas? No, ¿Qué alimentos consume? ¿En donde acostumbra comer? En la casa ¿Con quién acostumbra comer? con su mamá y sus hijas

¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? Sí ¿Por qué? si porque si me hacen enojar se me quita el hambre y ya no como hasta el día siguiente.

¿Cuáles son los alimentos que le agradan? el chayote y el espinazo de puerco ¿Cuáles son los alimentos que le desagradan? La coliflor, el hígado, el pazcle ¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia? Ninguno ¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia? ninguno ¿Tiene problemas para masticar? No ¿Tiene dentadura completa? Sí. ¿Usa prótesis? No, ¿Tiene

problemas con su peso? Sí ¿Por qué? ha sido muy delgada desde chica
¿Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos? Sí. ¿Por qué?
porque no me siento mal del estomago casi nunca

¿Cuántos vasos de agua toma al día? 2 vasos ¿Acostumbra tomar refrescos? Sí

Cantidad 1 o 2 vasos ¿Acostumbra tomar café? Sí ¿Acostumbra tomar alcohol?
No, ¿Toma suplementos alimenticios? Si los indicados por el médico

Explore:

Cavidad oral Dentición Completa, caries dental en molares, dientes blancos,
alineados refiere cepillado 2 veces al día, encías color rosa, lengua blanquecina,
lisa no presenta alteración en el momento de la valoración

Región abdominal: abdomen blando, depresible con presencia de ruidos
peristálticos

3. Eliminación.

¿Cuántas veces evacua al día? 2 ¿Presenta alguno de estos signos o
síntomas?: Esfuerzo para defecar: No, Dolor anal al evacuar No, Dolor
abdominal al evacuar No, Características del dolor Flatulencias no Tenesmo
No. Meteorismo No, Incontinencia No, Prurito, No Hemorroides No, Cuándo
presenta problemas para evacuar, ¿qué recursos utiliza? remedios caseros ¿Qué
hábitos le ayudan a evacuar? El tratar de ir a la misma hora ¿Qué hábitos
le dificultan la evacuación ninguno ¿Que características tiene la evacuación? un
poco amarilla

¿Cuántas veces orina al día? Varias 5 o 6 ¿De qué color es su orina? rojo ¿Qué
olor tiene su orina? No me he percatado ¿Presenta algunos de estos signos o
síntomas?: disuria No, poliuria No. nicturia Sí. Retención de orina, No. Urgencia
para orinar No, ¿Qué recursos utiliza cuando tiene problemas para orinar?
igual remedios caseros como te ¿Usted suda? Si. ¿Cómo es su sudoración? Muy
pocas veces sudo solo cuando hago demasiado ejercicio ¿Bajo qué condiciones
suda? Cuando he hecho algún ejercicio

En caso de Mujeres

¿Fecha de Última menstruación? 18/06/13 ¿Cada cuándo menstrua? cada
mes ¿Cuántos días dura su menstruación? 5 O 6 días ¿Presenta alguno de
estos signos o síntomas?: Dismenorrea Si. Pérdidas intermenstruales No,
Flujo vaginal No. Qué características tiene? ninguna ¿Qué hace para controlar la
dismenorrea? Me tomo una pastilla es solo algunas veces

Explore:

Región abdominal, fosas renales, genitales dolor a la percusión en fosas renales

Observaciones: presencia de ruidos intestinales lentos vejiga elevada por arriba de la sínfisis del pubis, no refiere alteración en el momento de la valoración

4. Movimiento y mantener buena postura

¿Tiene algún problema que le dificulte la de ambulación? Si. Especifique: temblor y falta de fuerza en miembros inferiores ¿Este problema que tiene repercute en sus actividades de la vida diaria Sí. ¿Cómo? No puedo realizar actividades cotidianas ¿Tiene dificultad para moverse? Si

Especifique: si disminución de fuerza en los pies para caminar ¿Utiliza apoyos para desplazarse? No ¿Cuáles la postura habitual relacionada con su ocupación? sentada estoy dedicada al hogar por mi enfermedad ¿Cuántas horas del día pasa usted en esta postura? más de 12 horas porque estoy limitada por mi enfermedad

¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: dolores óseos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores. Si. Especifique cuales: dolor articular en ambas rodillas ocasionalmente y temblores al caminar o querer correr

Movimientos involuntarios No Describa: no me ha pasado Le falta fuerza o Debilidad muscular? Si. Describa: mis piernas no tienen fuerza, están débiles Edema, ardor, comezón o hematomas en alguna parte del cuerpo. No Describa: no hasta ahora Mareos, pérdida del equilibrio o desorientación. No, Describa: no me ha pasado ¿Realiza usted alguna actividad física? No, ¿Cuál? ¿Qué tiempo le dedica a la semana? nada no realizo ningún tipo de ejercicio no me gusta y ahora no puedo

Explore:

Postura, marcha, movimientos, flexibilidad, resistencia articular, reflejos

Mantiene una posición un poco encorvada al desplazarse, trata de mantener el equilibrio pero presenta temblor en la marcha, los reflejos están presentes, tono muscular está disminuido

Observaciones: su capacidad está limitada, además del temblor refiere dolor de huesos y en articulaciones de rodillas en algunas ocasiones

5. Descanso y sueño

¿Usted descansa durante el día? Sí ¿Cómo? duerme una siesta en las mañanas Después de descansar ¿Cómo se siente? Cansada ¿Cuántas horas duerme habitualmente? 5 aproximadamente ¿Presenta alguna de estas alteraciones del sueño?: Dificultad para conciliar el sueño Si. ¿Se despierta fácilmente? Si. Sueño agitado, No. Pesadillas Sí. Nerviosismo, No, ¿Se levanta durante la

noche?, Si. ¿Por qué? para ir al baño o porque no logro conciliar el sueño ¿El lugar que usted utiliza favorece su sueño? No, ¿Por qué? es muy frío, no tiene puerta, y escucho ruidos

¿Acostumbra tomar siesta? Si. Durante el día ¿Qué hace para conciliar el sueño? solo me recuesto

Explore:

(Ojeras, atención, bostezo, concentración, actitud de desgano, cansancio, adinamia) presenta ojeras, desgano, adinamia y verbaliza sentirse cansada la mayor parte del día, a pesar de no realizar sus actividades cotidianas

Observaciones: por el momento su necesidad de movilidad y postura se encuentra alterada

6. Vestido

¿Qué ropa utiliza cuando hace frío? pantalones, y suéteres o chamarras Y cuando hace calor ropa cómoda

¿Cuando llueve? ropa caliente y cómoda ¿Su ropa le permite libertad de movimiento? Si ¿Expresa sentimientos a través de su ropa? Si. ¿La ropa que usa usted la elige? Si. ¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo? Si.

Explore:

(Características de la ropa)

de acuerdo a su género, edad, uso de distintivos, limpieza y alineo utiliza ropa de acuerdo al clima, a su gusto, y a su talla limpia y en ocasiones de acuerdo a su estado anímico

Observación: se puede percibir ropa apropiada a su edad y talla apropiada al clima limpia, no trae consigo objetos significativos y cuenta con la capacidad física para vestirse y desvestirse

7. Termorregulación ¿Sabe cómo medir la temperatura? Si ¿Presenta alteraciones de la temperatura? No, Especifique ¿Qué medidas toma para controlarla la temperatura cuando tiene alteraciones? Ninguna

Explore: Signos y síntomas relacionados con hipertermia o hipotermia (bochornos,) no refiere ningún problema en cuanto a esta necesidad

Observación: aparentemente normal

8. Higiene

¿Con que frecuencia se baña cada tercer día ¿Cada cuando se lava el cabello? cada tercer día cuando me baño ¿el cambio de ropa es? Total ¿Cada cuando lava sus manos? Las veces que sean necesario ¿Cada cuando realiza el cuidado de las uñas? Pies cada semana de pies y manos igual ¿Cada Cuando cepilla sus dientes? todos los días 2 veces, en la mañana y en la noche ¿Para el aseo de sus dientes utiliza hilo dental? No, ¿Utiliza prótesis dental? No, ¿Cada cuando las asea? No aplica ¿Cuando realizó la última visita al Dentista? hace un año ¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal No, ¿Porqué? Porque puedo hacerlo sola

Explore:

(Estado de la piel y mucosas, uñas, cabello, cavidad bucal, limpieza, coloración, estado de hidratación y presencia de lesiones)

Piel y mucosas regularmente hidratadas, uñas cortas, cabello delgado opaco refiere caída del mismo, desde hace 4 meses, cavidad bucal con presencia de algunas caries en molares su apariencia personal es limpia y su coloración presenta ligera palidez de tegumentos

Observación no presenta ninguna limitación para realizar esta necesidad, su aspecto general es limpio propio, no presenta halitosis, cabello reseco opaco

9. Evitar peligros

Prácticas sanitarias habituales:

Esquema de inmunizaciones completo Si. Toxoide Diftérico Si. Toxoide tetánico Si. Hepatitis No, Neumocócica No, Influenza Sí. Rubéola Sarampión Si. Otra Revisiones periódicas en el último año:

Resultado Autoexploración mamaria si ¿Cada cuanto tiempo la realiza? cada 2 o 3 meses Resultado normal Mamografía No, Resultado Papanicolaou No, Resultado Protección contra Infecciones de Transmisión Sexual (uso de condón) Si. Seguimiento del plan terapéutico prescrito Si. Automedicación No, Nombre del medicamento: ¿Consumo de drogas de uso no médico? No, ¿Cuál? Uso de medidas de seguridad: Cinturón de seguridad No,

Uso de pasamanos Si. En ocasiones Uso de andaderas No, Uso de lentes de protección No,

Aparatos protectores para la audición No, Bastón No, Percepción de su imagen corporal: ¿Cómo se ve, y se siente? físicamente se ve mal y se siente mal ¿Es capaz de dar solución a sus problemas? No, ¿Es capaz de mantener su seguridad física? Si. ¿Cuenta con las medidas de seguridad?:

En el trabajo No trabaja Escuela: no aplica Casa: Si. ¿Las utiliza? Si. Otros lugares No, ¿Cuáles? No aplica

¿Percibe algún tipo de sufrimiento? Si. ¿Cuál es la causa? la impotencia para poder tomar sus propias decisiones, el estar alejada de su pareja, y los resentimientos que tiene hacia su madre desde su infancia

Observación: se nota alterada, con estados depresivos en el momento de la valoración, se siente impotente ante algunas circunstancias familiar

10.-Comunicación

Idioma materno ¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? No, ¿Cuál? Vista oído olfato gusto tacto
¿Afectación verbal? No, Especifique: ninguna

Tipo de carácter: Auto percepción: Optimista, realista

Otro: efusiva

¿Tiene dificultad para Comprender? No, Aprender No, Concentrarse: Si.

Lectoescritura: No, ¿Cómo es la comunicación con su familia? Es deficiente, las hermanas no comprenden el proceso de enfermedad por el que ella está pasando y la mama se desespera en algunos momentos, por tener la responsabilidad de cuidarla y acompañarla en sus citas

Explore:

(Características del lenguaje verbal, modelos de expresión, costumbres, cambios de expresión verbal, humor, apoyos como aparatos auditivos etc. y estado de conciencia).

Su lenguaje verbal es fácil de entender, con lenguaje claro y preciso y su expresión facial con algunos gestos, su expresión de sentimientos es clara, en cuanto a necesidades, deseos, u opiniones, con actitud de receptividad, y confianza en la entrevista, tiene capacidad de comprometerse a en algunas cuestiones que se le indican, sin embargo se percibe estados depresivos y de angustia, así como cambios repentinos de humor

Observación: el apoyo más grande que ella tiene es el de la madre es la que se encarga de acompañarla a todos lados, y es la que está al pendiente de ella en todos los aspectos

11. Creencias y sus valores

¿Qué es importante para usted, en la vida? sus hijas ¿Además de ese valor que otras cosas son importantes? Dios ¿Qué opinión tiene de ayudar a personas desconocidas?: Ejemplos en casos de desastre nunca ha vivido una experiencia cercana ¿Siente que la vida le ha dado lo que usted ha esperado de ella? no ¿Sus creencias sobre la vida o su religión que le ayudan a enfrentar problemas? sí creo en Dios y le pido a él me ayude a salir de esta enfermedad pronto, para poder cuidar de mis hijas y educarlas como yo quiero.

Explore datos subjetivos:

Observar coherencia entre lo que la persona dice, lo que realmente hace. Ejemplo:

- a) Lee con frecuencia
- b) Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros
- c) Prácticas de oración y rezos
- d) Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a Dios o algún santo
- e) Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias
- f) Solicita la presencia de: Sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual.

Describe: refiere no encontrar significado a lo que está viviendo, sin embargo Dios es el único recurso espiritual que ella tiene para seguir, a veces tiene conflictos internos como sentimientos de soledad e impotencia.

12. Trabajar y realización

¿Qué actividades realiza diferentes a su trabajo? ninguna por el momento ¿Tiene alguna ocupación no remunerada? No, ¿Cuál? ninguna ¿Tiene alguna capacidad diferente o limitación? No, ¿Cuál? ninguna ¿Necesita algún cuidado especial? No, ¿Cuál? Ninguno ¿Su limitación es temporal? Sí. ¿Puede trabajar? No, ¿Considera usted que tiene algún tipo de dependencia? Sí. ¿De qué tipo? física ¿A qué atribuye usted la dependencia?

al proceso de enfermedad en el que me encuentro ¿Esto afecta su estado emocional? si mucho ¿Tiene dificultad para integrarse socialmente? (familia,

amistades, compañeros o grupos y comunidad) si ¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? Si. ¿Cuál? ir a la escuela por mis hijas, trabajar, etc. ¿Requiere asistencia hospitalaria, institucional o equivalente? Si ¿Cuál? institucional, requiero de vigilancia y control médico de Nutrición y enfermería ¿Con que frecuencia logra cumplir las metas que se propone? Trato de cumplirlas ¿A que lo atribuye? a mis hijas ¿Cuáles son sus metas de vida? tener una familia estable, que mis hijas tengan lo necesario y recuperar mi salud

Explore: (actitud)

Tiene una actitud positiva, disposición para el régimen terapéutico y actividades o instrucciones que debe seguir, necesita apoyo por parte de la familia, su actitud es favorable.

Observaciones al principio de la entrevista presentó apatía, y desconfianza, lo cual mejoro progresivamente, por completo, no existe rechazo de su propia identidad, sin embargo presenta des valoración, y baja autoestima, depresión, euforia hacia la madre, y un poco de agresividad hacia ella, por motivos que existieron durante su infancia, el proceso de la enfermedad ha dejado de relacionarse con otras personas.

13. Recreación

¿Con que frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse? Pocas veces: ¿A qué atribuye Usted este estado de ánimo? A la vida que he tenido y ahora por mi enfermedad ¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar usted para divertirse? Me gusta el Cine , teatro, Lectura, TV, Música y bailes

¿Con qué frecuencia tiene usted cambios bruscos de su estado de ánimo? fácilmente pasa del enojo al llanto ¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? No, ¿Qué medicamento le indicaron? ninguno ¿Su estado de ánimo influye para realizar alguna actividad recreativa? Sí. Si estoy enojada o triste no realizo ninguna actividad y solo quiero permanecer en casa

Observación: presenta actitudes de depresión por la enfermedad que está cursando y por no vivir con su pareja por la enfermedad, se observa alterada en su estado emocional, refiere enojarse fácilmente con la mamá y con sus hermanas, tienen diferentes puntos de vista ante situaciones familiares.

14. Aprendizaje

¿Considera Usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? Sí. Por qué? tengo dudas sobre esta enfermedad ¿Cómo considera usted que es su capacidad de aprender? Regular Casi no me cuesta trabajo ¿De qué fuente adquiere conocimientos? De la lectura y de otras personas, Televisión, Radio, Conferencias, ¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? Si. ¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud) Si.

Explore:

(Expresión del deseo de aprender, manifestación del interés de aprender, estado de receptividad)

Manifiesta verbalmente él quiere saber más acerca de su enfermedad y todo lo relacionado a ello para restablecer su salud, lo más pronto posible ya que el médico se ha abocado solo a dar instrucciones sobre el tratamiento, y al aspecto físico.

Observación: Claudia necesita modificar su conducta, y comportamiento, habilidades e identificar riesgos, y ampliar sus conocimientos, y aprendizaje para auto cuidado.

Terapia de ejercicios de fortalecimiento para los miembros inferiores

Estos ejercicios se realizan estando la persona en decúbito dorsal con series de 10 ejercicios, primero miembro inferior derecho y después izquierdo, diariamente 1 o 2 sesiones dependiendo de la capacidad de la persona. En cada uno de los siguientes movimientos.

Los movimientos articulares son:

- Extensión: Es el movimiento en que dos extremos de una parte articulada se alejan el uno del otro.
- Rotación: Es el movimiento de girar sobre su propio eje.
- Abducción: Es el movimiento en que un miembro se separa del plano medio del cuerpo.
- Aducción: Es el movimiento en que un miembro se aproxima al plano medio del cuerpo.
- Circunducción: Es el movimiento circular o de giro completo de una Articulación³¹

³¹ Profesor del SUAyED. ENEO. García, A. Ma. A. enfermería en la salud mental comunitaria. Terapias complementarias. 2012

Técnica de respiración

1. se pide al paciente ponerse en una posición cómoda.
2. Que cierre sus ojos y que ponga sus manos sobre su estomago.
3. Le pedimos que cuando inhale infle su estómago y cuando exhale trate de que su estómago se hunda como si llegara a la columna vertebral.
4. El objetivo es que el paciente incorpore este nuevo movimiento de su abdomen y que inhale contando hacia cuatro lentamente; que mantenga la respiración cuatro tiempos y que libere el aire en cuatro tiempos. Podemos aumentar los segundos, tanto de inhalación como de exhalación, a seis u ocho dependiendo del paciente.
5. Por lo general esta actividad se hará cinco veces.
6. Es recomendable pedir al paciente que este ejercicio lo haga diario hasta que se acostumbre para ir formando el hábito³².

Objetivo: Que el paciente aprenda a respirar adecuadamente para disminuir la sensación de ansiedad.

La respiración es nuestra primera fuente de energía, aumenta nuestra vitalidad física, psíquica y espiritual y nos ayuda a restablecer el equilibrio emocional. El estrés produce una gran activación y desgaste del organismo. Una respiración adecuada nos ayuda a disminuir dicha activación, a recobrar el equilibrio y a manejar nuestras emociones.

Es muy común que en los ataques de pánico y de ansiedad, la persona deja de respirar o respira por la boca hiperventilándose y provocando que la ansiedad y los malestares aumenten. Para poder realizar una visualización o ciertos ejercicios es necesario que la persona se encuentre tranquila y relajada y esto puede conseguirse fácilmente a través de una adecuada respiración.

Por lo tanto, es necesario, dentro del consultorio, enseñar a nuestros pacientes a respirar.

³² [http://www.mailto:majesucruz@hotmail.com](mailto:majesucruz@hotmail.com)

Terapia de relajación

Vamos a relajarnos un poco... cierra los ojos... ahora estamos relajando los pies... en tanto sigue respirando tranquilamente se relaja... la parte entre los dedos y los tobillos... de tal manera que los pies se encuentren muy relajados, después esta relajación va a subir hasta las rodillas... y se está relajando...y en cada respiración se siente más y más tranquilo la parte entre los pies y las rodillas... las rodillas se relajan profundamente el cuerpo se relaja, más y más dejando a un lado todos los problemas, continúa relajando.... así muy bien... ahora ve hacia tu mente... tu pensamiento ... a tus piernas ... y con tu mente tu pensamiento se relaja, relajando más y más cada vez en cada respiración profunda... con su mente su pensamiento se está relajando...

soltando... aflojando... y así se continua con la cadera, útero, abdomen, intestino, hígado, hasta relajar todo el cuerpo continuamos con tórax, corazón, pulmones, pecho, espada alta y baja, hombros brazos, antebrazos, lengua, mejillas, frente, ojos nariz, boca, pelo, labios, dientes y finalmente el cuello.

En la medida en que se relaja tu cuello, tu mente se concentra más y más, y cualquier sonido fuera de mi voz servirá para relajarlo más... relajando y aumentando su tranquilidad...disfrutando este estado de profunda relajación.³³

Objetivo: Que el paciente logre relajarse y combatir el estrés y la ansiedad.

La relajación es un estado de conciencia, en muchas ocasiones solo se define como un estado del cuerpo en que lo músculos están en reposo. No obstante, es mucho más que eso, es un estado de conciencia que se busca voluntaria y libremente con el objetivo de percibir los niveles más altos que un ser humano puede alcanzar, de calma, paz, felicidad, alegría.

Dicha técnica puede ser el comienzo de otras estrategias para trabajar aspectos más profundos del individuo.

³³ Morales M.; Fernández V. *50 técnicas en Psicoterapia*. México, Movara. Ediciones. 2011

GLOSARIO

BCG:	Bacilo Calmette y Guerin
BK	Bacilo de Koch
Bk+:	Baciloscopia positiva
CENAVECE	Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades
COEFAR	Comité Estatal de Farmacorresistencia
CIE 10:	Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª “Revisión”
DOTS/TAES	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
La unión	Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratoria
Mg.	Miligramo
MI.	Mililitro
Mm.	Milímetro
NANDA	Asociación Norte Americana de Diagnósticos Enfermeros
NOM.	Norma Oficial Mexicana
ODM.	Objetivos del Desarrollo del Milenio
OMS.	Organización Mundial de la Salud
ONG.	Organizaciones No Gubernamentales
OPS.	Organización Panamericana de la Salud
PAE.	Proceso de Atención de Enfermería
PNT.	Programa Nacional de Tuberculosis
PPD RT	Derivado Proteico Purificado lote RT 23
PPD-S	Derivado Proteico Purificado Estándar
SIDA.	Síndrome de Inmunodeficiencia Humana
SUIVE.	Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica
SUAVE	Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica
T.B.	Tuberculosis
UT.	Unidades de Tuberculina
VIH.	Virus de la Inmunodeficiencia Humana