



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A
UNA MUJER APARENTEMENTE SANA**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.
PRESENTA:**

OLIVIA ESTHER MENDOZA SANDOVAL

**No. DE CUENTA:
305292535**

Directora del trabajo:

Lic. Bertha Estrella Álvarez

México D.F. Agosto 2014



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.

DEDICATORIAS:

A MIS PADRES

Por el apoyo que me brindaron
durante el camino de mi formación,
con amor y paciencia me enseñaron
que la perseverancia es un valor que
me ayudará en mis logros
Gracias, los quiero mucho.

A MIS HIJAS VIRIDIANA Y KARIME

Que sus sonrisas
son el motor de mi vida
Las quiero mucho

A MI ESPOSO MAURICIO

por el apoyo y ánimo
que me brindaste
para la realización
de este trabajo
Te amo

A MI HERMANO DAVID

que sin saberlo
es una persona muy
importante en mi vida
Te quiero mucho

ÍNDICE

	PAG.
1.- Introducción	3
2.- Objetivos	4
3.- Metodología	6
4.- Marco Teórico	7
4.1 Antecedentes Históricos de Enfermería	7
4.2 Proceso Atención de Enfermería	10
4.3 Modelo Conceptual de Virginia Henderson	16
5.- Aplicación del Proceso Atención de Enfermería	24
5.1.- Ficha de identificación	24
5.2.- Presentación del Caso	24
5.3.- Desarrollo del Proceso Atención de Enfermería	25
6.- Conclusiones	48
7.- Referencias Bibliográficas	49
8.- Anexos	50
Anexo 1 Instrumento metodológico para la atención de enfermería (modelo de Virginia Henderson)	51
Anexo 2 Recomendaciones para mejorar la salud	58

1. INTRODUCCION

La enfermera en la práctica profesional requiere de disponer conocimientos científicos que orienten y expliquen el por qué de sus intervenciones para poder brindar una atención planeada. El Proceso de Atención de Enfermería (basado en el modelo de Virginia Henderson) se centra en la valoración de las 14 necesidades de la persona y propone respuestas individualizadas en aquellas necesidades con alteraciones reales o potenciales, así como promover el afrontamiento para lograr la independencia en la satisfacción de sus necesidades.

Una de las alternativas para la prevención, el fomento y la educación para la salud, es el trabajo comunitario por lo que se trabajó con una mujer aparentemente sana, en la comunidad de San Mateo Xalpa Xochimilco, encontrando en la persona atendida, múltiples necesidades alteradas.

El trabajo está conformado por un marco teórico conceptualizado en el Proceso de Atención de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson.

Para la aplicación del proceso se realizó la valoración de necesidades, la cual se incluye en el anexo. Con el propósito de estructurar los Diagnósticos de Enfermería, se consultaron las etiquetas diagnósticas de la North American Nursing Diagnostic Association (NANDA), se plantearon los objetivos y las intervenciones de enfermería con base a las necesidades detectadas y se realizó la evaluación de los objetivos del plan de cuidados.

Para finalizar el Proceso Atención de Enfermería se incluyen conclusiones y sugerencias así como la bibliografía consultada.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Integrar los conocimientos adquiridos durante la formación académica, en la aplicación del Proceso Atención de Enfermería en una mujer aparentemente sana.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Establecer una atención integral e individualizada, continua y de calidad a través del proceso atención de enfermería.
- Estructurar los Diagnósticos de Enfermería que se detectaron de la valoración de enfermería.
- Planear intervenciones de enfermería que coadyuven a lograr la independencia de la persona.
- Evaluar el cumplimiento de los objetivos planteados.

3. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica del Proceso Atención de Enfermería (PAE) y del modelo de Virginia Henderson.

Posteriormente se selecciono a una persona en la comunidad de San Mateo Xalpa, Xochimilco que tuviera la disponibilidad de cooperar para poder llevar a cabo el proceso atención de enfermería.

La ventaja para la aplicación del Proceso Atención de Enfermería en este caso, fue la cercanía domiciliaria, lo que permitió tener un acceso frecuente a la entrevista durante diez días en total, de 2 horas cada día lo que favoreció el seguimiento del caso.

La valoración se llevo a cabo en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson a través de la entrevista. Una vez realizada la valoración se procedió al análisis de la información detectando los datos de dependencia e independencia para satisfacer las necesidades básicas de la persona, lo que permitió construir los diagnósticos de enfermería, los cuales están sustentados en la taxonomía diagnóstica de la NANDA (North Nursing Diagnosis Association).

Se presento el plan de cuidados a paciente y a su familia y se procedió a su ejecución, con la participación del mismo, la familia y el profesional de enfermería.

Se llevo a cabo el seguimiento del paciente, para poder evaluar los resultados obtenidos, comparándolos con los objetivos establecidos y medir el alcance de los mismos y así poder adecuar o corregir el plan de cuidados.

Actualmente de lleva el seguimiento del paciente, se espera continuarlo; ya que el Proceso Enfermero debe ser constante y permanente para garantizar el bienestar de la persona a quien se brinda la atención.

4. MARCO TEÓRICO

4.1.- Antecedentes Históricos de Enfermería.

Enfermería ha venido practicándose desde los albores de la humanidad, desde entonces ha cambiado mucho y continuará cambiando a medida que el conocimiento científico y los avances tecnológicos se incrementen.

Se debe a Florencia Nightingale (1820-1910), el cambio de la dirección de la Enfermería y por ende, su concepción moderna. Ella pensaba que la disciplina tenía que responder a una vocación pero que esta debería basarse en algo más que la intuición y la dedicación. Esta precursora demostró que la salud de los enfermos y de los heridos podía restablecerse mediante la instrucción y la formación clínica de las enfermeras. Los programas modernos de atención siguen siendo fieles a **ese modelo de Florencia Nightingale** dijo que **"la enfermería nos coloca en la mejor condición natural posible para recuperar y preservar la salud"**¹

La historia de la Enfermería abunda en definiciones que han sido acuñadas por aquellos que han sido reconocidos como autoridades de la enfermería y portavoces calificados de la práctica de esta disciplina. No obstante, los cambios que muestran las definiciones también nos muestran las transformaciones que ha sufrido esta disciplina y por las que continúa pasando. La definición que vino a enriquecer las ideas de Florencia Nightingale en lo relativo a la promoción de la salud fue propuesta por Virginia Henderson en 1955 y modificadas en 1956.

La función que distingue a la enfermera es la de cuidar a la persona sana o enferma, mediante actividades que contribuyen a mantener la salud o a recuperarla o en todo caso a un buen morir, actividades que la

¹ Wolff Lewis, Luverne. Fundamentos de enfermería. Traduc. Arturo Aparicio Vázquez, 4ª. Edición, Ed. Harla, México, 1992, p.26.

persona puede llevar a cabo por cuenta propia si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

Es función de la enfermera desempeñar su labor de una manera que ayuden al paciente a recuperar su independencia lo más pronto posible.²

Conceptualización de la Enfermería:

Enfermería se describe como el arte del cuidado a la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral con el propósito de que utilice sus capacidades y potencialidades para la vida, su campo de acción son todos los espacios donde la persona se desarrolla y en el que atiende su salud.

El objeto de estudio de Enfermería es el cuidado el cual se concibe como todas las acciones que realiza la enfermera con la intención de que las personas desarrollen al máximo sus capacidades para mantener y conservar la vida y permitir que continúe o esforzarse en compensar las alteraciones de las funciones ocasionadas por un problema de salud. En suma el cuidado de enfermería es cuidar de la vida humana integral, respetando los derechos y sentimientos de la persona que se cuida.³

Por lo que la práctica de Enfermería es mucho mas que la realización de técnicas y procedimientos pues al ser el cuidado a la persona su objeto de estudio, requiere de agudeza intelectual para elegir (un cuidado) una acción pensada, reflexionada que responda a las necesidades particulares de la persona, lo que implica para quien lo realiza el

² Ibidem, p. 30.

³ Margarita Cárdenas Jiménez. Conceptualización de la enfermería, febrero 2000, UNAM-ENEO, México, p. 37.

dominio de conocimientos teóricos y metodológicos, de habilidades técnicas y de actitudes de compromiso hacia el sujeto del cuidado.

Enfermería se sustenta en cuatro núcleos básicos que son: el cuidado, la persona, el entorno y la salud.

- ***El cuidado:*** tiene diferentes connotaciones, cuidar de si mismo, cuidar de otros y cuidar con otros. Los cuidados están orientados hacia la vida, están vinculados hacia esta necesidad de garantizar la continuidad de la vida.
- ***La persona:*** se define como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, un todo integral indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente a estas. que tiene maneras de ser únicas e relación consigo misma y con el universo; maneras de ser que están en una relación mutua y simultanea con el entorno. La persona no puede ser separada de su cultura, sus expresiones y estilo de vida, que reflejan los valores, las creencias y las prácticas en torno a su salud que le han permitido su supervivencia. Así la persona se considera única y particular, lo que determina necesidades propias, capacidades y potencialidades, las cuales se constituyen en el punto de referencia para el cuidado de enfermería, la noción de la persona abarca al individuo, a la familia, al grupo y a la comunidad.
- ***El entorno:*** comprende el medio interno (genético, fisiológico, psicológico y espiritual) y al medio externo, compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Se relaciona con todos los elementos contextuales en los que la persona se encuentra: físicos, ecológicos, sociales, culturales, políticos, económicos, es decir, con cualquier factor que tenga influencia sobre su estilo de vida de tal forma que las influencias del entorno proporcionan un significado a las experiencias de la

vida de la persona. La interacción entre la persona y el entorno condiciona su proceso de salud-enfermedad.

- **La salud:** es un valor y una experiencia de vida según la perspectiva de cada persona, las creencias, las formas de actuar, que son culturalmente conocidas y utilizadas con el fin de conservar el bienestar de una persona o grupo y permite la realización de las actividades cotidianas, por consiguiente varía de una cultura a otra. Los factores de estilo de vida son agentes causales de salud y enfermedad, la experiencia de la enfermedad forman parte de la experiencia de salud la cual está determinada por el potencial de vida, el estilo de vida, la calidad de vida, y el significado de vida de la persona.⁴

4.2 Proceso Atención de Enfermería:

El Proceso Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.⁵

El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de Enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.

⁴ Ibidem, p. 37 y 38.

⁵ Roció Guillén Velasco. (comp.). Planeación de Obstetricia II. Marzo 2002, UNAM-ENEO, México, p. 25.

Como todo método configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que la puesta en práctica se superpone. Consta de cinco etapas "valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación" durante las cuales la Enfermería realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos de Enfermería que son:

- Promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal.
- Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- Proporcionar cuidados de Enfermería de la mejor calidad y eficiencia posible.

Etapas del Proceso Atención de Enfermería:

Valoración:

La valoración es la primera etapa del proceso de atención de Enfermería; la primera parte de la identificación del problema en la que se reúne información para asegurarse de que dispone de toda la información necesaria, para obtener una imagen clara del estado de **salud del paciente**. "la fase de valoración trata principalmente de la recogida de los datos, el examen de los mismos y la determinación del lugar en que encajaran dentro de la imagen global. Puesto que todas las decisiones e intervenciones de Enfermería se basan en la información reunida durante esta fase. Este proceso incluye las siguientes actividades."⁶

⁶ Rosa Linda Alfaro Velasco. Aplicación del proceso de enfermería, 2ª edición, Ed. Mosby, México, 1992, p.7.

La valoración se hará en base al modelo conceptual de Virginia Henderson identificando las catorce necesidades para que con base a ellas se implemente el plan de cuidados de Enfermería.

- recogida de datos: reunir información sobre el paciente/cliente.
- validación de datos: asegurarse de que conoce los datos que sin hechos reales y los que sin cuestionables.
- organización de datos: organizar los datos en grupos de información que ayudaran a identificar patrones de salud o enfermedad.
- comunicación/anotación de los datos: informar de los datos significativos para acelerar el tratamiento y completar la recogida de la base de datos.

Diagnóstico:

Es la segunda fase o etapa del proceso de Enfermería, en donde después de haber reunido, examinado los datos y se ha empezado a detectar patrones de salud o enfermedad, durante esta etapa se acabará de ordenar los datos, para identificar los problemas y capacidades (que serán usadas y reforzadas para desarrollar un plan de cuidados eficaz y eficiente.)

Razonamiento diagnóstico: el proceso de analizar los datos y reunirlos para formular un diagnóstico o el método que usa la lógica para llegar a conclusiones sobre el estado de salud de un individuo se denomina razonamiento diagnóstico. Su habilidad para identificar los diagnósticos de Enfermería y otros problemas de salud, dependerá de la habilidad para ser metódica sistemática y lógica para alcanzar conclusiones acerca de los problemas y capacidades de salud del paciente.

Planificación:

Una vez identificados los diagnósticos de Enfermería y problemas interdependientes específicos, damos inicio al tercer paso del proceso

de Enfermería: la planificación, es el momento en que se determina como brindar los cuidados de Enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos, la planificación implica lo siguiente:

- Fijación de prioridades.
- Establecimiento de objetivos del paciente/resultados esperados.
- Determinación de las acciones/actividades de Enfermería.
- Documentación del plan de cuidados de Enfermería.

Ejecución:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución implica las siguientes actividades de Enfermería:

- Continuar con la recolección y valoración de datos.
- Realizar las actividades de Enfermería.
- Anotar los cuidados de Enfermería.
- Dar informes verbales de Enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

La enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizaran todas las intervenciones de Enfermería dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales del paciente.

Evaluación:

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

criterios más importantes que valora la Enfermería en este sentido son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación de los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Ventajas del Proceso de Enfermería.

La calidad y continuidad en el cuidado y la participación de los usuarios en la educación constante y sistemática proporciona a Enfermería Satisfacción laboral y crecimiento profesional, teniendo ventajas tanto para la enfermera como para el usuario.⁷

Características del Proceso de Enfermería:

La organización mundial de la salud (OMS) en 1977 declara al proceso enfermero como un sistema de intervenciones propias de enfermería como la salud de los individuos, las familias, las comunidades o ambos, implica el uso del método científicos para la identificación de las necesidades de salud del usuario-familia o comunidad; en el se definen los objetivos, se fijan las prioridades e identifican los cuidados que hay que proporcionar, y los recursos con que se cuenta. Estas acciones implican procesos intelectuales, para tomar decisiones y proporcionar cuidados oportunos de calidad y calidez.⁸

⁷ Margot Phaneuf.-Cuidados de enfermería-El proceso de Atención de Enfermería- Tr Carlos Ma. López González y Julio Lopez Ruiz- McGraw Hill Interamericana, Madrid 1993.-

⁸ Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía practica. Barcelona: Doyma. 1992.- revista Instituto Mexicano del Seguro Social 2008 16 (1) 3-6.

4.3 Modelo conceptual de Virginia Henderson:

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de Enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de Enfermería. Inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería. Lo que la llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera desde su época de estudiante. **“sus experiencias teóricas y prácticas la llevaron a preguntarse qué es lo que deberían de hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud.”**⁹ El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de Enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.

A partir de la revisión propia de la bibliografía existente en aquellos años sobre Enfermería, se dio cuenta que los libros que pretendía ser básicos para la formación de enfermeras, no definían de forma clara cuales eran sus funciones y que sin ese elemento principal para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión. En 1956 **define la función propia de la enfermera en el libro “The nature of Nursing”** de la siguiente forma:

“La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y

⁹Carmen Fernández Ferrin. El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Masson-Salvat, Barcelona, España, 1995, p. 69.

hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”¹⁰

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “los **cuidados enfermeros**”, **esferas** en las que se desarrollan los cuidados.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

- 1º._Respirar con normalidad.
- 2º.- Comer y beber adecuadamente.
- 3º.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5º.- Descansar y dormir.
- 6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7º.- Mantener la temperatura corporal.
- 8º.- Mantener la higiene corporal.
- 9º.- Evitar los peligros del entorno.
- 10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11º.- Ejercer un culto, acorde con la religión.

¹⁰ Ibidem. P .70.

- 12°. - Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13°. - Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14°. - Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos y cada persona en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de forma diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas, están determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la interrelación existente entre las diferentes necesidades que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a **modificaciones en las restantes. "esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sano solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo".**¹¹

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera

¹¹ *Ibidem*, p. 71.

tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

Variables: estados patológicos, falta aguda de oxígeno, conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias), estados de inconsciencia (desmayos, delirios, coma), exposición al calor o al frío que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales, estados febriles agudos debidos a toda causa, una lesión local, herida o infección o bien ambas cosas, una enfermedad transmisible, estado preoperatorio, estado postoperatorio, inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento, dolores persistentes que no admitan tratamiento.

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

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

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de Enfermería:

➤ **Persona:**

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales, bajo este esquema se entiende que la mente y el cuerpo son inseparables.

La persona y su familia son consideradas como una unidad, tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia, tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia y necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

➤ **Salud :**

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

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

Independencia.

La capacidad de la persona para satisfacer por si 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 considerada una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades básicas. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

➤ **Entorno :**

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

Virginia Henderson, no incluyó un concepto de entorno en su modelo. Sin embargo si menciona de forma implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados. Así podemos afirmar que el entorno esta contemplado sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 necesidades básicas y de los factores que las influncian.

Causas de la dificultad:

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades:

1. Falta de **fuerza:** interpretamos por FUERZA: no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a termino las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el

estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

2. Falta de **conocimiento**: en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. Falta de **voluntad**: entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportuna para satisfacer las 14 necesidades básicas

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, aspectos que deben ser valorados para la participación de las intervenciones correspondientes. El tipo de participación (de suplencia o de ayuda) vendrá siempre determinada por el grado de dependencia identificado.

➤ **Enfermería:**

Rol profesional/cuidados básicos de Enfermería y equipo de salud:

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

Virginia Henderson afirma que "los cuidados básicos de Enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, por que todos tenemos necesidades comunes"¹²

¹²Carmen Fernández Ferrin. El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Masson-Salvat, Barcelona, España, 1995, p. 69.

Sin embargo varían constantemente por que cada persona interpreta a su manera estas necesidades. Así la enfermera se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona. De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

AFIRMACIONES TEORICAS:

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud:

La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

5. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

5.1 FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: E.C.M **Genero:** Femenino **Edad:** 59 años
Peso: 75 Kg.

Talla; 1.49 CMS **IMC** 33.7 **Estado civil:** Casada

Escolaridad: Primaria

Ocupación actual: ayudante taquería **Religión:** Católica

Domicilio: Calle Benito Juárez N° 17 Colonia San Mateo Xalpa,
Xochimilco D.F.

Fuente de información: Directa. **Fiabilidad (1-4):** 3

5.2 PRESENTACION DEL CASO

Se trata de una persona del sexo femenino, de 59 años de edad, con un peso de 75 Kilogramos y una estatura de 1.49 centímetros, de ocupación ayudante en una taquería, nivel de escolaridad primaria, de religión católica, casada, vive con su esposo, 2 de sus hijas, un nieto y su yerno.

Su casa es de mampostería con buena ventilación e iluminación, en región suburbana cuenta con todos los servicios

Una de las necesidades con datos de dependencia fue la nutrición e hidratación ya que su ingesta de alimentos se reduce la mayor parte del tiempo a 2 comidas por día con un consumo mínimo de agua (500-750ml diarios), y orientándose a grupos específicos de alimentos como harinas, azúcares y proteínas, esto sumado a su falta de actividad física lo que la ha llevado a presentar actualmente obesidad (IMC=33.78),

Refiere sentirse cansada y dificultad en la deambulaci3n en las actividades del hogar, ella considera que sus actividades no requieren gran esfuerzo como para sentirse de esa manera.

La se1ora E.C.M, actualmente padece de dolor de rodillas predominando en el lado izquierdo, lo cual le impide o dificulta distintas actividades de su vida diaria, lo padece aproximadamente desde hace 6 a1os, ha intentado disminuir los sntomas con aplicaci3n de compresas calientes, ella considera que el dolor de rodillas se debe e gran medida a su peso y refiere no tomar medicamento para sus sntomas.

La persona acepto participar en la elaboraci3n del presente proceso de atenci3n ya que uno de sus prop3sitos es mejorar su salud en cuanto a alimentaci3n y ejercicio para poder resolver sus afecciones principales como estre1imiento, dolor de rodillas, obesidad.

5.3. Desarrollo de las etapas del Proceso Atenci3n de Enfermeria:

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BASICAS DE:

Oxigenaci3n, Nutrici3n e hidrataci3n, eliminaci3n y Termorregulaci3n.

NECESIDAD DE OXIGENACION

Valoración:

❖ Datos subjetivos:

Fatiga cuando camina tramos largos o cuando camina muy rápido y presenta disnea ante ejercicio de leve a moderado (como subir muchas escaleras), no presenta tos, y refiere no ser fumadora.

❖ Datos objetivos: De acuerdo a signos vitales de la señora E.C.M en reposo, se registro una T/A 120/80, F.C. 78 x' TEMP: 36.7 °C. FR 21x' se encuentra consciente, orientada en tiempo y espacio, su piel y lechos ungueales se encuentran con buena coloración, su llenado capilar es de 2", sin alteraciones aparentes.

➤ Datos de independencia:

La señora E.C.M respira por si sola. Sus Signos vitales son: T/A: 120/80, F.C. 78 x' TEMP: 36.7 °C. FR 21x'

➤ Datos de dependencia:

No aplica

◆ **Diagnóstico de Enfermería:**

No aplica

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

Valoración:

❖ Datos Subjetivos:

El tipo de alimentación de la señora E.C.M a la semana es: carnes: 6/7, frijoles: 5/7, frutas; 3/7, verduras:2/7, refresco: 4/7, café: 7/7, lácteos: 0/0 (intolerante), picante: 2/7, Tortillas: 3-4 en la comida,

Pan: dulce 1 a 2 diarios, Pastas: 2/7. El número de comidas que ingiere son: 2-3 veces al día, a veces solo comida y cena, omitiendo el desayuno. Trastornos intestinales que presenta son: Pirosis posprandial a la ingesta de irritantes y alimentos muy condimentados, eructos, distensión abdominal a la ingesta de grasas e irritantes y estreñimiento llegando a evacuar cada 2 días. Refiere ser intolerante a la lactosa. Presenta Falta de piezas dentales, 3 de los molares

❖ Datos Objetivos:

A la exploración se encuentra la piel considerablemente reseca, mucosa oral hidratada. Uñas con coloración rosada, cabello brillante el cual presenta caída diaria considerable, el aspecto de los dientes y encías con piezas dentales incompletas con presencia de caries, dientes amarillos, y refiere sangrado de encías por lo menos una vez a la semana. Su ingesta de agua es de 500- 750 ml diarios además de café y refresco.

- Datos de independencia: Refiere poder ingerir y digerir sus alimentos sin ayuda alguna.

- Datos de dependencia: Necesita llevar una alimentación baja en irritantes, baja en grasas, libre de lácteos. También depende de la ayuda de una de sus hijas y su esposo para la realización de algunos alimentos, por cuestiones de tiempo y trabajo. se observa su piel con una coloración rosada, su cuero cabelludo esta brillante, sus mucosas están hidratadas y turgentes.

◆ **Diagnóstico de Enfermería: 1**

Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a las necesidades Relacionado con ingesta excesiva en relación con las necesidades metabólicas manifestado por relación de peso y talla (IMC = 33.7)

Plan de cuidados

- **Objetivo:** Conseguir pérdida gradual de peso, ingerir una dieta bien equilibrada y participar en ejercicio regular.

▪ **Intervenciones de Enfermería:**

- Ayudar a la señora E.C.M a identificar la importancia de la pérdida de peso, explorar la motivación para perder peso.
- Enseñar el uso del diario de alimentos, para contribuir a una auto monitorización e identificar la preferencia de alimentos bajos en calorías
- Animar al consumo de agua por lo menos 8 vasos de agua diarios
- Llevar un control de peso por semana
- Combinar su alimentación con actividad física según tolerancia, dirigirse de regreso a su casa caminando, un promedio de 20 minutos diarios.

✓ **Evaluación:** Con la alimentación sugerida y con la disposición de la Señora E.C.M se ha logrado mantener un equilibrio nutricional y ha disminuido su peso en forma gradual, un promedio de 1- 1.5kgs al mes, durante 4 meses. Lleva un diario de alimentos. Participa en ejercicio regular con un grupo de personas de la tercera edad que incluye voleibol y "tochito"

◆ **Diagnóstico de Enfermería: 2**

Deterioro de la dentición relacionado con uso persistente de café, hábitos dietéticos, manifestado por erosión del esmalte, pérdida parcial de piezas dentales y decoloración del esmalte dental

Plan de cuidados

➤ **Objetivo:** Fomentar la higiene bucal y el cuidado dental

▪ **Intervenciones de enfermería:**

- Explicar la importancia de mantener en buen estado las piezas dentales para un adecuado proceso de masticación
- Enseñar técnica correcta de cepillado de dientes
- Animar a que el aseo bucal se lleve a cabo por lo menos 3 veces al día

✓ **Evaluación:** La señora E.C.M realiza actualmente el aseo bucal 3 veces al día y entiende la importancia de una correcta higiene bucal, ha disminuido gradualmente el consumo de café y el estado general de la boca ha mejorado.

NECESIDAD DE ELIMINACION

Valoración

❖ Datos Subjetivos:

Hábitos intestinales: Evacua de 1 a 2 veces al día según haya sido la alimentación ingerida, y en ocasiones evacua cada 2 días, tiene 4 micciones al día aproximadamente de color amarillo claro. En tiempos de frío toma muy poca agua ya que prefiere café y sus micciones son mas espaciadas. Refiere menopausia a partir de los 52 años.

❖ Datos Objetivos:

A la exploración física se encuentra abdomen globoso, blando a la palpación, se ausculta peristaltismo presente normal, se palpa vejiga llena.

- Datos de independencia: Presenta buen control de esfínteres, La eliminación vesical es normal.
- Datos de dependencia: Refiere sufrir estreñimiento cuando su consumo de harinas es mayor o muy poco consumo de líquidos.

◆ **Diagnóstico de Enfermería:**

Estreñimiento relacionado con actividad física disminuida, obesidad, aporte insuficiente de fibra, aporte insuficiente de líquidos m/p heces duras y esfuerzo para defecar.

Plan de cuidados

- **Objetivos:** La señora E.C.M aumentara su consumo tanto de agua como de fibra. Aumentar la cantidad de actividad física realizada al día

▪ **Intervenciones de Enfermería:**

- Educar sobre los alimentos más ricos en fibra y que favorecen la eliminación tales como papaya, ciruela pasa, lentejas y animar su consumo.
 - Motivar el aumento de ingesta de agua natural y explicar su importancia así como sus beneficios.
 - Incluir un ejercicio de caminata por medio de dirigirse de regreso a su casa caminando, un promedio de 20 minutos diarios.
- ✓ **Evaluación:** Mediante modificaciones a la dieta se logro aumentar el consumo de agua natural y fibra lo cual se ha visto reflejado en el número de evacuaciones que ahora van de 1 a 2 diarias sin el esfuerzo que anteriormente implicaba.

NECESIDAD DE TERMORREGULACION

Valoración:

❖ Datos Subjetivos:

Refiere una adecuada adaptabilidad al ambiente, le es más agradable el ambiente caluroso pues se considera friolenta y en el ambiente frío es más persistente el dolor en su rodilla izquierda. El ejercicio que realiza es caminar 2 veces a la semana aproximadamente 200 metros.

❖ Datos Objetivos:

Se encuentra Piel Hidratada, y brillante en extremidades, su transpiración escasa.

Las condiciones del entorno físico son: casa de tabique con loza, cuenta con 2 recamaras, sala, cocina, baño y patio con muy poca entrada de sol, lo que repercute en la temperatura de la vivienda que es la mayor parte del año fría. Dentro de los servicios básicos cuenta con luz, agua, drenaje, teléfono.

- Datos de independencia: La señora E.C.M percibe los cambios de temperatura.
- Datos de dependencia: No se encontró alterada esta necesidad

◆ **Diagnóstico de Enfermería:**

No se encontró alterada esta necesidad

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Valoración:

❖ Datos Subjetivos:

La capacidad física cotidiana es la mayor parte del tiempo: Ver televisión, escuchar, música y descansar, sus hábitos de descanso por la tarde - noche que regresa de trabajar es sentarse con miembros pélvicos elevados y durante el día permanece de pie, un día a la semana lo dedica a realizar las labores domesticas permanece más tiempo de pie.

❖ Datos Objetivos:

El estado del sistema músculo esquelético. Fuerza: refiere sentir debilidad en miembros pélvicos, generalmente después de la actividad física, Presenta dificultad a la extensión y a la flexión Manifiesta dificultad para la deambulación, cuando se trata de pisos irregulares o tramos largos, refiere dolor predominante en la rodilla izquierda al subir escaleras. No hay presencia de temblores, su estado de conciencia: Consciente y Orientada en tiempo y espacio.

- Datos de independencia: La señora E.C.M realiza sus actividades diarias de forma independiente y no requiere ayuda para la deambulación.
- Datos de dependencia: Presenta dificultad y dolor al caminar por pisos irregulares, tramos largos y al subir escaleras. Refiere debilidad en miembros pélvicos después de esfuerzo físico. Presenta dificultad a la flexión y extensión debido a la obesidad que padece.

◆ **Diagnostico de enfermería: 1**

Riesgo de caídas relacionado con disminución de la fuerza en extremidades inferiores y dificultad de la deambulación

Plan de cuidados

- **Objetivos:** Ayudar a realizar sus labores con seguridad. La señora E.C.M será capaz de realizar actividades recreativas adecuadas a sus requerimientos y limitaciones.

- **Intervenciones de Enfermería**

- Crear rutinas de ejercicio físico pasivos de forma regular.
- Combatir la obesidad mediante una dieta equilibrada
- Estimular la deambulaci3n de acuerdo a su capacidad
- Evitar situaciones de estr3s.
- Uso de calzado adecuado.

- ✓ **Evaluaci3n:** Mediante la informaci3n y con actividad de ejercicio lento se ha logrado un aumento y tolerancia en su actividad. Se realiza caminata diario aumentando progresivamente el tiempo. La deambulaci3n se vuelve m3s 3gil y la reducci3n de peso apoyada por un cambio en la dieta ha disminuido considerablemente las molestias en las rodillas

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Valoración:

❖ Datos Subjetivos:

Las horas de descanso son: 1 a 1.5 horas diarias con un horario de 8 a 9 pm aproximadamente diario y sus horas de sueño son de 7 horas aproximadamente, con un horario de 11pm/12am a 6/6:30am, no toma siestas durante el día, refiere no utilizar ningún fármaco para dormir y solo en ocasiones amanece cansada, refiere que le gustaría dormirse más temprano para disfrutar más horas de sueño. Refiere que llegando del trabajo aproximadamente a las 6pm toma un descanso de por lo menos 1.5 hrs y posterior a este descanso se pone hacer alguna actividad domestica lo cual le quita el sueño y por eso es que su sueño empieza a tan altas horas de la noche.

❖ Datos Objetivos:

Presenta ojeras discretas y bostezos ocasionales, adecuada atención y concentración. Refiere dificultad para conciliar el sueño cuando tiene alguna preocupación o se siente estresada sin embargo no presenta cefaleas.

➤ Datos de independencia: Sus horas de descanso y sueño son ininterrumpidas y no necesita ayuda para conciliar el sueño

➤ Datos de dependencia: Le gustaría aumentar sus horas de sueño pero debido a una mala organización de actividades durante el día se le complica y se duerme más tarde

◆ **Diagnostico de enfermería: 1**

Disposición para mejorar el sueño manifestado por manifiesta deseos de mejorar el sueño

Plan de cuidados

- **Objetivos:** Mejorar el estado de reposo y sueño en cuanto a tiempo y calidad del mismo.

- **Intervenciones de Enfermería**
 - Organizar las actividades durante el día para que el sueño pueda comenzar más temprano y disfrute mayor tiempo de sueño.
 - Mantener una temperatura ambiental agradable, que facilite el descanso y el sueño,
 - Regular: actividad - descanso - reposo - sueño.
 - Se explicara la importancia de un buen descanso y sueño.
 - Se darán técnicas de relajación para antes de dormir y al levantarse.

- ✓ **Evaluación:** La señora E.C.M reconoce el significado de sueño y descanso, ha planeado sus actividades a manera de que llegando del trabajo realiza sus labores del hogar y a las 6 pm deja de hacerlas aun sin haber terminado para poder bañarse (refiere que eso la relaja) y acostarse aproximadamente a las 8pm

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Valoración:

❖ Datos Subjetivos:

La señora E.C.M elige sus prendas por si sola, siente que su estado de ánimo no influye en la elección de prendas que utiliza, tiene preferencia por usar colores vivos así como vestidos, pero no los usa porque en la entidad en donde vive el clima predominante es el frío.

❖ Datos Objetivos:

Se observa a la señora E.C.M que viste de acuerdo con su edad su vestido es limpio y adecuado, su capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse es óptima, prefiere que su ropa sea de resorte y un poco holgada ya que le permite mayor movilidad en sus actividades cotidianas.

Otros: Tiene que utilizar zapato cerrado y plano para minimizar el dolor en las rodillas y disminuir el riesgo de caídas

➤ Datos de independencia: Su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir, no influye, puede elegir las prendas por si sola y el tipo de calzado a usa, la elección de sus prendas va más orientada a las condiciones de clima.

➤ Datos de dependencia: no se encontró alterada esta necesidad

◆ **Diagnostico de Enfermería:**

No se encontró alterada esta necesidad

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL.

Valoración:

❖ Datos Subjetivos:

La señora E.C.M realiza un baño diario en la noche aunque ella preferiría bañarse de día pero refiere que es muy friolenta y no le gusta salir ya que se ha bañado su baño, su higiene dental es dos veces al día, en la mañana y en la noche, se realiza lavado de manos antes y después de cada alimento y después de ir al baño. Nos refiere que sus creencias religiosas no interfieren en sus hábitos higiénicos.

❖ Datos Objetivos:

El aspecto general de la señora E.C.M es de limpieza, y viste de acuerdo a su edad, su olor corporal es agradable, no hay halitosis, se observa cuero cabelludo brillante y limpio, no presenta lesiones dérmicas.

Otros: El estado general de la señora E.C.M es higiénico.

- Datos de independencia: Su aspecto es de limpieza, puede llevar a cabo de manera independiente las actividades para su aseo personal, cuenta con los medios y la disposición.

- Datos de dependencia: La señora E.C.M disfruta el momento del baño el cual puede realizar de manera independiente aunque refiere tener miedo de presentar una caída durante el baño

◆ **Diagnóstico de Enfermería:**

Disposición para mejorar el auto cuidado: baño/higiene manifestado por expresar deseos de aumentar la responsabilidad en el auto cuidado.

Plan de cuidados

- **Objetivos:** La Señora E.C.M entenderá la importancia de una higiene adecuada para su salud y su autoestima.

Intervenciones de Enfermería

- Tendrá interés en el cuidado de su piel, cabello y uñas.
- Realizara los hábitos higiénicos necesarios para mantener su salud y aumentar su seguridad
- Ingerirá una dieta equilibrada para mantener un aporte de líquidos y favorecer la hidratación.
- Agarradera del lado del w.c. y de la regadera para darle más confianza al momento de llevar a cabo el aseo personal
- Estimular el arreglo personal.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Valoración:

❖ Datos Subjetivos:

Su familia de pertenencia esta compuesta por su esposo y tres hijas mujeres, ella vive con su esposo dos de sus hijas, un yerno y un nieto.

La señora E.C.M reacciona ante situación de urgencia, con desesperación y siente que tarda en responder, aunque ya sabe las medidas de prevención de accidentes en su hogar y su trabajo.

Sus controles de salud se los realiza anualmente en la clínica del IMSS #7 a los que asiste sola o acompañada de su hija menor .Refiere que cuando se siente con mucha tensión le gusta pensar las cosas pero duda en compartirlas con su esposo o hijas porque no le gusta preocuparlos.

❖ Datos Objetivos:

No presenta deformidades congénitas. Las condiciones del ambiente en su hogar, es tranquilo, no tiene áreas de riesgo y tiene medidas de seguridad por el nieto que vive con ella hay barandales en las escaleras, puerta en la escalera y el patio tiene pavimento rustico.

Trabajo: Sus actividades en el trabajo consisten en picar la verdura y elaborar la salsa.

➤ Datos de independencia: Cuenta con medidas de seguridad en su hogar y conoce las medidas de prevención de accidentes tanto en el hogar como en su trabajo.

➤ Datos de dependencia: Refiere que su respuesta ante una situación de urgencia es la desesperación y esto le impide responder de

manera rápida y óptima a la urgencia, a ella le gustaría compartir sus preocupaciones con su esposo para liberar su tensión pero teme preocuparlo

◆ **Diagnóstico de Enfermería**

Disposición para mejorar el confort manifestado por deseos de aumentar el bienestar y manifiesta deseos de aumentar el sentimiento de satisfacción.

- **Objetivos:** Disminuir su tensión compartiendo sus angustias y mejorar su confort y satisfacción al final del día

▪ **Intervenciones de Enfermería:**

- Proporcionar medidas de comodidad y confort..
- Actuar con tranquilidad y sin prisas.
- Medidas de seguridad para ella como agarradera del lado del w.c. y de la regadera.
- Darle seguridad de que ella puede ser autónoma.
- Motivar a la señora E.C.M a integrarse a un grupo de la tercera edad en el que con alguna persona ajena a su familia comparta tensiones, sin preocupar a su familia, aparte de beneficios como ejercicio leve e interacción social mayor
- Explicar la importancia compartir con su familia las preocupaciones significativas o en las que estén involucrados sus miembros.

- ✓ **Evaluación:** La señora E.C.M tomando en cuenta la propuesta del grupo de la tercera edad y con el apoyo de su familia asiste a un grupo los días lunes que no trabaja y refiere sentirse más joven, más activa y ha mejorado su descanso

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Valoración:

❖ Datos Subjetivos:

Estado civil: Casada, con 34 años de relación vive en casa propia con su esposo, 2 de sus hijas, la menor (21 a) y la mediana (26 a) un yerno y uno de sus nietos, su hija la mayor (33 a) vive cerca con su esposo e hijos, pero la visita a menudo.

Refiere que su preocupación más constante son los estudios de su hija menor y el distanciamiento del papá con su hija mediana, toda su familia está dispuesta a apoyar el plan de cuidados para mejorar la salud de la señora E.C.M. Pero que el mayor apoyo que ella recibe es de su hija menor y su esposo. Su rol en la estructura familiar es principal ya que ella brinda apoyo a cada uno de los miembros de su familia y trata de ser mediadora en los conflictos familiares, eso la limita para platicar con sus familiares sus propios problemas de salud ya que no quiere preocuparlos.

❖ Datos Objetivos:

La señora E.C.M habla claro, sin dificultad, tiene una visión regular ya que las letras muy pequeñas ya no las distingue, no hay problema de audición.

➤ Datos de independencia: La señora E.C.M habla claro, sin dificultad, tiene una visión regular ya que las letras muy pequeñas ya no las distingue, no hay problema de audición.

➤ Datos de dependencia: Para la señora E.C.M es muy importante mantenerse en comunicación con su familia y propiciarla entres sus

miembros, pero tiene dificultad con comunicar sus propios problemas de salud

- **Diagnostico de enfermería:** Disposición para mejorar la comunicación m/p deseos de mejorar la comunicación
- **Objetivo:** Lograr establecer una comunicación eficaz y clara entre los miembros de la familia
- **Intervenciones de Enfermería**
 - Hacer preguntas cortas y concretas.
 - Explicar a la señora E.C.M la importancia de que hable sus padecimientos y necesidades.
 - Animar a la paciente a practicar una comunicación eficaz dando a conocer los beneficios
- ✓ **Evaluación:** A pesar de ser un proceso lento la señora E.C.M refiere disposición para seguir mejorando la comunicación y reconoce haber tenido avances junto con su familia

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES_

Valoración:

❖ Datos Subjetivos:

La señora E.C.M refiere ser de religión católica al igual que toda su familia y manifiesta que su religión no le genera conflictos personales, los valores que más ha tratado de inculcar en su familia son cariño, respeto, comprensión, lealtad y responsabilidad. ella como valores personales los que más practica son la comprensión y respeto. .

Refiere que a veces no es congruente su forma de pensar con su forma de vivir, pero trata de mejorar cada día como persona.

❖ Datos Objetivos:

Se observan sus hábitos específicos de vestido son vestimentas con colores alegres y de preferencia vestimenta cómoda y acorde a las actividades que va a realizar y al clima predominante. Aunque refiere ser católica y confiar mucho en Dios apunta a que no se considera fervientemente religiosa, no acude a misa ni tiene imágenes católicas en el hogar, salvo una cruz en su recámara. E.C.M esta satisfecha con su religiosidad creyendo en Dios y encomendándose a su manera.

➤ Datos de independencia: No se encuentra alterada esta necesidad.

➤ Datos de dependencia: No se encontró dependencia en esta necesidad

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Valoración:

❖ Datos Subjetivos:

La señora E.C.M trabaja como ayudante de una taquería en la que también labora su esposo, a su trabajo le dedica aproximadamente 10 horas diarias, pero refiere que ella quisiera realizar otras actividades como leer, pintar o tejer, pero por cuestiones de tiempo y organización de actividades no ha podido ser posible. Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas. No esta satisfecha con su trabajo, pues cuando era más joven se veía como maestra, a pesar de que ha trabajado en lo mismo durante aproximadamente 20 años, de acuerdo

a el rol familiar que juega si esta satisfecha y esta feliz de tener una familia grande.

❖ Datos Objetivos:

Su estado emocional: En ocasiones se encuentra un poco enfadada ya que no disfruta su trabajo, pero le agrada estar en compañía de su esposo y refiere ya estar acostumbrada. Se siente feliz, cuando se junta toda su familia y puede ver a todos sus nietos, ya que siempre le ha gustado tratar con niños

- Datos de independencia: Trabaja y recibe una remuneración suficiente para cubrir sus necesidades básicas
- Datos de dependencia: No se encuentra a gusto con su trabajo, aunque refiere que ya esta acostumbrada y no podría dejar de trabajar con su esposo.

▪ **Diagnostico de enfermería:** Disconfort manifestado por informes de falta de satisfacción con la situación

▪ **Objetivo:** Lograr un equilibrio ya que la paciente manifiesta no querer dejar de trabajar con su esposo, se buscara un equilibrio aumentando las actividades que disfruta como leer, pintar , tejer y estar con sus nietos

▪ **Intervenciones de enfermería.**

- Establecer la importancia de llevar a cabo actividades que la hagan sentirse realizada
- Animar a la paciente a leer, tejer y pintar en su hora de descanso y como liberación del estrés y terapia relajante.
- Explorar la opción de que vea a sus nietos más seguido

- ✓ Evaluación: Acorde a la afección de otras necesidades alteradas la señora E.C.M opto por integrarse a un grupo de la tercera edad en el que aparte de conocer gente nueva, realizar ejercicio de forma regular, ha podido realizar actividades que ella disfruta como leer y pintar, en los días lunes que no trabaja.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Valoración:

❖ Datos Subjetivos:

La señora E.C.M en sus ratos libres ve televisión, descansa y cuida a su nieto. En su comunidad hay centros deportivos, casa de la cultura y grupos de la tercera edad en la delegación política y en su clínica del IMSS

❖ Datos Objetivos:

Se observa que integridad del sistema neuromuscular: No rechazo a las actividades recreativas, refiere desear tener más tiempo para acudir a alguna actividad lúdica. Su estado de ánimo, es participativo, agradable con buen sentido del humor.

- Datos de independencia: Puede transportarse por si misma a otro lugar para realizar las actividades
- Datos de dependencia: La señora E.C.M a pesar de mostrarse participativa refiere tener falta de tiempo para asistir a las actividades recreativas

◆ **Diagnóstico de Enfermería:**

Déficit de actividades recreativas relacionado con planeación ineficaz de actividades, manifestado por aburrimiento y deseos de distracción.

Plan de cuidados:

▪ **Objetivos:** Encontrar alguna actividad de entretenimiento para la señora E.C.M de acuerdo a sus tiempos e intereses personales.

▪ **Intervenciones de Enfermería**

- Demostrar a la Señora E.C.M la importancia de realizar periódicamente actividades recreativas y lúdicas para su bienestar emocional.
- Buscar actividades de su interés próximas a su entorno para minimizar el tiempo de traslado
- Animar a la señora E.C.M a realizar un esfuerzo en la organización de actividades para designar un tiempo a las actividades de ocio

✓ **Evaluación:** Con un esfuerzo considerable de parte de la señora E.C.M se logro probar en los diferentes centros recreativos e la comunidad, en el que estuviera más a gusto encontrando uno en la delegación política e integrándose a un grupo de la tercera edad al que asiste una vez a la semana y viendo los beneficios en diferentes áreas de su vida, principalmente en su satisfacción personal

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Valoración:

❖ Datos Subjetivos:

El nivel de educación de la señora E.C.M es primaria ya que por problemas económicos no pudo seguir a la escuela. No presenta limitaciones cognitivas ni problemas de aprendizaje, le gusta leer, pero refiere que ya esta muy grande para aprender y que en estos momento lo que quiere es aprender mas sobre su cuidado.

❖ Datos Objetivos:

Estado del sistema nervioso: esta alerta, consciente, orientada, presenta reflejos a estímulos, sus órganos de los sentidos con buen funcionamiento. Conoce los grupos para su apoyo en la comunidad.

- Datos de independencia: Sabe leer escribir, y realizar operaciones matemáticas básicas
- Datos de dependencia: Requiere en ocasiones de terceros para entender algunas palabras

◆ **Diagnóstico de Enfermería:**

Disposición para mejorar los conocimientos manifestado por interés en el aprendizaje.

Plan de cuidados

- **Objetivos:** La señora E.C.M tendrá interés en aumentar su conocimiento en diversas aéreas de la vida.

▪ **Intervenciones de Enfermería:**

Animar a la señora E.C.M a asistir a grupos donde su desarrollo personal y aprendizaje pueden surgir de una forma óptima.

- Animar a la Señora E.C.M a que se de la oportunidad de aprender y los beneficios que le traerían en sus necesidades rutinarias.
- Platicarle que le servirá como distracción.

➤ **Evaluación:** La señora E.C.M ha ampliado sus conocimientos en diversas áreas asistiendo al grupo de adultos de la tercera edad en la delegación política de Xochimilco, se siente más plena y más útil.

6.-Conclusiones

El Proceso de Atención de Enfermería nos permite ver a la persona de manera holística para proporcionar los cuidados que se requieran para que mantenga la salud o para restaurar la misma de manera personalizada.

La aplicación de este proceso nos permitió conocer más a fondo el estilo de vida de la señora E.C.M e identificar las necesidades alteradas y los riesgos potenciales pudiendo así mejorar la calidad de vida y prevenir futuras afecciones a sus actividades cotidianas, haciéndola consciente de su responsabilidad de cuidar su salud y los riesgos que podría enfrentar más adelante observando gran motivación para aprender y mejorar su calidad de vida.

7.- Referencias Bibliográficas

- ✚ Alfaro Velasco R L. Aplicación del proceso de enfermería, 2^a edición, Ed. Mosby, México, 1992, p.7.
- ✚ Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. Barcelona: Doyma. 1992.- revista Instituto Mexicano del Seguro Social 2008 16 (1) 3-6.
- ✚ Cárdenas Jiménez M. Conceptualización de la enfermería, febrero 2000, UNAM-ENEO, México, p. 37.
- ✚ Fernández Ferrin C. El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Masson-Salvat, Barcelona, España, 1995, p. 69.
- ✚ Guillen Velasco R. (comp.) Planeación de Obstetricia II. Marzo 2002, UNAM-ENEO, México, p. 25.
- ✚ Phaneuf M. Cuidados de enfermería-El proceso de Atención de Enfermería- Tr Carlos Ma. López González y Julio Lopez Ruiz- McGraw Hill Interamericana, Madrid 1993.-
- ✚ Wolff Lewis, Luverne. Fundamentos de enfermería. Traduc. Arturo Aparicio Vázquez, 4^a. Edición, Ed. Harla, México, 1992, p.26.

ANEXOS

Anexo1.
Instrumento para la valoración de las 14 Necesidades (Modelo de Virginia Henderson)

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: E.C.M	Edad: 59 a	Talla: 1.49cm Peso: 75 kg
Fecha de nacimiento: 28 de Diciembre 1954		Sexo : Femenino
Ocupación: ayudante en taquería	Escolaridad: Primaria	Fuente de información: Entrevista
Procedencia: Coatzintla Ver.	Miembro de la familia/ persona significativa: esposo	

II.- VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:
Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos Subjetivos:

Disnea debido a: Ejercicio	Tos productiva /seca: negada
Fumador: no	

Datos Objetivos:

Registro de signos vitales y características: frecuencia respiratoria 21x'	
Tos productiva /seca: negada	Estado de conciencia: Glasgow de 15 puntos
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: llenado capilar 2", lechos ungueales rosados, adecuada coloración de tegumentos	
Otros:	

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

Datos subjetivos

Dieta habitual (tipo) Desayuno: café y pan . Comida: Guisado , agua Cena. Café y pan
Número de comidas diarias: 2 o 3 a veces solo comida y cena
Trastornos digestivos: estreñimiento, gastritis y colitis
Intolerancia alimentarias/ Alergias: lácteos
Problemas de la masticación y deglución: Falta de piezas dentales

Datos Objetivos:

Membranas mucosas hidratadas/ secas: Hidratadas
Características de uñas/cabello: uñas rosadas, presenta caída del cabello el cual se observa brillante
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: adecuado
Aspecto de los dientes y encías: piezas dentales faltantes encías rosadas, inflamadas y sangrantes
Otros:
Consumo de agua de 500-750 ml de agua diarios

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos Subjetivos:

Hábitos intestinales: evacua 1 vez x día (en ocasiones cada 2 días) y orina 4 aproximadamente
características de las heces/orina:
La evacuación es complicada debido al estreñimiento referido, orina ocasionalmente concentrada.
Dolor al defecar/menstruar/orinar: molestia solo al defecar debido al estreñimiento

Datos Objetivos:

Abdomen, características: abdomen globoso, depresible, con sonidos peristálticos presentes, con dolor al omento de la exploración en colon descendente
Ruidos intestinales: peristaltismo presente
Otros: Amenorrea 52a

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos Subjetivos:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Buena, aunque se refiere friolenta
Ejercicio, tipo y frecuencia: camina 200 metros en un aproximado de 2 días a la semana
Temperatura ambiental que le es agradable: calor

Datos Objetivos:

Características de la piel: llenado capilar 2" presenta resequeidad considerable
Transpiración: escasa
Condiciones del entorno físico: frío

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos Subjetivos:

Capacidad física cotidiana: va en automóvil al local en que trabaja, permanece de pie aproximadamente 6 horas regresa a su domicilio en automóvil y descansa llegando a su casa. Refiere dolor en las rodillas
Actividades en el tiempo libre: cuidar a sus nietos, ver televisión

Hábitos de descanso: mantenerse sentada con miembros pélvicos elevados
Hábitos de trabajo: de pie picando verdura

Datos Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza: Ligera disminución de fuerza en miembros pélvicos	
Posturas: La mayor parte del tiempo permanece de pie o acostada.	
Necesidad de ayuda para la deambulación: no	
Dolor con el movimiento: al subir escaleras	Presencia de temblores: no
Otros: Dolor de rodillas (izq) tarde noche	

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos Objetivos:

Horario de descanso: 8/9 pm	Horario de sueño: 11/12 a 6/ 6:30
Horas de descanso: 1/ 1.5 hr	Horas de sueño: 7 hrs aprox
Siesta: No	Ayudas: No
Descansado al levantarse: Ocasionalmente , a ella le gustaría dormirse mas temprano para disfrutar más horas de sueño	

Datos Subjetivos:

Estado mental. ansiedad / estrés / lenguaje: estrés	
Ojeras: No	Atención: Adecuada
Bostezos: Ocasionales	Concentración: Adecuada

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos Subjetivos:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: No
Su autoestima es determinante en su modo de vestir: Si, le gustaría vestirse de colores más llamativos y más arreglada pero percibe que no es bonita y prefiere no llamar la atención
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: No
Necesita ayuda para la selección de su vestuario: No

Datos Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad: Si
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Adecuada

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Datos Subjetivos:

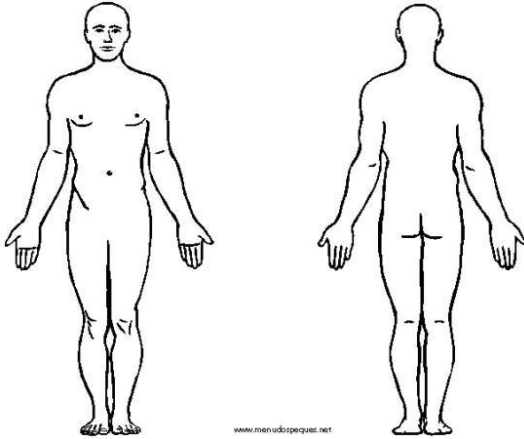
Frecuencia del baño: diario en la noche
Momento preferido para el baño: En la mañana
Cuántas veces se lava los dientes al día: 2 veces, en la mañana y en la noche
Aseo de manos antes y después de comer: si
Después de eliminar: si

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: No

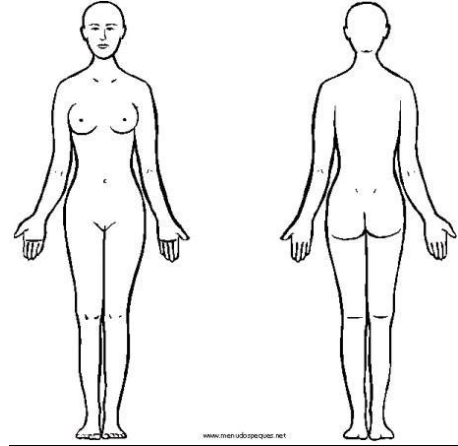
Datos Objetivos:

Aspecto general: Limpio, cuidado	Halitosis: No
Estado del cuero cabelludo: Sano	
Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama):	
Ninguna	

Masculino:



Femenino:



NECESIDAD DE DE EVITAR PELIGROS

Datos Subjetivos:

Que miembros componen la familia de pertenencia: E.C.M, su esposo 3 hijas de 33, 26 y 21 años	
Conoce las medidas de prevención de accidentes: Si	
Hogar: barandales, puerta en escalera	Trabajo: No
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: 1 vez al año asiste con médico general a su clínica	

Datos Objetivos:

Deformidades congénitas: No
Condiciones del ambiente en su hogar: Seguras
Trabajo: No

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

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

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos Subjetivos:

Estado civil: casada	Años de relación: 34
Viven con: esposo, 2 hijas un nieto y un yerno	Preocupaciones / estrés: Sus hijas y su nieto. Los estudios de su hija menor
Otras personas que pueden ayudar: Su esposo e hijas	
Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: No porque no le gusta preocupar a su familia	
Cuanto tiempo pasa sola: 2 hrs	
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: 1 vez a la semana comen todos juntos en su casa	

Datos Objetivos:

Habla claro: Si	Confuso: No
Dificultad visión: No	Audición : No
Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas: Si con su esposo	

NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos Subjetivos:

Creencia religiosa: católica
Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No
Principales valores en la familia: cariño, respeto, comprensión, lealtad, responsabilidad
Principales valores personales: respeto comprensión
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: Refiere ser congruente

Datos Objetivos:

Hábitos específicos de vestido: llamativo, alegre
Permite el contacto físico: si
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias:
Otros:

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos Subjetivos:

Trabaja actualmente: si	Tipo de trabajo: empleada
Riesgos: gas, fuego	Cuánto tiempo le dedica al trabajo: 10 hrs aprox
Esta satisfecho con su trabajo: no	
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia:	
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega:	

Datos Objetivos:

Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/ eufórico:
Otros:

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos Subjetivos:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: descansar, ver televisión
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: NO
Recursos en su comunidad para la recreación:
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa

Datos Objetivos:

Integridad del sistema neuromuscular
Rechazo a las actividades recreativas No
Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo: Participativo
Otros

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos Subjetivos:

Nivel de educación primaria

Problemas de aprendizaje	
Limitaciones cognitivas: No	tipo
Preferencias. leer/escribir:. leer	
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: si	
Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo No	
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud	
Otros	

Datos Objetivos:

Estado del sistema nervioso:
Órganos de los sentidos:
Estado emocional ansiedad, dolor:
Memoria reciente:
Memoria remota:
Otras manifestaciones:

ANEXO 2

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA SALUD

"Que tu alimento sea tu medicina y que tu medicina sea tu alimento".

Hipócrates.

TIPS PARA TU CUIDADO

Es importante dedicarle tiempo y cuidados a nuestro cuerpo para que funcione de manera optima para sentirnos bien.

DESCANSO

- Trata de **dormir** por lo menos 7 horas diarias.
- En caso de insomnio puedes recurrir a la aromaterapia con un poco de lavanda, o puedes tomarte un té de flores de azahar
- En caso de dolor puedes realizar **ejercicios respiratorios** por lo menos 10 min, tres veces al día, al oxigenar tus tejidos el dolor disminuirá
- Realizar una **caminata** de por lo menos 20 minutos diariamente.

Investigaciones recientes recomiendan el ejercicio como medida para disminuir molestias, además de que se liberan endorfinas que hacen que el cuerpo se sienta bien.

ALIMENTACIÓN

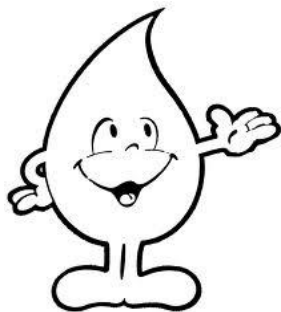
La alimentación debe aportar a la persona los nutrimentos necesarios para lograr y mantener un adecuado estado de salud.

Es importante consumir mayor número de frutas y verduras al día.

Un estudio europeo ha analizado la relación entre el consumo de frutas y verduras y el riesgo de mortalidad sobre 451.151 individuos durante más de 13 años y concluye que comer estos alimentos (al menos 5 porciones al día) reduce la mortalidad.



El Agua también es necesaria para que el cuerpo pueda eliminar todos los desechos.



Lo recomendable es beber 8 vasos de agua simple diariamente.

Lácteos: En la actualidad existe controversia sobre el consumo de leche; los países occidentales, que son los que más consumen lácteos, presentan las más altas cifras de osteoporosis, mientras que en países

orientales (que casi no toman leche), la osteoporosis es muy rara entre la población

Una alternativa ante esta disyuntiva puede ser el siguiente licuado como el primer alimento del día que nos puede aportar los requerimientos necesarios.

LECHADA

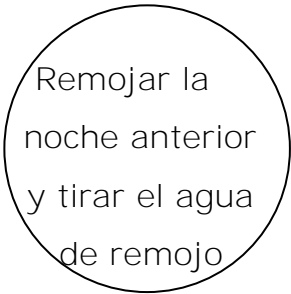
1 cdita. linaza →

1 cdita. avena →

1 cdita. ajonjolí

7 almendras peladas

1 rebanada de piña



Remojar la
noche anterior
y tirar el agua
de remojo

Todo esto licuado en un vaso de agua, se puede agregar una hojita de apio y de perejil

Este alimento te proporciona:

- El calcio de ¡6 vasos de leche!
 - Omega 3
 - Complejo B
 - Vitamina E
 - Bromelina (fitoquímico que actúa como un potente desinflamatorio.
- ¡Notarás una mejoría en tu estado general a partir de la 1ª semana de consumirlo!

Otras recomendaciones:

- **Masticar** cada bocado por lo menos 40 veces
- Comer por lo menos cada 4 horas en pequeñas porciones
- Es mejor comer la fruta completa a tomar sus jugos.

- Reducción de consumo de grasa principalmente de la saturada (todas las grasas que se solidifiquen al medio ambiente)
- Abundantes **frutas y verduras** (al menos 5 porciones al día) germinados, leguminosas y oleaginosas
- Que su plato contenga 80% de frutas y verduras y el 20 % de otros alimentos
- Utilizar aceite de oliva extravirgen (1ª extracción en frío) en ensaladas y verduras
- Bajo consumo de azúcares refinados

Evitar alimentos:

- ✓ Azúcar
- ✓ Bebidas azucaradas o bebidas light
- ✓ Pan, pastel, galletas
- ✓ Embutidos
- ✓ Lácteos
- ✓ Grasas saturadas
- ✓ Comidas fritas
- ✓ Cereales refinados
- ✓ Enlatados
- ✓ Comida ahumada o a la leña

El comer bien y tomar abundante agua ayuda a que nuestro cuerpo funcione correctamente, ya que nuestros órganos al estar mejor nutridos responden de mejor manera y también ayudamos a eliminar los desechos de nuestro cuerpo