



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESTRATEGIA DE CASA DE LA SALUD PARA LA ATENCIÓN DE LOS ADULTOS CON DEPRESIÓN EN EL CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD DE SAN LUIS TRAXIALTEMALCO XOCHIMILCO

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE : LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA PRESENTA : IVON SÁNCHEZ ISLAS



DIRECTORA DEL TRABAJO:
M.S.P. SOFÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ PIÑA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

m 345571



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.

DEDICATORIAS:

A MI HIJO

Gracias Dios por haberme dado el privilegio de contar con el hijo más maravilloso del mundo, porque cada día me asombra con su calidez y talento incuestionable, agradeciéndole tanto su cariño, esperando ser guía y motivación para tí. Te quiero mucho.

A MIS ABUELITOS

Gracias al apoyo, comprensión y paciencia que me han brindado en todos los momentos difíciles en que perdía la luz del camino, levantándome una y otra vez poniendo en mí la esperanza de seguir adelante.

A MI MADRE

Que ha dado lo mejor que tiene para darme la vida, motivándome día a día a superarme.

Por haber compartido conmigo, mis fracasos y derrotas, disfrutando por igual mis triunfos y alegrías.

A MI HERMANO

Por haber permanecido a mi lado a lo largo de este camino, por brindarme el apoyo que necesité para poder llegar y por el cariño otorgado el cuál es un verdadero aliciente.

A LAS MAESTRAS LETICIA HERNÁNDEZ Y ANGELINA RIVERA

Con las cuáles estoy en deuda por el apoyo incalculable que me brindaron en los momentos más difíciles de mi vida y la de mi hijo y por sus enseñanzas y consejos que siempre irán conmigo.

A LA MAESTRA SOFÍA SÁNCHEZ PIÑA

Gracias por su inestimable ayuda, por sus ideas y ánimos que me fueron de una utilidad incalculable, por su constante esfuerzo y porque trabajo codo con codo junto conmigo para orientar la realización de este trabajo.

A MI FAMILIA, AMIGOS Y MAESTROS

Les doy las gracias porque me proporcionaron su continuo estímulo, apoyo y enseñanzas que siempre recordaré.

ÍNDICE

	PÁGINA
Introducción.....	1
Fundamentación del caso.....	3
Justificación.....	7
Objetivos.....	8
1. Marco conceptual	
1.1 Modelo teórico de la definición de enfermería de V. Henderson.....	9
1.2 Diagnósticos de enfermería de la NANDA.....	15
1.3 Proceso de enfermería.....	16
1.3.1 Desarrollo histórico del proceso de enfermería.....	16
1.3.2 Definición, funciones y elección del marco conceptual.....	17
1.3.3 Valoración.....	19
1.3.4 Diagnóstico.....	20
1.3.5 Planificación.....	21
1.3.6 Ejecución.....	23
1.3.7 Evaluación.....	25
1.4 Depresión.....	27
1.5 Casas populares de salud.....	33
1.6 Promoción de la salud.....	34
1.6.1 Actividades de promoción de la salud.....	35
1.6.2 Promoción de la salud como respuesta.....	36
1.6.3 El marco de la promoción de la salud.....	36
1.7 Educación para la salud.....	38
1.7.1 Tipos de educación para la salud.....	39
1.7.2 Modelos de educación para la salud.....	40

1.8 Atención primaria a la salud.....	44
1.8.1 Centro de salud de atención primaria.....	45
1.8.2 Contenidos de la atención primaria.....	46
1.8.3 Elementos conceptuales de la atención primaria.....	47
1.8.4 Atención primaria orientada a la comunidad Como modelo de atención.....	47
1.8.5 El personal de enfermería en el desarrollo De la atención primaria.....	48

2. Marco referencial

2.1 Antecedentes históricos de San Luis Tlaxiátemalco.....	50
2.2 Generalidades de la población.....	50
2.3 Datos geográficos.....	51
2.4 Aspectos sociodemográficos.....	52

3. Proceso de enfermería

3.1 Valoración	
3.1.1 Metodología.....	55
3.1.2 Estrategia de intervención (casa de la salud).....	55
3.2 Diagnóstico	
3.2.1 Diagnósticos de enfermería con el método PES.....	59
3.2.2 Conclusión diagnóstica.....	62
3.3 Planeación	
3.3.1 Programa de actividades.....	64
3.3.2 Intervenciones dentro de la casa de la salud.....	67
3.4 Ejecución de las intervenciones	
3.4.1 Actividades administrativas.....	83
3.4.2 Actividades técnicas.....	85
3.4.3 Actividades de educación para la salud.....	86
3.4.4 Actividades de investigación.....	87
3.5 Evaluación de las intervenciones.....	89
4. Conclusiones.....	100

5. Sugerencias	102
6. Referencias bibliográficas	103
7. Anexos	107

INTRODUCCIÓN

Para la promoción y realización de actividades existen espacios dentro del CCOAPS que son destinados a la prevención y promoción de la salud, con un enfoque de desigualdad ya que se basa en atender las necesidades de los que menos acceso a servicios de salud tienen, dichos espacios se encuentran enfocados primordialmente a promover el autocuidado básicamente en individuos que presentan mayor riesgo de desencadenar patologías crónico-degenerativas, tal es el caso de los adultos mayores quienes presentan mayor número de factores de riesgo (obesidad, sedentarismo, etc.), que al relacionarse con la disminución de sus capacidades metabólicas, endocrinas, fisiológicas, cognitivas, desencadenan enfermedades que pueden prevenirse, o en su defecto controlarse con acciones basadas en la modificación de sus hábitos principalmente.

Los espacios destinados a las actividades antes mencionadas reciben el nombre de **casas de la salud**, las cuáles se encuentran divididas en diferentes módulos de acuerdo a la subdivisión geográfica realizada del territorio de San Luis Tlaxiátemalco por el CCOAPS, a saber la casa correspondiente al módulo A y B, la del módulo C y la del módulo D que es la que compete para la realización de este trabajo, dentro de las cuales se crea un vínculo estrecho entre los profesionales de la salud y los adultos mayores que asisten a ellas, con el propósito de disminuir o limitar el daño de diversas enfermedades que con frecuencia se presentan dentro de este grupo etario. Dentro de las casas de la salud el pasante del Servicio Social (P.S.S.) lleva a cabo el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas para que se identifiquen las necesidades alteradas y en base a esto se planeen y se ejecuten actividades para mejorar el estado de salud de los adultos mayores que participan en estas casas así como diseña, ejecuta y evalúa programas de educación para la salud con el objetivo de modificar hábitos, fomentar la salud, prevenir enfermedades y sus complicaciones a través del autocuidado.

El presente proceso de enfermería en adultos mayores con depresión está basado en el modelo de las catorce necesidades de Virginia Henderson, en la resolución de la escala geriátrica de depresión de Yesavage y en una estrategia llamada **casa de la salud** brevemente diseñada por el P.S.S. la cuál sirve para que el adulto mayor forme un criterio acerca de la importancia que representa el satisfacer necesidades dentro de esta etapa de la vida y de esta manera evite complicaciones y riesgos en su salud que lleguen a limitar sus funciones cognoscitivas, funcionales y motoras, es por ello que se emplea la educación para la salud como la mejor alternativa para la conservación de la salud en el adulto mayor y también el reforzamiento de la autoestima ya que se identificó como el síntoma más frecuente la depresión.

El documento se encuentra estructurado por varios apartados a saber, el marco conceptual donde se plasma toda la información que fundamenta la estructura y realización de este, el marco teórico que consiste en todos los aspectos generales y sociodemográficos de la comunidad en cuestión y el proceso de enfermería como tal, constituido por cinco fases, la valoración donde se recabó la información que respecta a las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson y la escala geriátrica de depresión de Yesavage que sirve para determinar la presencia y gravedad de la depresión, en base a esto se establecieron los juicios clínicos pertinentes, posteriormente se estructuró el plan de intervenciones para la satisfacción de las necesidades alteradas. Esto se integró al programa de actividades de la **Casa de la Salud** y finalmente la evaluación de lo realizado, de este punto forman parte las conclusiones y las sugerencias a las que se llegó después de la realización de este proceso.

FUNDAMENTACIÓN DEL CASO

La vejez es un fenómeno complejo que incluye aspectos de orden individual, social, cultural, físico, y psicológico, no depende sólo de la edad de las personas, por lo que no puede estudiarse sólo en función de criterios de orden cronológico. En términos muy generales la vejez se ha definido como pérdida de autonomía ante obsolescencias e incapacidades físicas, mentales y sociales, lo que conlleva a pensar en la dependencia de las personas de edad avanzada con respecto a la familia, la economía y la sociedad en general.

Para el caso del grupo de población que nos ocupa, las estadísticas nos muestran un fenómeno cuantitativo interesante: en 1930 había una cifra de medio millón de adultos mayores; en 1960, se estableció en 1 millón 195 mil; en 1980 la cifra ascendió a 2 millones 645 mil; en 1990, 3 millones 412 mil y hacia 1996 se estima que el número de personas de edad avanzó hasta ser de casi cinco millones de personas.

El acelerado crecimiento de la población de la tercera edad lleva a suponer que entre 1995 y el 2014 duplicará su tamaño al pasar de 4.7 millones a 8.1 millones; prácticamente se habrá quintuplicado en el 2034, al llegar a ser 20,2 millones de personas y se habrá multiplicado hasta ocho veces al final del 2050, cuando su monto supere los 32 millones.

Actualmente existe en el país una población de más de siete millones de adultos mayores, y para el año 2050, se prevé que uno de cada cuatro mexicanos será mayor de 60 años. Nos presentamos ante la realidad de que México está envejeciendo.

La actual situación de la vejez en México permite prever que en los próximos años se incrementará la desigualdad social y disminuirán las oportunidades de tipo económico, social, cultural para este grupo de población. El número de personas de 60 años y más continuará creciendo y con ellos la satisfacción a sus demandas. Se prevé que hacia el año 2030 el total de ancianos y ancianas en el país llegará a representar poco más de la tercera parte de la población total del país, ante lo cual se requiere disponer de suficientes y adecuadas medidas en materia económica, política y social con objeto de poder responder apropiadamente a las demandas provenientes por este grupo de población.

El envejecimiento de la población está directamente ligado a lo que se conoce como transición epidemiológica, en la cual los cuadros de morbilidad dejan de ser preponderantemente las enfermedades agudas que afectan a poblaciones jóvenes, para cobrar mayor relevancia los padecimientos crónicos y degenerativos, propios de la población envejecida. En esta etapa de la vida uno de los problemas de salud más apremiantes es la incapacidad para desempeñar actividades de la vida cotidiana. Y es que esta población, es afectada por enfermedades como la ansiedad, hasta cambios en

el sistema nervioso central, situaciones que podrían provocar depresión; hasta casos extremos como el suicidio, por lo que se empieza a promover un envejecimiento saludable. A través del avance de la ciencia y la medicina de nuestros tiempos, lo que ha sido primordial, es la búsqueda de una mejor calidad de vida, para las personas adultas mayores.

En materia de salud, se indica que una proporción importante de la población adulta mayor padece problemas de desnutrición, mentales, crónico degenerativos y transmisibles, así como accidentes y lesiones y que las tres principales causas de muerte en el grupo de edad representado por las personas adultas mayores son las enfermedades del corazón (511 por cada 100 mil), los tumores malignos (424 por 100 mil) y la diabetes mellitus (322 por 100 mil). La suma de estas tres causas representa alrededor del 50% de las defunciones de este grupo de edad y en la mitad restante se encuentran las infecciones (8%), las lesiones accidentales e intencionales (6%), la cirrosis hepática (5%) y los padecimientos renales (4%).

Por ello las instituciones han buscado concientizar a la ciudadanía, sobre las implicaciones que conlleva el envejecimiento, en lo médico, laboral, económico, político y social para estar preparados.

Se debe desarrollar una cultura del autocuidado. El autocuidado debe ser periódicamente, acompañado de una dieta adecuada, también incluir la capacitación para desarrollar un nuevo proyecto de vida, cuando una persona llega a cierta edad, cuando empieza a concluir su vida productiva y se piensa en una jubilación, antes de que esto ocurra se necesita tener un nuevo proyecto de vida. Esta preparación debe ser desde que se es joven o adulto, enfocada a lo que se quiere hacer a partir de ese momento, con quien quieres vivir, que nuevas actividades realizar, es una posibilidad de hacer los que no se ha hecho anteriormente.

Normalmente un adulto mayor no percibe esta etapa de tal forma, porque vive una depresión, por la ruptura en el paso de la etapa adulta a la de adulto mayor, este estado depresivo impide ver otras posibilidades, se piensa que la vida se acaba y se pierde el interés en si mismo y lo que le rodea. Es importante desarrollar un proyecto de vida con nuevas metas, pero además se deben fortalecer las instituciones de salud y existir dependencias especializadas para atender al adulto mayor que promuevan la recreación, la cultura y el deporte.

En nuestro país la economía y su crisis no permite que los adultos planeen un proyecto de vida, pero nuestra misma cultura lo impide, vivimos en una sociedad de consumo; estos factores llegan a envejecer a las personas, agotan. También el factor motivacional afecta, este rubro esta en función de la satisfacción de las necesidades, a veces la

carencia de satisfacción, crea conflictos. Los mexicanos necesitamos organización y planeación.

Ahora con el aumento de la edad de la población, también se incrementan las posibilidades de ser propenso a padecer enfermedades crónico degenerativas, como hipertensión, diabetes, cardiopatías o insuficiencias renales y cardíacas. Estas enfermedades tardan tiempo en instalarse en el cuerpo humano, varios años, pero a partir de los 35 años empiezan a causar síntomas y molestias, después de los 50 años es cuando se presentan las complicaciones como infartos, parálisis, entre otras enfermedades que postran a las personas en la cama.

Según el análisis es lo que nos espera con el crecimiento de la edad de la población, llevará a un aumento de enfermedades terminales, de necesidad de atención especial y sobre todo humana, ya que son personas que parar fallecer podrían tardar demasiados años.

Lo que debe preocupar a la sociedad, es que todavía no hay servicios formales especializados, organizados con presupuesto, para brindar esta atención indispensable, incluso los especialistas en este rubro son escasos.

El país debe contemplar desde estos momentos una reserva para todas las personas de escasos recursos, aquellos desempleados, que no pudieran tener ahorros para su vejez, la mayoría de los adultos mayores de nuestro país son gente pobre. La seguridad social, tiene servicios para atender la parte curativa, pero los adultos mayores necesitan también atenciones fuera del hospital, de lo cual se carece, así que la familia es quien corre a cargo, pero no siempre puede, así que los adultos mayores quedan relegados.

Mientras tanto, instituciones médicas como el IMSS han implementado programas preventivos de salud a los derechohabientes como "Prevenimss" el cuál proporciona información a los derechohabientes, en esta etapa preventiva, para cuando lleguen a viejos no tengan complicaciones en su salud. Se trata de evitar patologías como hipertensión, diabetes, si ya se padecen identificar y conocer los cuidados, esto favorecerá y facilitará los tratamientos de todas estas patologías lo que representa un gasto elevado para las instituciones. Sin embargo la participación ciudadana, en coordinación con las instituciones de salud, es vital, deben tener conocimiento de los que podría pasar en caso de no tener un control médico de su estado corporal. Lo importante, es que la ciudadanía este preparada sobre lo que hay que hacer.

Sabemos que en los planes de diversas corporaciones estatales, como DIF o IMSS, se tienen programas donde se atiende a grupos de adultos mayores, dándoles atención médica, nutricional, de entretenimiento y algunas más.

Para la atención de ancianos (as) en el Distrito Federal se dispone de aproximadamente 67 asilos privados, 80 clubes de la tercera edad (INSEN), dos casas hogar del DIF, un albergue del Gobierno del Distrito Federal y un centro de atención geriátrica.

El envejecimiento es uno de los rubros más importantes en la Secretaría de Salud, la cual está llevando a cabo acciones para los adultos mayores como la Cartilla del Adulto Mayor de Salud para llevar un control en cuanto al manejo médico de este sector poblacional. Además de programas de vacunación.

Si bien el impacto de envejecimiento está controlado en los próximos 10 años, el gobierno está reformando su plan de pensiones, su sistema de salud e iniciando programas pilotos con los trabajadores mayores.

Ahora tenemos más obligaciones de realizar más proyectos de investigación; la atención a los adultos mayores se debe dar en todos los ámbitos.

JUSTIFICACIÓN

Durante el desarrollo del servicio social en el programa de enfermería comunitaria se identificó como un aspecto importante las **casas de la salud**; espacio destinado al trabajo con adultos mayores, dichas casas son desarrolladas por pasantes contando con la asesoría de los tutores académicos, la valoración de los adultos mayores mostró elementos relacionados con la depresión además de algunas patologías agregadas, se consideró de manera prioritaria atender los aspectos emocionales en tanto que el adulto mayor refiere que acudía a las casas de la salud para sentirse mejor.

La participación con los adultos mayores permitió identificar la demanda de cuidados que presentaban y principalmente situaciones emocionales, por lo que se definió un plan para atender las necesidades alteradas.

Conocer las necesidades individuales, así como establecer los juicios clínicos que dieron lugar a los diagnósticos de enfermería permitió establecer las intervenciones en la estrategia de **casa de la salud** para resolver en la medida de lo posible las situaciones de depresión en los adultos mayores y con ello establecer planes de cuidado individual, familiar y grupal para la atención continuada.

OBJETIVOS

GENERAL:

Implementar un proceso de enfermería en los adultos mayores con depresión mediante la **casa de la salud** como una estrategia de fortalecimiento de su autoestima y satisfacción de sus necesidades.

ESPECIFICOS:

Identificar las necesidades alteradas por medio de una valoración tomando en cuenta las distintas fuentes de información, la exploración física y el instrumento de valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson y la escala geriátrica de depresión de Yesavage.

Identificar cuales fueron los diagnósticos más frecuentes y tipificarlos.

Establecer las actividades orientadas hacia la satisfacción de las necesidades dentro de la **casa de la salud** del adulto mayor en base a los diagnósticos encontrados.

Presentar la evaluación en un año de las intervenciones de enfermería.

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1 Modelo teórico de la definición de enfermería de Virginia Henderson

Henderson publicó por primera vez su definición de enfermería en la revisión de 1955 de the principles and practice of nursing, de Harmer y Henderson. Hubo tres factores decisivos que la llevaron a compilar su propia definición de enfermería. En primer lugar, en 1939 había revisado textbook of the principles and practice of nursing e identificó este texto con su trabajo como una fuente que le permitió darse cuenta de "la necesidad de aclarar la función de las enfermeras".¹

Un segundo factor determinante fue su participación como miembro del comité de la conferencia regional del National Nursing Council en 1946. Su trabajo dentro del comité fue incluido en el informe de 1948 de Esther Licilla Brown, Nursing for the future. Henderson señaló que aquel informe reflejaba "su punto de vista modificado por las opiniones de otros miembros del grupo". Finalmente, Henderson se interesó por los resultados de 5 años de investigación de la asociación ANA sobre la función de la enfermera y no se mostró completamente satisfecha con la definición que adoptó al respecto dicha asociación en 1955.

Henderson calificaba a su trabajo más de definición que de teoría, ya que las teorías no estaban en boga en aquellos tiempos. Describió su interpretación de la enfermería como una "síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas".

En the Nature of Nursing, indica las siguientes fuentes de influencia en sus primeros trabajos dentro de la enfermería: Annie W. Goodrich, Carolina Stackpole, Jean Broadhurst, Dr. Edward Thorndike, Dr. George Deaver, Bertha Harper e Ida Orlando.

Henderson incluyó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de enfermería. Su formación en estas áreas data de su relación con Stackpole y Thorndike durante sus estudios universitarios en el Teachers collage.

En su curso de psicología, Stackpole tomó como base la declaración de Claude Bernard en que afirmaba que para conservar la salud hay que mantener constante la linfa que rodea a la célula.

A partir de esta idea, Henderson supuso que una "definición de enfermería debería incluir una apreciación del principio de equilibrio fisiológico".

¹ Marriner Tomey Ann y Raile Alligood Martha, Modelos y Teorías en Enfermería, Ed. Harcourt Brace 4ª edición, Madrid España 1999 p. 101

A partir de la teoría de Bernard, Henderson también adquirió un conocimiento sobre la medicina psicosomática y su relación con la enfermería. Describió su punto de vista con las siguientes palabras: "era evidente que el equilibrio emocional no se puede separar del equilibrio fisiológico, después de haber reconocido que la emoción es realmente nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares".

Henderson no identificó las teorías exactas que apoyaba Thorndike, sino sólo indicó que se referían a las necesidades básicas de los seres humanos. En los 14 componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, que parte de las necesidades físicas para llegar a los componentes psicosociales, se observa una correlación con la jerarquía de necesidades confeccionada por Abraham Maslow. Sin citar a Maslow como influencia directa. Henderson describió su teoría de la motivación humana en la sexta edición de *Principles and Practice of Nursing Care* de 1978.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Enfermería Henderson definió enfermería en términos funcionales: "La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible".²

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 la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas cotas".

Entorno "el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo".

Persona (paciente) Henderson pensaba en el paciente como "un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia, a una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables". Así contempla al paciente y a su familia como una unidad.

Necesidades en la obra de Henderson se señalan las catorce necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería. Estas necesidades son las siguientes:

1. Respirar normalmente.

² ídem, p. 102

2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse).
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
10. Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Actuar con arreglo a la propia fe.
12. Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción de uno mismo.
13. Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles.³

SUPUESTOS PRINCIPALES

Enfermería

- Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico.
- Una enfermera actúa al margen del médico, pero apoya su plan si existe un médico encargado. (Henderson subrayó que la enfermera, puede trabajar de forma independiente y debe hacerlo así si es la persona sanitaria mejor preparada en la situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento si la situación así lo requiere).
- Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

Persona (paciente)

- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.
- Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

³ idem, p. 102

Salud

- La salud es la calidad de vida
- La salud es fundamental para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia.
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

Entorno

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento.
- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

La relación enfermera-paciente

Se puede establecer tres niveles en la relación enfermera-paciente que van desde una relación muy dependiente a la práctica de independencia: 1) la enfermera como sustituta del paciente, 2) la enfermera como auxiliar del paciente y 3) la enfermera como una compañera del paciente. En el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como "un sustituto de carencias del paciente para ser completo, íntegro o independiente, debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento"⁴. Henderson reflejó este punto de vista al declarar que la enfermera "es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quién se ha quedado ciego, un medio de locomoción para el niño, la confianza y la experiencia para una joven madre, la boca de los demasiado débiles o privados del habla, etc".

Durante los estados de convalecencia, la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia. Henderson afirmó que "Independencia es un término relativo. Nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enferma". Como compañeros la enfermera y el paciente formulan juntos el plan de

⁴ ídem, p. 103

asistencia. Con independencia del diagnóstico existen unas necesidades básicas que pueden estar matizadas por otras circunstancias como la edad, el carácter, el estado de ánimo, la posición social o cultural y la capacidad física e intelectual.

La enfermera debe ser capaz de valorar no solamente las necesidades del paciente sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran. Henderson afirmaba que la enfermera "debe meterse en la piel de cada paciente para conocer cuáles son sus necesidades". Luego debe contrastarlas con él. La enfermera puede modificar el entorno siempre que lo considere indispensable, Henderson opinaba que "en cada situación, las enfermeras que conocen las reacciones fisiológicas y psicológicas a la temperatura y la humedad, la luz y el color, la presión, los olores, el ruido, las impurezas químicas y los microorganismos, pueden organizar y aprovechar al máximo las instalaciones disponibles".

La enfermera y el paciente siempre trabajan por un objetivo, ya sea la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera debe ser mantener la vida cotidiana del paciente "lo más normal posible". Otro de los fines importantes para una enfermera es favorecer la salud. Henderson señalaba que "se puede sacar mayor partido de ayudar a una persona a aprender cómo mantener su salud que preparando a los terapeutas más especializados para que le ayuden en los momentos de crisis".⁵

La relación enfermera-médico

Henderson insistía en que la enfermera tenía una función especial, diferente de la de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico. Henderson remarcaba que las enfermeras no están a las órdenes del médico, ya que cuestionaba que los médicos den órdenes a los pacientes y a los empleados sanitarios. Yendo más allá, recalca que la enfermera ayuda al paciente a manejar su salud cuando no se dispone de médicos. Asimismo indicaba que muchas de las funciones de la enfermera y el médico se solapan.

La enfermera como miembro del equipo sanitario

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Henderson recordaba que "ninguna persona del equipo debe sobrecargar a otros de sus miembros con peticiones que no pueda llevar a cabo dentro de su función especializada". Henderson comparaba a todo el equipo médico incluyendo al paciente y a su familia, con las porciones de una tarta. El tamaño de cada parte destinada a un miembro del equipo depende de

⁵ ídem, p. 104

las necesidades reales de cada paciente y por tanto cambia a medida que el paciente progresa en su camino hacia la independencia. En algunas situaciones, algunos miembros del equipo no participan en ningún modo en el reparto. La meta final es que el paciente tenga mayor ración o la tarta entera.

A medida que cambian las necesidades del paciente, también puede hacerlo la definición de enfermería. Henderson admitía que esto no quiere decir que la definición sea definitiva. Creo que la enfermería cambiará según la época en la que se practique y que depende en gran medida de lo que haga el resto del personal sanitario.

MÉTODO LÓGICO

Henderson aplica aparentemente una forma deductiva de razonamiento lógico en el desarrollo de su definición de enfermería. Dedujo esta definición y las 14 necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos. Sus supuestos tienen validez por su gran coincidencia con las publicaciones y las conclusiones de investigación de científicos de otras disciplinas.

Si una enfermera considera que su función principal es el cuidado directo del paciente, recibirá la compensación inmediata de observar un progreso en el mismo desde la dependencia a la independencia. La enfermera deberá esforzarse en comprender al paciente cuando este no posee la voluntad, conciencia o fortaleza necesaria. Tal como Henderson afirmaba, la enfermera debe ponerse en su lugar. Puede ayudar al paciente a avanzar hacia un estado de independencia por medio de la valoración, el plan y la evaluación de cada uno de los 14 componentes básicos de la asistencia en enfermería.

El método de Henderson para cuidar al paciente era deliberado y obligaba a tomar decisiones. Henderson pensaba que día a día consistía en ir resolviendo problemas algo no limitado solo al ámbito de la enfermería.

En la fase de la valoración, la enfermera deberá repasar en el paciente los 14 componentes de la atención básica en enfermería, de uno en uno hasta haberlos completado todos. Para recoger los datos las enfermeras observan, huelen, sienten y escuchan. La fase de valoración se completa mediante el análisis de los datos compilados, para lo que es necesario conocer lo que es normal en la enfermedad y en la salud.

Henderson afirmaba que "dado que la enfermedad es el único servicio disponible las 24 horas del día y los siete días de la semana, no se puede discutir la capacidad de las enfermeras para diferenciar lo normal de lo anormal en la salud del paciente...la función de valoración de las enfermeras"⁶.

⁶ ídem, p. 106

Según Henderson, la fase de planificación supone trazar un plan que se ajuste a las necesidades del paciente, la actualización del plan según se requiera en función de los cambios, el uso del plan como registro y la confianza de que se adapta a la planificación prescrita por el médico. Un buen plan, integra el trabajo de todas las personas que integran el equipo.

Al aplicar el plan, la enfermera ayuda al paciente a realizar su actividad para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir de forma tranquila. Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional y la capacidad física y mental del paciente. Henderson evaluaba al paciente con arreglo en su grado de independencia. Sin embargo un niño no puede ser independiente, como tampoco un inconsciente. En algunos estadios de la enfermedad hay que asumir el deseo del paciente de depender de otros.

1.2 Diagnósticos de Enfermería de la NANDA

Este Trabajo internacional de la NANDA para el desarrollo de los diagnósticos enfermeros-Diagnósticos enfermeros de la NANDA: definiciones y clasificación; 2003-2004-contiene 12 nuevos diagnósticos de bienestar-promoción de la salud y 3 revisiones.⁷

El trabajo se encuentra dividido en tres partes. La primera incluye el contenido tradicional de los anteriores libros de los Diagnósticos enfermeros de la NANDA: definiciones y clasificación. Los diagnósticos están clasificados en orden alfabético según el concepto diagnóstico no por la primera palabra o descriptor del diagnóstico. La taxonomía II desglosa los descriptores de ejes y la tercera parte incluye las guías para la presentación de nuevos diagnósticos; el proceso para apelar la decisión del comité para la revisión de los diagnósticos; el glosario; la lista de miembros del comité directivo de la NANDA y de los Comités para la taxonomía y para la revisión de los diagnósticos; los miembros del comité de la NDEC; una invitación para unirse a la NANDA; el formulario para solicitar la admisión en la NANDA, y el índice alfabético.

Los diagnósticos nuevos y los revisados tienen un número de NDE (nivel de evidencia). Es para alertar a los investigadores, educadores y clínicos del NDE de que tienen tales diagnósticos. Del mismo modo, cada diagnóstico nuevo o revisado tiene una lista con las tres referencias bibliográficas que mejor respaldan el diagnóstico. Además, la nueva política de la NANDA es que la crítica de cualquier diagnóstico por parte de miembros de la asociación o del comité directivo debe ir acompañada de un grado de evidencias igual o superior que el presentado por la persona o grupo que lo propuso para invalidar la

⁷ Diagnósticos enfermeros de la NANDA: definiciones y clasificación 2003-2004, pp.3-5

aprobación del comité para la revisión de los diagnósticos. Con todo, el número total de diagnósticos aprobados por la NANDA siguen siendo relativamente bajo. El grupo de trabajo para el desarrollo y promoción de los diagnósticos está trabajando para facilitar la propuesta de nuevos diagnósticos para su revisión el próximo año.

Puesto que los diagnósticos enfermeros constituyen la base para la selección de resultados e intervenciones terapéuticas, hay una fuerte relación entre los tres, por lo que se evidenció claramente la necesidad de una estructura común. Esta estructura proporcionará un mapa para localizar los diagnósticos enfermeros de la NANDA con respecto a las intervenciones de la clasificación de las intervenciones enfermeras (NIC) y los resultados de la clasificación de resultados enfermeros (NOC) la estructura unificadora común de la taxonomía NNN para la práctica enfermera, cuya presentación en la América Nurses Association está programada para el presente año.

1.3 El proceso de enfermería

1.3.1 Desarrollo histórico del proceso de enfermería

En 1967 un comité norteamericano definió el proceso de enfermería como "la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente; incluye los esquemas de comportamiento y acción del paciente y de la enfermera, y la interacción resultante. Las fases del proceso son: percepción, comunicación, interpretación, intervención y evaluación⁸". En ese mismo año, un grupo de profesores de la Universidad Católica de Norteamérica identificó las siguientes fases del Proceso de Enfermería: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

De la Universidad de Colorado se ha realizado el proyecto de investigación desarrollado por un grupo de investigación interdisciplinario. Cuyo objetivo de este estudio consistía en investigar el proceso clínico de deducción referido a la intervención enfermera. Se consideró en dicho trabajo que el proceso de deducción de las necesidades del paciente debía realizarse mediante la emisión de juicios basados en los datos disponibles. Esencialmente esto puede interpretarse como la elaboración de un diagnóstico de los problemas del paciente. Así pues cuando el paciente tiene determinados problemas, manifestará ciertos síntomas, y el personal de la enfermería es el responsable de captarlos. Mediante la observación de los síntomas, será capaz de establecer un diagnóstico y de decidir a continuación cuál será el mejor camino a seguir en beneficio del paciente. Estos autores sugieren que aunque los profesionales de la enfermería han estado comprometidos en ese proceso deductivo desde los

⁸ Dra. Hernández Conesa Juana y Dr. Estebán Albert. Fundamentos de la enfermería teoría y método, Editorial McGraw Hill Interamericana p. 127

comienzos de la práctica sanitaria, no ha existido hasta hace poco un análisis crítico, deliberado y sistemático del proceso. Así pues el modelo de adaptación que ellos proponen se adapta fácilmente al proceso de enfermería. Las fases más significativas del modelo propuesto son:

- Identificación del estado del paciente a partir de los síntomas que presenta.
- Establecimiento de deducciones.
- Ejecución de acciones dirigidas al logro de objetivos definidos.

Los autores ponen de relieve la eficacia del análisis cuidadoso, y el potencial de estudio que ofrece la fértil y compleja relación enfermera-paciente. A tenor de estos trabajos King, entre otras autoras define la intervención enfermera como un proceso de acción, reacción, interacción y ejecución, a través del cuál los profesionales de la enfermería ayudan a individuos de cualquier edad a satisfacer sus necesidades humanas básicas mediante la atención que prestan al estado de su salud en alguna fase en particular de su ciclo vital. En conclusión, podemos señalar que, en la actualidad, el proceso de enfermería sigue siendo motivo de discusión y debate en foros científicos de enfermería, y está siendo utilizado en gran medida. Es obvio que aún quedan muchos aspectos por mejorar y perfeccionar, sobre todo en el nivel teórico, pero de lo que no parece existir la menor duda es que supone el método de intervención más eficaz para la satisfacción de los propósitos de la asistencia sanitaria a través de la práctica enfermera.

1.3.2 Definición, funciones y elección del marco conceptual

"La finalidad última del proceso de enfermería es, mantener el nivel óptimo de bienestar del paciente, y si dicho nivel decae, proporcionarle la cantidad y calidad de cuidados necesarios para restituirlo, y en el caso de que no pudiera lograrse el bienestar del paciente, el proceso debe contribuir a proporcionarle una calidad de vida tan elevada como se pueda durante el mayor tiempo posible. El proceso de enfermería se divide en cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación".⁹

Así pues se debe entender, por proceso de enfermería el método enfermero de intervención que permite, tras el análisis de un caso –paciente- concreto, crear unas condiciones adecuadas y eficientes con la finalidad de obtener el estado deseado; en las palabras de Alfaro, "es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados". Queda de todo punto explicitado que se trata de un procedimiento metódico de intervención práctica, ello conlleva la aplicación de acciones prácticas- cuidados de

⁹ idem, p. 129

enfermería-con un fin práctico e inmediato, sin aspiraciones supremas hacia una explicación o predicción.

Las funciones que cumple el proceso de enfermería son: las funciones que cumple para las instituciones en las que se desarrolla la actividad enfermera y de otra, las funciones que cumple para el propio sujeto que se servirá de dicho método de intervención durante el desarrollo de su profesión, esto es, para el profesional de enfermería.¹⁰

FUNCIONES DEL PROCESO DE
ENFERMERIA PARA LAS
INSTITUCIONES

Simbólica, que trata de generar respuestas a las deficiencias percibidas por la organización. Desempeña esa función de símbolo en torno a la cuál se dan respuesta a los problemas detectados; por tanto, su existencia es garantía de que poseen los instrumentos pertinentes para solucionar las dificultades.

Propagandística, debe servir como señal de identidad de la propia profesión con lo que trata de acreditar su servicio y obtener su reconocimiento. Es, en suma, la imagen de los profesionales de enfermería que se da a la sociedad en general.

Racionalidad, es un instrumento para analizar e interpretar las propias prácticas y su historia desde una perspectiva de cientificidad.

Política, en la medida en que se crea un marco organizativo para la toma de decisiones sobre cuestiones que afectan a muchos ciudadanos.

FUNCIONES DEL PROCESO DE
ENFERMERIA PARA EL
PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Satisfacer ciertas necesidades personales inmediatas, como las de reducir la incertidumbre y la ansiedad.

Lograr un sentimiento de control, seguridad y confianza en las decisiones y acciones a realizar.

Ayudar a la formación continuada del profesional, dada la necesidad de reordenar y aprender nuevos conocimientos que pueden ser requeridos ante nuevos casos.

¹⁰ ídem, p. 130

Ordenar los medios y recursos, tanto cognoscitivos como materiales, de los que se dispone para la actuación enfermera.

Organizar el tiempo de que se dispone para conseguir los fines propuestos.

Preparar las actividades que se pondrán en marcha.

Facilitar la presencia de los objetivos y actividades propuestos para el desarrollo de la intervención enfermera.

Organizar la relación y preparación del paciente para la intervención enfermera.

Modificar el plan de actuación a fin de adecuarlo a las circunstancias particulares que encontramos en cada situación de cuidados.

Cumplir los requisitos administrativos.

Facilitar la tarea del equipo de enfermería, como en el caso de los turnos de veinticuatro horas, así como la continuidad de la intervención iniciada por un profesional de enfermería, en caso de baja del mismo, o por traslado del paciente a otra unidad o centro, siendo un medio de comunicación entre los profesionales de enfermería, lo que permite mejorar las actuaciones de distintos profesionales sobre los mismos pacientes.

Finalmente, se ha de considerar un hecho de vital importancia para la correcta aplicación del proceso de enfermería. Nos estamos refiriendo al modelo teórico elegido como marco conceptual, en torno al cuál se fundamentará el análisis que se haga de toda la situación que rodea a la intervención enfermera. Así pues, el modelo elegido determinará los fenómenos que debemos valorar y el modo en que debemos entender sus relaciones, de manera que podamos extraer un juicio consistente con los postulados propuestos por dicho marco o esquema conceptual. Ello permitirá tomar las decisiones oportunas para la consecución de los objetivos que se propongan durante el proceso.

1.3.3 Valoración

La valoración puede definirse como: "el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente. Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones posteriormente. Supone el establecimiento de prioridades entre los datos según las necesidades del paciente"¹¹, por lo que es de suma importancia hacer participar en la recogida a los pacientes, a los familiares o a otros profesionales que puedan intervenir durante la actuación enfermera.

La fase de valoración debe ofrecer una base sólida, de manera que favorezca la prestación de una atención individualizada de calidad. Así pues, es necesaria una valoración exacta y completa, lo que debe llevar al profesional de enfermería que valora a reunir todos los datos que tenga a su alcance,

¹¹ idem, p. 132

procedentes de diversas fuentes. Estas fuentes se pueden clasificar como primarias y secundarias, identificando al propio paciente como la fuente primaria, que se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes, en tanto que es el quién puede compartir con mayor precisión las percepciones y sensaciones personales sobre su situación de bienestar, identificar objetivos o problemas concretos y validar respuestas a modalidades diagnósticas o de tratamiento. De otra parte, las fuentes secundarias serán todas aquéllas personas o documentos a los que se pueda tener acceso y tengan una vinculación con el paciente. Éstas, sin duda, son particularmente relevantes para la confrontación de los datos obtenidos del paciente.

Sin embargo, una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del paciente que requieren una intervención enfermera. La valoración de cada una de ellas puede ser poco realista o difícil de manejar; por tanto, es vital establecer un sistema o marco conceptual para determinar que datos deben reunirse en primer lugar, marco que, a su vez, dependerá del modelo teórico de enfermería que utilicemos para valorar al paciente. Las prioridades en cuanto al orden en el que se van a recoger los datos vienen determinadas por los requisitos de autocuidado universales en el orden establecido (aire, alimentación, hidratación, eliminación, actividad-reposo, interacción social, peligros y normalidad), a continuación se recogerá la información relativa a los requisitos de desarrollo, y por último los datos referidos al estado de desviación de la salud del paciente. Independientemente del modelo empleado de utilizan tres técnicas principales para obtener información durante la valoración de enfermería. Estos métodos incluyen entrevista, observación y exploración física. Tales técnicas proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recogida de los datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y planificación de los cuidados.

En resumen, podemos señalar que el primer paso de la fase de valoración, la recogida de datos, consiste en la acumulación de información subjetiva, objetiva, actual y anterior, obtenida de fuentes primarias y secundarias. El profesional de enfermería debe establecer prioridades para la recogida de datos y utiliza métodos como la entrevista, la observación y la exploración física. Asimismo, los principios del razonamiento crítico favorecen la adquisición de una base de datos organizada, exacta y sistemática de cada paciente.

1.3.4 Diagnóstico

Se ha de considerar este segundo paso como la fase final de la valoración, ya que consiste en: "el establecimiento de conclusiones relativas a los datos que se han recogido y analizado"¹². Por tanto, el diagnóstico permitirá, mediante un término

¹² ídem, p. 133

concreto, entender la situación del paciente, en la que se identifican tanto los aspectos positivos derivados de la capacidad y de los recursos de aquél, como los negativos asociados a sus perturbaciones y limitaciones. Debemos entender el diagnóstico, como un juicio acerca del problema de un paciente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos. La índole del problema es tal que puede mitigarse mediante la intervención enfermera.

El diagnosticar es una función establecida e independiente propia del profesional de enfermería. Se requiere una gran capacidad y conocimientos previos para captar los problemas del paciente y emitir juicios inteligentes; por tanto, el diagnóstico enfermero preciso constituye una de las claves para la práctica eficaz de la intervención enfermera, por lo que todos los profesionales de enfermería deben estar capacitados para realizarlo.

En la actualidad, los diagnósticos aprobados por la NANDA en 1978 proponen nueve patrones de las respuestas humanas de la "persona unitaria" que forman el sistema para la organización de los diagnósticos. Estos nueve patrones reflejan la forma en que interaccionan los individuos con el entorno que les rodea. Los diagnósticos de enfermería clasificados bajo cada patrón describen la forma en que los individuos responden a determinados estados de salud o enfermedad. Estos patrones son de intercambio, de percepción, de valoración, de sentimientos, de relación, de comunicación, de movimiento, de conocimiento y de elección.

De otra parte, cuando los diagnósticos exigen mayor especificidad se utilizan subcategorías. Asimismo la lista de diagnósticos continúa ampliándose a medida que los profesionales de enfermería identifican y validan designaciones que describen el campo de la práctica de la enfermería.

1.3.5 Planificación

La planificación consiste en: "la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del paciente enfermo identificadas en el diagnóstico de enfermería"¹³. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Durante la fase de planificación se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería que describen la forma en que el profesional de enfermería debe actuar para ayudar al paciente a conseguir estos.

Así pues, debemos entender esta fase de planificación como un proceso de toma de decisiones para la elaboración del plan de cuidados, es decir, para la realización de una programación o plan de acción antes de su puesta en

¹³ idem, p. 135

práctica, y para ello es preciso seguir el programa, para la realización de dicho programa se debe llevar a cabo un diseño de acción práctica, es decir, el plan de cuidados. Para su elaboración debemos tener en cuenta en primer lugar la elección de un marco conceptual, es decir, un modelo teórico considerado por sus postulados el más adecuado para determinar las directrices de la intervención enfermera en dicho momento. En segundo lugar, consideramos el diagnóstico de enfermería, esto es, el juicio emitido sobre el estado del paciente, al que hemos llegado tras la recopilación de los datos necesarios. Por último, se hace necesario comenzar a decidir acerca de qué es lo que se pretende conseguir; como acción técnica, la actuación enfermera se propone llevar a cabo un cambio en el estado del paciente, y ello se logrará mediante el proceso de enfermería.

Así pues, hemos de considerar que la planificación como componente del proceso de enfermería consta de etapas:

- 1) Establecimiento de prioridades de los problemas diagnosticados, de acuerdo al modelo teórico y las características del propio paciente.
- 2) Elaboración de objetivos a corto, medio y largo plazo. Sabiendo que estos dependerán del tiempo que se haya programado para su consecución, por lo general los objetivos a medio y largo plazo se referirán a la prevención de complicaciones, a la rehabilitación y la educación sanitaria.
- 3) Desarrollo de intervenciones de enfermería. Quizá éste sea uno de los puntos más cruciales de todo el proceso, ya que con la aplicación de las acciones que se describan en ese momento se confirmará la validez y eficacia del mismo.¹⁴

Obviamente las acciones deben ir orientadas hacia la consecución de los objetivos. Estas deben ser claras y capaces de ser realizadas y adaptadas a la problemática específica del paciente. En algunos casos existen normas establecidas-protocolos-relativas al tipo de acciones a desarrollar y a las personas que deben de ejecutarlas. Pero es imprescindible que dichos protocolos de actuación se elaboren con la colaboración del profesional de enfermería, y en cualquier caso no deben aplicarse ciegamente, sino con el debido conocimiento de la norma y de la situación y circunstancias especiales de cada situación concreta.

Así pues, una vez que se haya seleccionado la solución que se considera más idónea deben determinarse las acciones sanitarias orientadas a la consecución de objetivos, para lo que se tendrá en cuenta:

Recursos disponibles: son todos aquellos recursos, bien sean humanos o materiales, desde los más simples a los más sofisticados, que utilizamos para llevar a cabo las actividades que tanto el profesional de enfermería como el

¹⁴ idem, p. 136

paciente realizan para alcanzar o construir las intervenciones del plan de cuidados.

Así, podemos conceptualizarlos como:

Motivadores: atraen la atención del paciente, ocupando posteriormente un papel poco significativo en los procesos de cuidado.

Portadores de contenido: potencial de información que tienen los recursos, bien para introducir nuevos contenidos o para reforzar otros.

Estructuradores del proceso de cuidar: condiciona toda la actividad del cuidado y se constituyen en el eje y centro del trabajo. La pertinencia de los mismos, sus limitaciones, sus costos, las dificultades que tienen, deben ser objeto de un estudio en profundidad porque condiciona todo lo que ocurra en la intervención enfermera.

Asimismo, se ha de tener en cuenta:

Qué actividades son posibles, por lo que puntualizamos algunas nociones generales a seguir para su concreción:

Permiten al paciente efectuar elecciones informadas para realizar la actividad y reflexionar sobre las consecuencias de sus opciones.

Asignan al paciente un papel activo en lugar de pasivo en situaciones de cuidado.

Exigen al paciente que indague sobre ideas o problemas cotidianos, bien personales bien sociales, que afecten en su cuidado.

Propician que el paciente actúe con la mayor cercanía a la realidad a la que se enfrentará.

Realizen las actividades con éxito tanto el paciente como la familia, en caso necesario, habilidades propias para su cuidado.

Exigen al paciente que examine dentro de un nuevo contexto una idea, una aplicación de un cuidado

1.3.6 Ejecución

La ejecución supone: "la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería para conseguir los objetivos concretos que se han propuesto. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del paciente. Por tanto, podemos señalar que se trata de la fase del proceso de enfermería orientada hacia la acción directa, en la cuál el personal de enfermería es responsable de la puesta en práctica del plan de cuidados que se elaboró previamente"¹⁵.

¹⁵ ídem, p. 137

Asimismo, durante esta fase el profesional de enfermería debe ser capaz de coordinar eficazmente las actividades de los distintos miembros del equipo de salud, prestar cuidados directos al paciente y delegar responsabilidades para estos cuidados al personal sanitario de acuerdo con la preparación y posibilidades de cada uno de sus miembros. En este sentido las actividades intelectual, interpersonal y técnica desarrolladas durante la fase de ejecución están basadas en el plan de cuidados elaborado para cada paciente, de acuerdo con la valoración previa de sus problemas.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas: preparación, intervención y documentación.

La primera etapa de la fase de ejecución exige una preparación para comenzar las intervenciones de enfermería. Esta preparación consiste en una serie de actividades, cada una de las cuáles exige el uso del razonamiento crítico:

- 1) Revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse que son compatibles con el plan de cuidados establecido.
- 2) Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.
- 3) Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas.
- 4) Proporcionar los recursos necesarios.
- 5) Preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarias.

Un segundo momento es el que supone en sí mismo la intervención enfermera, enfoque diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del paciente. Su abordaje puede incluir el inicio de acciones independientes e interdependientes. Las intervenciones diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del paciente son numerosas y variadas, dependiendo de los problemas individuales específicos.

Generalmente, la ejecución de la atención enfermera se ajusta a una de estas seis categorías:

- 1) Refuerzo de las cualidades.
- 2) Ayuda en las actividades de la vida diaria.
- 3) Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería.
- 4) Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.
- 5) Educación.
- 6) Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del paciente.¹⁶

Finalmente, en la etapa de documentación tiene lugar el registro completo y exacto de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de enfermería. Así pues, el registro de estas acciones y reacciones constituye una

¹⁶ ídem, p. 138

función importante del profesional de enfermería. La calidad del registro relativo al paciente, y la relevancia de aquello sobre lo que el profesional de enfermería decide dejar constancia, determinará el valor de la información directa acerca de la aproximación a los objetos propuestos y de las reacciones individuales del paciente, y proporcionará la orientación necesaria para continuar trabajando sobre el problema.

De otra parte, las anotaciones realizadas de forma automática o las conclusiones de tipo general proporcionan indicaciones escasas o nulas acerca de la individualidad del paciente, de sus problemas y reacciones a las acciones planificadas. En este sentido, el informe debería contener la información necesaria para proporcionar un perfil del paciente. Las reglas que establecen límites en el contenido y extensión de lo que debe registrarse, y que tienen sólo por objeto el pretender ganar tiempo, pueden motivar, paradójicamente, una pérdida de tiempo. El profesional de enfermería debe decidir qué anotar, con qué extensión, cuándo y dónde anotarlo, todo ello en función de lo que éste considere importante.

1.3.7 Evaluación

La evaluación, como última fase del proceso de enfermería, se considera siempre en relación con la respuesta del paciente a la acción planificada. Puesto que las actuaciones de enfermería específicas se planearon para resolver problemas del paciente, cualquier juicio relativo a la forma en que tales problemas se están resolviendo debe basarse en la situación presente de aquél. En esta fase, el diagnóstico y los objetivos propuestos para la resolución de problemas se utilizarán como marco para la evaluación, así pues, las consecuencias que producen en el paciente todas las acciones intelectuales, interpersonales y técnicas, así como los cambios que se derivan de ellas, constituyen el objeto de la evaluación.

Por tanto, se ha de considerar la evaluación como: "la actividad intelectual que completa las otras fases del proceso, pues indica el grado en que el diagnóstico y la intervención enfermera correspondiente ha sido correcta. En este sentido, y como objetivo de esta actividad, el profesional de enfermería determina si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o si necesita revisión"¹⁷. Si el paciente no ha conseguido los objetivos, se dedicará a la resolución del problema para determinar como revisar el plan de cuidados.

En ocasiones ocurre que el objetivo definido ya no puede ser aplicable debido a que los cambios en las circunstancias o el estado del paciente exigen un cambio en el plan de cuidados. En otros momentos, el paciente no consigue el objetivo porque el diagnóstico de enfermería no es exacto, aplicable o adecuado. Ante esta situación se debe revisar si dicho diagnóstico describe con precisión el

¹⁷ ídem, p. 138

estado del paciente, comparando las características definitorias asociadas al diagnóstico con los síntomas del paciente, que podremos comparar utilizando las habilidades de valoración para obtener más datos. Cuando el diagnóstico de enfermería no se resuelve y se han revisado los objetivos, el profesional de enfermería debería revisar las actuaciones especificadas en el plan de cuidados y determinar porque no fueron eficaces en el cuidado del paciente. El análisis meticuloso de los enfoques utilizados puede indicar estrategias alternativas que ayudarán al paciente a conseguir el objetivo.

Qué se debe evaluar y cómo: desde una concepción abierta se hace necesario descubrir nuevas dimensiones dentro de la evaluación, nuevos mecanismos de obtención de información y análisis de la misma. Ello supone:

- **Aporte conceptual** para dar cabida en la evaluación a resultados no previstos y acontecimientos imprevisibles; se trata de una visión de la evaluación más allá del logro de los objetivos.
- **Apertura de un enfoque** que permita la recogida de datos tanto sobre procesos como sobre productos; estamos ante un modelo de evaluación formativa y sumativa.
- **Apertura metodológica** incluyendo procedimientos informales; con ello se pretende realizar una compaginación de métodos experimentales, empíricos y cualitativos.
- **Apertura ético-política** la evaluación proporciona información a todos los participantes y recoge opiniones e interpretaciones de todas las personas implicadas en un plan de cuidados.

Principios de referencia en la evaluación:

- a) **Evaluación como comparación:** cuando evaluamos el cuidado del paciente estamos realizando tanto una medición como una valoración. Una y otra dimensión cumplen funciones diferentes en el proceso de evaluación. Así, mediante la medición constatamos el estado actual del objeto o situación que queremos evaluar. Con la valoración, realizamos una comparación entre los datos obtenidos en la medición que reflejan el como es o el como debería ser.
- b) **Evaluación como proceso o sistema:** este principio es de naturaleza procesual y sistemática. Podríamos afirmar que la evaluación es un proceso y está en un proceso. La evaluación no debería ser un aspecto separado del proceso de intervención enfermera, ya que juega un papel específico con respecto al conjunto de componentes que integran el cuidado como un todo.
- c) **Comprensividad de la evaluación:** la evaluación está comprometida con el hecho de aportar información sobre el proceso de enfermería. Sobre esta función habría que añadir la necesidad de ofrecer información rica en profundidad, extensión, en diversidad metodológica y técnica obtenida.¹⁸

¹⁸ ídem, p. 140

1.4 Depresión

"La depresión como síndrome (síndrome depresivo) se refiere a un cortejo de signos y síntomas que acompañan al efecto depresivo".¹⁹

"La depresión es un trastorno del estado de ánimo (afecto). El estado de ánimo es una emoción profunda y sostenida que puede dominar la percepción del mundo de un individuo. El afecto es el comportamiento observable que expresa esa emoción. El estado de ánimo depresivo se denomina también disforia y se define como la pérdida del interés o placer por las actividades y pasatiempos habituales".²⁰

Todo el mundo tiene cambios en su estado de ánimo como respuesta a los acontecimientos vitales, pero la característica esencial de los trastornos del estado de ánimo y sus síntomas asociados es que el estado de ánimo se prolonga de manera anómala, afectando el funcionamiento físico, psicológico y social del individuo.

La etiología de la depresión no obedece al agente causal único; la etiología se comprende mejor considerándola como un entramado de causas que incluye factores biológicos, psicológicos y psicosociales. Cada individuo vive una combinación única de estos elementos y algunos sufren un trastorno depresivo. Los factores causales también pueden ser primarios o secundarios; en el último caso son consecuencia de un trastorno primario, por ejemplo, hipotiroidismo, enfermedad de parkinson, de alzheimer, etc.

Aunque hay evidencias de predisposición genética o familiar a los trastornos del estado de ánimo, no se ha observado que ésta contribuya de modo significativo al comienzo de la depresión al final de la vida.

Factores biológicos: En el desarrollo de la depresión están implicados cambios fisiopatológicos, como cambios estructurales cerebrales como la disminución de neuronas en regiones específicas (sistema límbico), disregulación de los mensajeros químicos, decremento de los neurotransmisores, incremento de su catabolia por aumento de la monooxidasa cerebral, los mecanismos de retroalimentación hormonal y los cambios del ritmo circadiano. Se cree que las alteraciones en los neurotransmisores noradrenalina y serotonina contribuyen a los trastornos del estado de ánimo.

Factores endocrinos: Los niveles elevados de cortisona, los cambios en los niveles de los estrógenos y prolactina en las mujeres y las alteraciones en la función tiroidea, entre otros trastornos endocrinos, se asocian con cambios en el comportamiento y los síntomas depresivos.

¹⁹ Salgado Alba A., González Montalvo J. y Alarcón Alarcón M., Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano, Ed. Masson, 1995, p. 53

²⁰ Rodríguez García Rosalía y cols. Geriatría, p. 88

Factores relacionados con las enfermedades físicas y la medicación: La depresión también se relaciona con frecuencia con otros trastornos cognoscitivos y físicos. Los trastornos físicos se asocian con depresión son las infecciones agudas, la enfermedad de parkinson, el ictus, los trastornos reumáticos y varios tipos de cáncer. Medicamentos como antibióticos, analgésicos, antihipertensivos, barbitúricos y benzodiazepinas han sido implicados en la etiología de la depresión. El déficit nutricional y el consumo de alcohol se asocian con síntomas depresivos.

Factores psicológicos: Se han desarrollado numerosas teorías de personalidad y patrones de adaptación a lo largo del ciclo vital para explicar la etiología de la depresión. Entre ellas se incluyen la psicoanalítica, la cognoscitiva y la del aprendizaje. Las teorías psicoanalíticas de la relación entre la depresión y el envejecimiento consideran como causas posibles de la depresión la evitación de las tendencias básicas, la pérdida de la autoestima y la regresión a un estado de mayor dependencia. Las teorías cognoscitivas, basadas en los conceptos del yo, postulan que el desarrollo de la depresión en fases avanzadas de la vida está influido por el entorno del individuo al principio de su vida y por los acontecimientos estresantes que conducen a la formación de actitudes negativas del yo. Las teorías del aprendizaje se basan en las experiencias del individuo y la interacción del mismo con los factores biológicos y sociales. En particular, el modelo de "desvalimiento aprendido"²¹ plantea la hipótesis de que algunos adultos mayores, en situación de enfermedad crónica o institucionalización, van haciéndose progresivamente más apáticos y distantes debido a sus sentimientos de incapacidad para influir sobre la situación.

Factores psicosociales: Por último, existe una hipótesis importante relativa a la contribución del mayor estrés social y el menos apoyo social en la etiología de la depresión. Una teoría clasifica los factores estresantes en: 1) *factores predisponentes*, basados en las experiencias tempranas, que hacen al individuo menos capaz de soportar la adversidad, y 2) *factores precipitantes*, asociados con el comienzo del episodio depresivo. En los adultos mayores los factores precipitantes pueden incluir la jubilación, la retirada del permiso para conducir, la muerte del cónyuge, el comienzo de una enfermedad, la discapacidad, la institucionalización, el bajo nivel socioeconómico, presencia de enfermedad física y falta de interacción social.

Las manifestaciones de la depresión cubren una serie de síntomas y comportamientos físicos, emocionales y cognoscitivos, que varían en gravedad de leves a graves. Además, los síntomas depresivos en los adultos mayores suelen presentarse de manera diferente que en los jóvenes.

"Los criterios para diagnosticar un episodio depresivo mayor son los siguientes":

²¹ Carroll Mary y Jane Bue M., *Cuidados de enfermería individualizados en el anciano*, Ed. Doyma, 1989, p. 134

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo, indicado por aspecto y sensación de tristeza, desesperanza o desánimo.
2. Marcada disminución del interés y placer por todas o la mayoría de las actividades, apatía, retirada, despreocupación.
3. Pérdida o ganancia de peso significativas cuando no se hace dieta.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o retraso psicomotor, actividad excesiva, generalmente improductiva y repetitiva, y enlentecimiento de las reacciones físicas, los movimientos y el habla.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de falta de valor, baja autoestima o culpa inadecuados.
8. Capacidad disminuida para pensar o concentrarse o dificultad para tomar decisiones.
9. Pensamientos repetitivos de muerte, ideas de suicidio o intento de suicidio".²²

Entre los síntomas emocionales asociados con un estado de ánimo depresivo se encuentran las ganas de llorar, irritabilidad, miedo y ansiedad, sensación de fracaso y sentimientos de vacío, soledad e inutilidad, así como pérdida de satisfacción por la vida. Los síntomas emocionales determinan los comportamientos, como retirada social, llantos y quejas, hostilidad, explosiones de agresividad, suspicacia o falta de cooperación o síntomas subjetivos con expresiones verbales alusivas: "uno ya no vale nada", "lo que debería de hacer uno es morirse"... o las expresiones externas de estos: quejas, suspiros, llantos..., suelen ser más frecuentes que los signos objetivos.²³

El aspecto de una persona suele ser indicativo de depresión. Una postura encorvada y el aspecto desaliñado, así como la expresión de tristeza pueden ser característicos de la depresión. En la depresión grave puede haber retardo psicomotor, manifestado por el enlentecimiento en los movimientos y el discurso y una marcha arrastrando los pies. Por otro lado, también puede observarse agitación psicomotora, manifestada por intranquilidad, pasear, retorcerse las manos o pellizcarse la piel.

Las alteraciones en la función cognoscitiva, con síntomas que van desde la dificultad para concentrarse a la pérdida de memoria y confusión. La pérdida cognoscitiva que sufren los adultos mayores se denomina pseudodemencia.

También existe relación entre la depresión y los síntomas de los trastornos físicos. En algunos casos el paciente no puede reconocer sus sentimientos de depresión, sino manifestar su malestar emocional a través de síntomas físicos para los cuáles no hay una causa orgánica subyacente. Los síntomas que se

²² Ruipérez Cantera J., Baztón Cortés J., Jiménez Rojas C. y Sepúlveda Moya D., El paciente anciano, Ed. McGraw Hill Interamericana, 1998, p. 549

²³ García López María Victoria, Rodríguez Ponce Catalina y Toronjo Gómez Angela María, Enfermería del anciano, Ed. Difusión avances de enfermería, Enero 2001, p. 229.

observan son muy variados, como dolores de cabeza, dolor musculoesquelético y trastornos digestivos. Este fenómeno, denominada somatización, se produce en gente deprimida de todas las edades, pero se considera especialmente frecuente en los adultos mayores.

La depresión no siempre es reconocida por la persona afectada, los miembros de su familia o los responsables de su salud. Muchos individuos están deprimidos, pero al no admitir sus sentimientos ante sí mismos ni ante los demás, no son capaces de comprender los cambios que afectan sus vidas. Los cambios de personalidad o comportamiento suelen afectar la calidad de sus relaciones con los demás. La persona deprimida puede evitar o ser rechazada por quienes podrían reconocer su problema y empezar a ayudarlo con él.

Los adultos mayores pueden no admitir los sentimientos de depresión ante sí mismos o ante los demás, de manera que sólo una observación cuidadosa del aspecto y de los comportamientos evidencie la depresión. Un problema es la dificultad para diferenciar los síntomas de los verdaderos trastornos físicos de los síntomas de depresión manifestados como molestias somáticas. La asociación entre los síntomas depresivos y la alteración cognoscitiva obliga a determinar si el trastorno subyacente primario es la depresión, una demencia o un delirio. Los familiares y cuidadores no suelen aceptar los síntomas depresivos en el adulto mayor como anómalos e indicativos de un proceso tratable.

Para detectar la depresión en un adulto mayor, el personal de enfermería debería observarlo para detectar cualquier cambio súbito o progresivo en su aspecto, habla, movimiento o comportamiento. El desaliño, la mala higiene, la pérdida de peso, el duelo prolongado y la falta de deseo de mantener relaciones sociales con su familia o amigos pueden ser indicativos de depresión. Cuando se sospeche una depresión, el enfermero (a) debe valorar el estado de ánimo de la persona mediante uno de los cuestionarios para la detección selectiva de la depresión diseñados a estos efectos como la escala de autovaloración de Zung, la escala de Raskin para determinar la gravedad de la depresión, escala de depresión de Hamilton y el inventario de depresión de Beck.²⁴

En segundo lugar, el personal de enfermería debe observar los cambios en la función cognoscitiva o las quejas de pérdida de memoria o dificultad para concentrarse, todos los cuáles deben estudiarse. Es importante diferenciar una demencia subyacente de la depresión que cursa como demencia, ya que el tratamiento de la segunda conseguirá mejorar la función cognoscitiva. La valoración selectiva de la función cognoscitiva puede ser útil para distinguir la demencia de la pseudodemencia. Sin embargo, a veces una depresión sólo se

²⁴ Manual de Enfermería práctica de lippincott, Editorial McGraw Hill Interamericana, 1999, pp. 281

puede distinguir de una demencia retrospectivamente, observando la respuesta al tratamiento de la depresión.

En tercer lugar, el personal de enfermería debe saber que los trastornos físicos, como infección, enfermedad tiroidea y cáncer o los medicamentos, puede incluir síntomas depresivos. De ahí la necesidad de estudiar el estado físico, los regímenes de fármacos, es estado nutricional y el uso de sustancias, por ejemplo el alcohol.

En cuarto lugar, el personal de enfermería debe distinguir las quejas somáticas de origen emocional de las derivadas de una patología subyacente tratable. Las quejas del paciente sea cuál sea su etiología, se respetan siempre y se tratan para velar por su bienestar. Se afirma que los individuos que manifiestan su depresión a través de molestias somáticas, como dolores y problemas de sueño, tienen poca capacidad de introspección y les será difícil aceptar el diagnóstico de depresión.

CONTROL DE APOYO

Intervenciones terapéuticas²⁵

1. Es necesario hospitalizar al individuo con los siguientes trastornos:
 - a. Sufre tendencias suicidas
 - b. Está severamente incapacitado
 - c. Se encuentra en crisis
 - d. Requiere una valoración diagnóstica completa
 - e. Requiere tratamientos de riesgo elevado
 - f. Requiere terapia electroconvulsiva
2. Las metas del tratamiento para la depresión son reducir los síntomas, mejorar el funcionamiento y prevenir recurrencias.
3. Los estilos de psicoterapia incluyen:
 - a. Psicoterapia interpersonal
 - b. Terapia cognoscitiva
 - c. Terapia conductual
 - d. Terapia marital
 - e. Terapia familiar
4. Terapias somáticas adicionales.
 - a. Terapia electroconvulsiva
 - b. Terapia con luz artificial de alta intensidad
 - c. Terapia de privación del sueño
5. Programa de ejercicios.

Intervenciones farmacológicas

1. La terapia antidepresiva incluye:
 - a. Antidepresivos tricíclicos, como amitriptilina
 - b. Inhibidores de la recaptura de serotonina, como fluoxetina

²⁵ Salgado Alberto y Guillén Francisco, Manual de Geriatria, Ed. Salvat, 1994, p. 82

- c. Inhibidores de la monoaminoxidasa, como isocarboxazida
- d. Agentes bicíclicos como venlafaxina
- e. Otros antidepresivos como bupropión y trazodona²⁶

Intervenciones de enfermería

Vigilancia

1. Observar la respuesta del paciente a la terapia con antidepresivos; algunos medicamentos disminuyen el umbral de las crisis convulsivas.
2. Si está indicado, aplicar el nivel adecuado de observación de acuerdo con una evaluación enfocada al suicidio (como observación constante cada 15 min); explicar esto al paciente.

Cuidado de apoyo

1. Iniciar interacción con el enfermo de acuerdo con un horario regular.
2. Ser claro y honesto con respecto a sus propios sentimientos en relación con el comportamiento del paciente.
3. Favorecer la expresión verbal de los sentimientos.
4. Validar los sentimientos que resulten apropiados para la situación.
5. Explorar con el paciente que es lo que produce y mantiene el sentimiento de depresión.
6. Evaluar las pérdidas verdaderas e importantes que el paciente ha experimentado.
7. Identificar los factores sociales y personales que pueden contribuir a la manera como el paciente enfrenta sus pérdidas y sentimientos.
8. Valorar la red de apoyo.
9. Evaluar el riesgo actual de suicidio.
10. Retirar los objetos peligrosos de las pertenencias del paciente y valorar la seguridad del ambiente dentro de la habitación o el domicilio.
11. Ofrecer estructura a la vida del paciente manteniéndolo ocupado en actividades terapéuticas y de rehabilitación psicológica.
12. Colaborar con los terapeutas ocupacionales y físicos, con el fin de determinar la capacidad funcional del paciente para realizar actividades de la vida diaria.
13. Si no es posible lo anterior ofrecer actividades de higiene con su colaboración.
14. Reconocer y apoyar los esfuerzos del paciente por conservar su apariencia personal.
15. Reforzar lo que el paciente puede hacer solo.
16. Determinar los patrones de sueño anterior y actual así como la higiene relacionada con éste.
17. Considerar la disminución del tiempo que duerma durante el día, alentando la participación del paciente en alguna actividad.
18. Ofrecer métodos alternativos para facilitar el sueño.
 - a. No tomar cafeína
 - b. Evitar emociones antes de la hora de dormir
 - c. No hacer ejercicio 30 min antes de la hora de dormir
 - d. Aumentar la actividad física dentro de los límites funcionales

²⁶ idem, p. 83

- e. Utilizar técnicas de relajación
- f. Ofrecer un baño tibio o un vaso de leche tibia antes de dormir²⁷

Educación de la familia y conservación de la salud

1. Instruir al paciente y a los miembros de la familia respecto a los síntomas biológicos de la depresión.
2. Informar al paciente y a su familia sobre el propósito de los medicamentos antidepresivos, efectos, consecuencias adversas y a su manejo, así como la manera de reconocer los signos y síntomas tempranos de una recaída.
 - a. No consumir bebidas alcohólicas junto con antidepresivos tricíclicos
 - b. Evitar alimentos que contengan cafeína, triptofano o tiramina si esta tomando inhibidores de la MAO.
3. Proporcionar al paciente y a su familia información escrita respecto al manejo de la depresión, así como programas en la comunidad y grupos de apoyo adecuado.

1.5 Casas populares de salud

Las casas populares de salud (CAPOS) forman parte de la estrategia de extensión de cobertura (EEC) que tiene antecedente en los trabajos que la SSA ha desarrollado en el área rural desde 1943, y en la recomendación de la Conferencia Internacional de Atención Primaria a la Salud de Alma Ata, URSS, en 1978. El objetivo primordial es proporcionar servicios de planificación familiar y atención primaria a la salud en comunidades menores de 2,500 habitantes.

"La EEC es un conjunto de servicios básicos de atención primaria que, de acuerdo con el modelo de atención a la salud, son prestados a través de una auxiliar de salud voluntaria en comunidades rurales dispersas que no cuentan con unidades médicas".²⁸

Para brindar atención de salud de buena calidad en el medio rural se requiere de una eficaz coordinación de la auxiliar de salud con el personal de las unidades aplicativas, para la referencia y contrarreferencia de pacientes. Así mismo se necesita la supervisión continua a las auxiliares de salud comunitarias por las enfermeras supervisoras, quienes tienen a su cargo el adiestramiento y capacitación en servicio así como el aprovisionamiento de materiales.

OBJETIVOS

²⁷ García Hernández Misericordia y Torres Egea Ma. Pilar y ballesteros Pérez esperanza, Enfermería Geriátrica, Ed. Masson, 2000, p. 134

²⁸ Kumate Rodríguez Jesús, Estrategia de extensión de cobertura, México D.F. Julio 1991 pp. 5-19

- Lograr la participación de la comunidad en la satisfacción de sus necesidades de salud.
- Contribuir a formar una cultura de salud en la población rural a través de acciones educativas y preventivas.

SERVICIOS

La prestación de servicios comprende la atención de la población, promoción, detección oportuna de cualquier tipo de riesgo para la salud, así como la referencia y contrarreferencia oportuna al nivel de atención que corresponda.

PROMOCIÓN

El cumplimiento de los objetivos de la EEC depende en buena medida de la participación comprometida y entusiasta de la comunidad y de la auxiliar de salud. Por ello, la promoción, entendida como el proceso a través del cual se sensibiliza, informa, motiva y educa a la población con el fin de propiciar cambios de actitudes y comportamientos que favorezcan su salud, representa uno de los aspectos más relevantes de la EEC.

Para promover la participación comunitaria en pro de la salud, la supervisora y la auxiliar de salud llevan a cabo, de manera sistemática, entrevistas, visitas domiciliarias, y pláticas a grupos, utilizando apoyos didácticos adecuados a las características culturales de la comunidad.

RETOS Y PERSPECTIVAS

Incrementar la cobertura de los servicios que se proporcionan por la EEC, para lograr el acceso universal a la atención básica de salud por parte de todos los mexicanos que habitan en comunidades rurales dispersas. Para ello es indispensable incrementar la capacidad de prestación de servicios, incorporando más personal comunitario al Sistema de Servicios de Salud.

Desarrollar esquemas regionales para la referencia y contrarreferencia de usuarios entre niveles de atención y entre instituciones de salud.

1. 6 Promoción de la salud

La promoción de la salud es un enfoque que complementa y refuerza el sistema de atención de salud existente.

"En la actualidad se considera la salud como una parte de la vida diaria, una dimensión esencial de la calidad de nuestras vidas.

En este contexto, la "calidad de vida" supone la oportunidad de elegir y de obtener satisfacciones por el hecho de vivir.

La salud se considera como un recurso que proporciona a las personas la posibilidad de manejar e incluso modificar su entorno.

Esta visión de la salud reconoce la libertad de elección y subraya el papel del individuo y de la comunidad en la definición de su propia salud²⁹.

Con esta perspectiva la salud deja de ser mensurable tan solo con los términos estrictos de enfermedad y muerte y pasa a ser un estado que tanto individuos como comunidades intentan lograr, mantener o recuperar y no algo que sucede únicamente como consecuencia del tratamiento o de la curación de enfermedades y lesiones.

Es una fuerza básica y dinámica de nuestro vivir cotidiano, en la que influyen nuestras circunstancias, nuestras creencias, nuestra cultura y nuestro marco social, económico y físico.

Hacer promoción de la salud, significa en definitiva, ayudar a las personas y colectividades a aprender a aceptar la responsabilidad de su propio bienestar.

1.6.1 Actividades de promoción de la salud

Cualquier actitud, recomendación o intervención que haya demostrado su capacidad para mejorar la calidad de vida de las personas o de disminuir su morbimortalidad es en sí misma una medida de promoción de la salud.

La mayor efectividad preventiva se obtiene a partir de medidas de promoción de la salud y no puede olvidarse que la prevención primaria es la única eficaz en múltiples ocasiones.

Las acciones de la promoción de la salud según la carta de Ottawa son las siguientes:

Tres acciones específicas:

- 1) Abogar por la salud
- 2) Capacitar a las personas para alcanzar su potencial de salud.
- 3) Mediar entre intereses divergentes a favor de la salud.

Cinco ámbitos de aplicación:

1. Elaboración de políticas públicas saludables.
2. Creación de entornos saludables.
3. Refuerzo de la acción comunitaria.
4. Desarrollo de aptitudes individuales.
5. Reorientación de los servicios sanitarios.³⁰

²⁹ Sánchez Moreno Antonio, Enfermería Comunitaria, Ed. McGraw Hill Interamericana, México 2000, p.

1.6.2 Promoción de la salud como respuesta

Nuestra responsabilidad última radica en garantizar la conservación y mejora de la salud, el objetivo que solo podemos lograr cuando cada uno de nosotros tenga la garantía de un acceso igual a la salud. Sin embargo, resulta evidente que las políticas y prácticas actuales no bastan para garantizar que los hombres y mujeres de todas las edades y procedencias dispongan de una oportunidad similar de alcanzar la salud.

En nuestra búsqueda se han hecho los autores dos preguntas:

¿Qué mecanismos son necesarios para responder eficazmente a los nuevos desafíos que están surgiendo?

¿Qué estrategias o procesos será necesario para poner en práctica para enfrentarse a estos desafíos?"³¹

La mejor respuesta a ambas preguntas es una aplicación más amplia de la promoción de la salud.

La promoción de la salud se ha convertido en un ejercicio polifacético que comprende educación, formación, investigación, legislación, coordinación de políticas y desarrollo comunitario.

La promoción de la salud es el camino para enfrentarnos a los desafíos que van surgiendo, un enfoque que consiste en apoyar una salud de mayor calidad, un enfoque que ofrece el medio para lograr la salud de todos.

1.6.3 El marco de la promoción de la salud

El marco de la promoción de la salud es el medio con el que une las ideas y las acciones que consideramos fundamentales para lograr la salud para todos, objetivo que constituye nuestra aspiración, se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos:

- 1) Autocuidado, decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud. Cuando hablamos de autocuidado, nos referimos a las decisiones tomadas y a las prácticas adoptadas por un individuo con la intención específica de conservar la salud.
- 2) Ayuda mutua, o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras.

³⁰ Martín Zurro A. y Cano Pérez J., *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*, Ed. Mosby 3era edición, 1995, p.291

³¹ Klainberg* Holzemer* Leonard* Arnold, *Enfermería Comunitaria: una alianza para la salud*, Ed. McGraw Hill Interamericana, Colombia 2001, p. 234

La ayuda mutua, se refiere a los esfuerzos que hacen las personas para corregir sus problemas de salud colaborando unas con otras, se prestan mutuo apoyo emocional y comparten ideas, información y experiencias.

3) Entornos sanos o creación de las condiciones y entornos que favorecen la salud.³²

El tercer mecanismo de la promoción de la salud es la creación de entornos sanos. Ello implica adaptar o alterar los entornos sociales, económicos o físicos de forma que nos ayuden a conservar y también aumentar nuestra salud.

Implica asegurarse de que existen políticas que proporcionen a las personas un medio ambiente saludable en el hogar, en la escuela, en el trabajo o donde quiera que estén y que las comunidades y regiones trabajen juntas para crear entornos que conduzcan a la salud.

Las estrategias o procesos más importantes sobre los que podemos actuar con firmeza como respuesta a los desafíos que se enfrenta a la salud son tres:

a) Favorecer la participación de la población.

En la búsqueda nacional de la salud, las personas constituyen el recurso más importante, tanto individual como colectivamente. Sabemos que buscan la oportunidad de responsabilizarse de ella. Debemos equipar y hacer capaces a las personas de actuar de forma tal que conserven o mejoren su salud. Creando un clima que favorezca la participación de la población, podremos canalizar la energía, la habilidad y creatividad de la comunidad hacia el refuerzo racional por conseguir la salud.

b) Fortalecer los servicios comunitarios de salud.

Una orientación dirigida a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad supone que los servicios de salud comunitarios deberán centrarse sobre todo en la corrección de los problemas de salud que hemos identificado.³³

Implica que harán más esfuerzo o proporcionarán servicios a los grupos más favorecidos. Además implica que las comunidades participarán más activamente en la planificación de todos los servicios y que se reforzarán los lazos entre las comunidades y sus servicios e instituciones.

Consideramos de la mayor importancia que los servicios de salud comunitarios colaboren de una forma más activa en ayudar a las personas a superar sus discapacidades para que la gente funcione eficazmente deberá haber una continuidad de la atención que sea lo bastante flexible como para cubrir sus necesidades y apoyo (tanto transitorias como a largo plazo). Pero sin hacer cambios innecesarios, y quizá hasta desestabilizadores, en sus vidas.

Para ello, será imprescindible que los servicios existentes estén coordinados. Los servicios de salud comunitarios constituyen el núcleo natural para la coordinación de

³² *idem*, P. 235

³³ Sonis Abraham y cols, *Atención a la salud*, Ed. "el Ateneo", 3era Edición, 1995, p. 356

servicios tales como el asesoramiento, la atención domiciliaria, la atención de rescate, la evaluación y el valioso trabajo de los voluntarios.

Las personas que intentan superar sus problemas de salud mental también se verán beneficiadas del fortalecimiento de los servicios comunitarios

Para todos los que pretenden responsabilizarse de su propia salud, ya sea en grupos o como individuos, los servicios de salud comunitarios están en la posición idónea para adoptar un papel mucho más prominente en el esfuerzo de la promoción de la salud.

c) Coordinar políticas saludables.

Las medidas políticas tienen una capacidad potencial considerable para influir en las elecciones cotidianas de la población. Todas las políticas, y por tanto todos los sectores, influyen en la salud. Lo que deseamos es una política saludable.

Las políticas saludables ayudan a crear el escenario en que la promoción de la salud puede desarrollarse, ya que facilitan la elección de posiciones saludables.

Sabemos que el autocuidado, la ayuda mutua y el cambio saludable del medio ambiente son partes integrales de la promoción de la salud y que la probabilidad de que se produzcan es mayor cuando existen medidas políticas que los favorecen.

El aspecto fundamental, sin embargo, para que las políticas sean saludables, es que respondan a las necesidades de salud de los ciudadanos y de sus comunidades, tanto si se desarrollan en las oficinas gubernamentales, salas de reunión o los centros para la tercera edad.³⁴

Las estrategias de refuerzo mutuo, junto con los mecanismos para aplicarlas, comprenden los elementos básicos del marco para la promoción de la salud. Conviene afirmar ahora que cualquier estrategia o mecanismo por sí solo tiene escaso impacto. Solo reuniendo las distintas piezas asignando los recursos y estableciendo las prioridades podremos asegurarnos que la promoción de la salud tiene un significado y cobra vida.

Creemos que el enfoque que proponemos nos permitirá resolver ética y eficazmente los problemas actuales y futuros de la salud.

1.7 Educación para la salud

Se puede definir la educación para la salud como:

“La suma de experiencias que influyen favorablemente en los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud individual y comunitaria”.

Esta definición alude al contenido de la educación, pero no hace mención de la forma de realizarla. Grout dice:

³⁴ Álvarez Alva Rafael, *Salud Pública y Medicina Preventiva*, Ed. manual Moderno, 1991, p. 29

“La educación para la salud es un procedimiento que incluye la transmisión de todo lo que se conoce sobre la salud dentro de los patrones deseables de la conducta individual y colectiva, mediante el proceso educativo”.

La definición de Modolo es:

“El objetivo de la educación para la salud se expresa en términos de un valor de la comunidad que le ofrece la capacidad de enfrentarse, individual y colectivamente, a comportamientos, estilos de vida y medio ambiente en un sentido participativo y amplios”.³⁵

Puede decirse que la educación es el denominador común de todas las actividades de salud pública y de medicina preventiva.

Proceso educativo: Incluye tres pasos importantes:

- 1) Información: Se proporciona información sobre determinado tema.
- 2) Motivación: Esta se lleva a cabo cuando se consigue interesar a las personas sobre las ventajas que un determinado procedimiento tiene.
- 3) Educación propiamente dicha: Implica el cambio de conducta del individuo hacia su propia salud.

La educación deberá estar de acuerdo con la edad, con las condiciones culturales y sociales, con el tipo de padecimiento que se trata de prevenir o curar y con la actividad de la persona que la recibe. Se hará en la consulta externa, en el hogar aprovechando todas las ocasiones que se presenten, pero siempre con oportunidad.

1.7.1 Tipos de educación para la salud

Educación individual: La educación individual para la salud se lleva a cabo a través de la entrevista personal. Las condiciones para su realización son:

- Tratar a la persona entrevistada por su nombre.
- Emplear un lenguaje claro.
- Adoptar una actitud sencilla, interesada, de tolerancia y paciencia para el entrevistado.
- No mostrar superioridad o mostrar que se tiene prisa durante la entrevista.
- Dar instrucciones sobre las intervenciones.
- Hablar con claridad y honestidad informando a los familiares o al mismo enfermo de la situación de salud existente.

³⁵ Sánchez Moreno Antonio, Ramos García Elvira y Maset Campos Pedro, Material de apoyo: Atención a la Salud en México, UNAM-ENEO México 2004, p.155.

Educación colectiva: En la educación para la salud dirigida a colectividades se consideran cinco pasos:

1. Análisis del problema: Trata de conocer lo más completamente posible la situación especial de salud comunitaria, busca interiorizarse en las necesidades e intereses de la población, y de los recursos humanos y materiales de que se dispone para resolverlos.
2. Sensibilización: Se pretende despertar cierto interés en el público, para aprovechar las ventajas del servicio que se le propone.
3. La publicidad o propaganda: Es indispensable en la educación colectiva. Se utilizan para ello, la radio, la televisión, la prensa, así como carteles y folletos, complementando esta acción con pláticas informativas y sensibilizadoras.
4. La motivación y la educación.³⁶

La educación colectiva requiere siempre del uso de los llamados auxiliares de la educación, que serán seleccionados de acuerdo a los recursos disponibles, al tipo de auditorio y al de la plática o conferencia de que se trate. Los principales auxiliares de la educación son: el rotafolio, el pizarrón, las transparencias y las cintas fijas, los folletos, los carteles y los periódicos murales.

La educación para la salud otorga el empoderamiento a las comunidades y a la creación de entornos sociales y físicos más saludables hacen de ella un instrumento de gran utilidad en los programas de promoción de la salud dirigidos a potenciar las comunidades.

1.7.2 Modelos de educación para la salud

Es clásica la preocupación por la comprensión de las conductas de las personas. Como consecuencia lógica se han elaborado teorías sobre por qué los ciudadanos se comportan de determinada manera en relación con su salud. Algunas de estas teorías, procedentes sobre todo de la psicología, se encuentran muy arraigadas. Otras proceden del campo propio de la educación para la salud. Todas quedan encuadradas en lo que hemos denominado "educación para la salud de segunda generación"³⁷.

1.7.2.1 Teorías clásicas del aprendizaje: conductismo y cognitivismo

Hay aprendizaje cuando una persona responde ante una situación de otra manera, manteniéndose la nueva respuesta es situaciones semejantes. Los

³⁶ Frías Osuna Antonio, Salud Pública y Educación para la salud, Ed. Masson, 2002, p. 220

³⁷ Mercado Ramírez Antonio, Educación para la salud, Ed. Limusa, 1ª edición, 1990, pp.919.

teóricos, sin embargo dan diferentes explicaciones al papel del pensamiento. Veamos las teorías más importantes:

1.7.2.1.1 Conductismo

Da especial importancia a los estímulos ambientales y a las respuestas observables. Su trabajo se ha concentrado en los cuatro procesos de aprendizaje siguientes:

1.7.2.1.1.1 Aprendizaje por contigüidad

Si dos sucesos ocurren a la vez, más tarde, al producirse uno solo, el otro también será recordado.

1.7.2.1.1.2 Condicionamiento clásico (Pavlov)

Un estímulo neutro unido repetidamente a otro capaz de provocar una respuesta emocional o fisiológica (no condicionado) termina por provocar para el primero una respuesta similar.

1.7.2.1.1.3 Condicionamiento operante (Skinner)

Las consecuencias que siguen a una acción pueden ser positivas o negativas para el individuo., forzándole para seguir comportándose de la misma forma o, por el contrario abandonar esa conducta por suponerle una especie de castigo. Los indicios previos, además suelen señalarnos cuáles serán las conductas que van a tener consecuencias positivas o negativas.

1.7.2.1.1.4 Condicionamiento vicario (Banduró)

Se conoce también como aprendizaje social, por observación o modelado se aprende de los otros por observación es otra persona la que realiza la acción y experimenta las consecuencias.

1.7.2.1.2 Cognitivism

Los teóricos de esta tendencia creen que el aprendizaje tienen lugar cuando las personas interactúan con el mundo reorganizando lo que ya saben. Los psicólogos de la forma gestalt se centraron en la percepción, es decir en la manera como los individuos interpretan la información que reciben.³⁸

Ausubel distingue entre el aprendizaje receptivo y el aprendizaje por descubrimiento y establece el concepto de aprendizaje significativo. Según él, el aprendizaje se inserta en esquemas de conocimiento ya existentes; cuanto más

³⁸ *idem*, pp. 159-161

organizado estén estos mejor será la acomodación del nuevo. Recomienda ir de lo general a lo particular, en un sentido deductivo. En una línea cognitivista también son importantes las aportaciones de Brunner sobre el aprendizaje por descubrimiento, en síntesis en el cognitivismo hay protagonismo del sujeto, integración del conocimiento y organización.³⁹

1.7.2.2 Teorías clásicas sobre la actitud

Su importancia radica en que se piensa que influye sobre los comportamientos la actitud es una predisposición favorable o desfavorable hacia un acto en nuestro caso relacionado con la salud en la actitud pueden distinguirse componentes cognitivos, afectivos e intencionales de conducta, se aprenden a lo largo de la vida y pueden medirse por medio de escalas. Las actitudes pueden cambiarse, lo que les ha dado interés en educación para la salud, entre las teorías relativas al cambio destacan dos:

1.7.2.2.1 Modelo de Fishbein y Ajzen

Se conoce como la teoría de la acción razonada la actitud se encuentra relacionada con las creencias sobre los resultados de la acción y con lo que el sujeto cree que los demás piensan de ese acto (norma subjetiva), estos dos elementos sobre la base de la personalidad del sujeto, provocan una intención de conducta que, puede traducirse o en la propia conducta, dependiendo de las condiciones de cada momento.

1.7.2.2.2 El grupo de Yalé y la comunicación persuasiva

Han trabajado conceptos que se derivan de la teoría general de la comunicación, respecto al receptor de un mensaje, canal que se emplea, códigos utilizados y los ruidos que pueden producirse, un emisor (persona o animal) produce un mensaje (icónico, visual, gráfico, sonoro, olfatorio, etc.) con un determinado código (idioma, nivel cultural, claves étnicas, etc.) que más tarde, a través de un canal (prensa, televisión, conversación, etc.) y tras ser descodificado (puesta en común de los códigos entre emisor y receptor, sin la cuál es imposible la comunicación), llega al receptor (otra persona o animal), el receptor suele informar de alguna manera al emisor de cómo esta siendo captado de este mensaje (feedback o retroalimentación, más evidente en la comunicación bidireccional o directa), el mensaje no suele llegar inalterado al receptor desde que se produjo por el emisor si no que en el camino ha podido sufrir algunas alteraciones o ruidos. Es importante saber que se habla de comunicación persuasiva cuando a la teoría general de la comunicación le

³⁹ idem, pp. 162-163

añadimos la intencionalidad de sugerir una respuesta en el cambio del receptor⁴⁰.

1.7.2.3 Teorías clásicas sobre la motivación

La motivación es algo que activa y orienta la conducta, es un punto más concreto que el de actitud, de modo que una persona puede tener una actitud favorable a participar en actividades de salud laboral pero en ese momento no está motivada para asistir. Existen diferentes teorías, entre las que destacan, por su relevancia en educación para la salud, la del locus de control, se fundamenta en la capacidad de cada persona tiene para comprender las causas de acierto o fracaso ante situaciones de la vida y como a ello orienta sus tendencias a acciones futuras. También tiene relevancia en educación para la salud la teoría de Maslow describe cinco necesidades humanas básicas que normalmente se representan mediante una pirámide en cuya base están las necesidades fisiológicas más elementales ligadas a la mantenimiento físico de la vida y comunes de todos los seres humanos; en la cúspide figuran las necesidades intelectuales, de autorrealización, entre ambas están las necesidades de seguridad, de amor y de estima.

1.7.2.4 Modelos de conducta de salud propios del campo de la educación para la salud

Además de las teorías generales anteriores, han surgido otros modelos en el propio campo de la educación para la salud dentro de estos destacamos:

1.7.2.4.1 Modelo de creencias de salud

Las creencias de las personas influyen en sus conductas de salud y particularmente en su propensión a la enfermedad, la gravedad probable de la misma y los beneficios y las dificultades que le suponen, también influyen de manera indirecta las variables sociodemográficas.

1.7.2.4.2 Modelo "PRECEDE" de Green

Supone una guía para la programación de intervenciones realizando, en primer lugar un diagnóstico epidemiológico y social, identificando prioridades, contemplando los problemas que dependen del comportamiento con un diagnóstico educativo que permita actuar sobre los factores predisponentes y reforzados.

1.7.2.5 Modelos críticos y participativos

⁴⁰ ídem, pp. 164-166

Estos modelos tienen su punto de partida en el conocimiento de un cierto fracaso de los que están concentrados en el cambio de conductas individuales, realizando una propuesta para el cambio social, autores como Tomes dicen que es en la estructura socioeconómica donde se encuentra el tejido causal de los patrones de morbilidad y que por ello interpone programas educativos para las conductas individuales no tiene mucho sentido, se ocupan sobre todo de la interacción dialéctica entre las personas y su realidad incluyendo la toma de la conciencia social, buscando la participación del individuo y del grupo.⁴¹

1.8 Atención primaria a la salud

La conferencia de la OMS-UNICEF de Alma-Ata definió la APS como:

"La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptados, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación"⁴².

La atención primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Esta definición de APS contiene de forma genérica todos los elementos que la caracterizan y sitúan como la pieza fundamental del sistema sanitario para alcanzar un nivel adecuado de salud de la población, en el seno de la estrategia general de la OMS definida en el lema "Salud para todos en el año 2000" y contenida en sus 38 objetivos.

Las actividades que se llevan a cabo en la atención primaria a la salud son:

- 1) Educación sanitaria
- 2) Provisión de alimentos
- 3) Nutrición adecuada
- 4) Salubridad del agua
- 5) Saneamiento básico
- 6) Cuidados materno infantiles
- 7) Inmunización

⁴¹ Kroeger Axel, *Atención Primaria a la Salud: principios y métodos*, Ed. Pax México 2ª edición, 1992, p. 5

⁴² M. Leahy Kathleen, et. al. *Enfermería y Salud Pública*, Ed. McGraw Hill Interamericana, México 1968, p.165

- 8) Prevención y control de enfermedades endémicas
- 9) Tratamiento básico
- 10) Abastecimiento de fármacos⁴³

1.8.1 Centro de salud de atención primaria

“Es la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de las actividades de la APS, de forma coordinada, integral, continuada, permanente y basada en el trabajo en equipo de profesionales que actúan en él. El centro de salud, como institución asume la responsabilidad de la atención de una comunidad definida social, demográfica y geográficamente, y en sus actividades han de estar contemplados tanto en los aspectos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud como los estrictamente asistenciales curativos”.⁴⁴

Las funciones del centro de salud han de permitir la plasmación programada en la práctica diaria de las grandes líneas de actividad descritas y de las otras necesarias para el análisis inicial y la vigilancia posterior de la situación de salud de la comunidad atendida.

Las actividades del centro de salud en los terrenos de la promoción y prevención tienen características distintas en razón de cuál sea la naturaleza del problema, su extensión o amplitud y el ámbito geográfico que se considere. Sobre todo el centro de salud ha de asumir las funciones de promoción y prevención que hacen referencia a actuaciones sanitarias programadas sobre individuos o grupos de población específicos o de riesgo, integrándolas con las de carácter puramente asistencial.

Las funciones y actividades asistenciales curativas y de rehabilitación y reinserción social forman el núcleo básico sobre el que se asientan las restantes del centro de salud y han de estar fundamentadas en actuaciones programadas y protocolizadas que impliquen la colaboración constante de los distintos individuos que componen los equipos de APS y sus servicios de apoyo. Han de desarrollarse tanto en las consultas como en los domicilios de los enfermos y abarcar también la asistencia urgente y continuada.

Las de educación para la salud han de estar dirigidas de forma principal a potenciar la autorresponsabilización de las personas y de la comunidad en el cuidado de la propia salud y no a la mera transmisión de conocimientos e información sobre las características de las enfermedades. Aunque todas las actuaciones desarrolladas en el centro de salud han de tener una vertiente educativa.

⁴³ Blanco Restrepo Jorge Humberto y Maya Mejía José María, Salud Pública, Ed. Corporación para investigaciones biológicas, 2001, p. 6

⁴⁴ *idem*, p. 7

El centro de salud es el ámbito institucional desde el que debe promoverse la participación comunitaria en las tareas del sistema sanitario, han de adaptarse a las posibilidades y características concretas de la comunidad y sus instituciones.

Las actividades de docencia e investigación propias de la atención primaria han de desarrollarse en el centro de salud y responder a programas preestablecidos que contemplen aspectos de formación continuada así como de investigación clínica y epidemiológica.

El centro de salud como institución ha de asumir la gestión de los recursos sanitarios correspondientes al ámbito de actuación en el que opere, así como la coordinación funcional con los otros niveles del sistema.

1.8.2 Contenidos de la atención primaria

La atención primaria a la salud ha de estar dirigida hacia la resolución de las necesidades y los problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben ser abordados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la autorresponsabilidad y la participación comunitaria.

Siguiendo a H.Vuõri, podemos analizar los contenidos de la APS desde cuatro perspectivas diferentes:

- 1) Como un conjunto de actividades.
- 2) Como un nivel de asistencia: implica su consideración como primer punto de contacto individual y comunitario con el Sistema de Salud. No se debe limitar el acceso de la persona enferma a los cuidados proporcionados por el sistema, sino que también sea éste el que promueva los contactos con los componentes sanos y enfermos de la comunidad y potencie el autocuidado y la autorresponsabilización respecto a la propia salud, a través de actividades realizadas en las consultas y en el seno de las instituciones propias de la comunidad.
- 3) Como una estrategia de organización de los servicios sanitarios hace referencia a la necesidad de que están diseñados y coordinados para poder atender a toda la población, ser accesibles y proporcionar todos los cuidados propios de la APS.
- 4) Como una filosofía implica el desarrollo de un sistema sanitario que asuma el derecho a la salud en el marco de los derechos fundamentales de las personas, que garantice su defensa prioritaria y responda en todo momento a criterios de justicia e igualdad en el acceso y disfrute de este derecho por todos los ciudadanos, con independencia de cualquier otro factor⁴⁵.

⁴⁵ ídem, pp. 8-10

1.8.3 Elementos conceptuales de la atención primaria

Integral: Considera a la ser humano desde una perspectiva biopsicosocial.

Integrada: Interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y reinserción social que han de formar parte de las actuaciones desarrolladas.

Continuada y permanente: A lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos y en cualquier circunstancia.

Activa: Los profesionales de los equipos han de trabajar activamente en los distintos aspectos de la atención, buscando y resolviendo las necesidades de salud, aunque éstas no sean expresadas, con referencia especial a los campos de promoción y prevención.

Accesible: Los ciudadanos no deben tener dificultades importantes para poder tomar contacto y utilizar los recursos sanitarios.

Basada en el trabajo en equipo: Equipos de salud o de atención primaria integrados por profesionales sanitarios y no sanitarios.

Comunitaria y participativa: Atención de los problemas de salud colectivos, mediante la utilización de las técnicas propias de la salud pública y medicina comunitaria. La APS está basada en la participación activa de la comunidad en todas las fases del proceso de planificación, programación y puesta en práctica de las actividades.

Programada y evaluable: Con actuaciones basadas en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos.

Docente e investigadora: Desarrolla actividades de docencia, así como de formación continuada de los profesionales del sistema y de investigación básica y aplicada en las materias propias de su ámbito.

1.8.4 Atención primaria orientada a la comunidad como modelo de atención

El modelo de atención sanitaria que fue definido por Clarck como Atención Primaria de orientación comunitaria y sus subgrupos⁴⁶.

⁴⁶ San Martín Ferrari Herman, Manual de Salud Pública y Medicina Preventiva, Ed. Masson México 1986, p. 49

El proceso de desarrollo de la APOC implica una serie de etapas, sistematizadas por Abramson en un ciclo secuencial y continuo de retroalimentación positiva.

Examen preeliminar: Es la recogida de la información precisa para el análisis de la situación de salud y la identificación de sus principales necesidades.

Diagnóstico comunitario: Permite determinar las necesidades y los tipos de intervención a realizar mediante el análisis completo de la comunidad en su conjunto y de los grupos de problemas prioritarios.

Planificación del programa: Permite poner de acuerdo las prioridades establecidas con las posibilidades de actuación, con el fin de garantizar la viabilidad del programa.

Vigilancia del desarrollo del programa: Es evidente la necesidad de monitorizar adecuadamente el desarrollo de las actividades propuestas en el programa para conocer y corregir las posibles desviaciones que se hayan podido introducir en los objetivos.

Evaluación: Esta etapa, será la que marque la decisión sobre la continuidad y las modificaciones a introducir en el programa, de acuerdo con el grado de cumplimiento de los objetivos prefijados, el impacto que haya tenido sobre el estado de salud de la comunidad y el análisis comparativo con la situación de partida.

En la actualidad la gran mayoría de las actividades de orientación comunitaria que se están desarrollando desde la APS se dirigen a campos como salud infantil y escolar, planificación familiar, enfermedades crónicas degenerativas y a las personas ancianas.

1.8.5 El personal de enfermería en el desarrollo de la atención primaria

Los profesionales de enfermería son capaces de asumir un papel principal en la tarea de impartir cuidados de salud bajo una perspectiva integral, tanto en el ámbito individual como comunitario.

Estos nuevos profesionales de enfermería han de surgir de modificaciones importantes de los currículums que proporcionen los elementos conceptuales y los técnicos precisos para dar respuesta a los requerimientos planteados por el desarrollo de la APS.

El profesional de enfermería de APS ha de ser capaz de asumir funciones y actividades en todos los campos propios de aquélla, con amplios niveles de

responsabilidad y autonomía, en la medida en que tenga la preparación técnica necesaria.

“Los profesionales de enfermería de APS participan también en grado creciente en las actividades de docencia y de investigación desarrolladas en el marco de los equipos de salud, así como en tareas de salud comunitaria y de coordinación”⁴⁷.

En la asistencia curativa, los profesionales de enfermería participan en la prestación de cuidados de salud, con especial referencia al seguimiento y control de pacientes crónicos y la instrumentación de las técnicas diagnósticas y terapéuticas. En la atención domiciliaria programada el profesional de enfermería es habitualmente el responsable del mayor porcentaje de las actividades desarrolladas.

En el ámbito de la promoción de la salud tienen un papel central, sobre todo en la dirección y la aplicación de las actividades de educación sanitaria, dirigidas tanto a individuos sanos como a enfermos o en situación de riesgo e impartidas de forma individual y colectiva.

En las actividades preventivas, los profesionales de enfermería también desempeñan un papel relevante, actuando como verdaderos consejeros de salud y realizando actividades en los programas”.⁴⁸

⁴⁷ idem, pp. 50-52

⁴⁸ idem, p. 53

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 Antecedentes históricos de San Luis Tlaxialtemalco

Tiene su origen desde épocas remotas en los tiempos prehispánicos cuando se principiaron a fundar los asentamientos humanos indígenas alrededor del siglo II. San Luis conserva la antigua división por barrios que ha perdurado hasta la actualidad. Tlaxialtemalco significa: "En donde está el incensario del juego de pelota del Dios de la lluvia, Tlaloc".

En 1603 fue congregado el pueblo de San Luis a causa de un fuerte aguacero en las faldas del cerro o volcán de nombre Teutli que obligó a sus habitantes a trasladarse al lugar a donde ahora se sitúa el pueblo.

En el pasado, San Luis fue el barrio más grande de San Gregorio Atlapulco. El pueblo de San Luis es un asentamiento ribereño del antiguo lago de Xochimilco, está situado cerca del manantial de Acuexcomatl, que hasta mediados del siglo XX fue el más caudaloso de la Cuenca de México.

2.2 Generalidades de la población

"En 1829 se crean 13 delegaciones para dividir el Distrito Federal entre las que se encuentra la delegación Xochimilco que es regida por un delegado político. Xochimilco se localiza al sureste del D.F. a 23 Km. de la ciudad y a una altitud de 2274 m. sobre el nivel del mar. Cuenta con una superficie de 128 Km² y ocupa el tercer lugar de extensión el 30.7% de su superficie es zona urbana, el 60% es zona forestal y agrícola y el 9.3% son acuíferos y canales. Xochimilco colinda al norte con la delegación Tlalpan, Coyoacán, Iztapalapa y Tlahuác, al oeste con la delegación Tlalpan y al este con la delegación Tlahuác. La población total de la delegación Xochimilco hasta 1996 es de 368.798 de la cuál 188.035 (51%) son mujeres y 180.763 (49%) son hombres".⁴⁹

La delegación de Xochimilco cuenta con 18 barrios y 14 pueblos; 65 colonias y 20 unidades habitacionales.

Pueblos:

Santa María Tepepan
Santiago Tepalcatlalpan
San Mateo Xalpa
San Lucas Xochimanca
San Lorenzo Atemoaya
San Gregorio Atlapulco
San Luis Tlaxialtemalco

⁴⁹ DDF Delegación Xochimilco, p. 12

Santa Cruz Acalpixca
Santa María Nativitas
Santiago Tulyehualco
Santa Cecilia Tepetlapa
San Francisco Tlalnepantla
Santa Cruz Xochitepec
San Andrés Ahuayucan

Barrios:

Barrio 18, San Juan, el Rosario, Tlacoapa, Asunción, la Guadalupita, San Diego, San Antonio, Santa Crucita, Barrio de Belem, San Pedro, Xaltocan, San Cristóbal, San Lorenzo, San Esteban, la Santísima y Caltongo.

2.3 Datos geográficos

Hidrografía

Del suelo surgían numerosos manantiales de agua potable que abastecía a la población y que actualmente están agotados. La importancia hidrológica de Xochimilco la componen los canales que limitan a las chinampas y las comunican entre sí. El nivel de las aguas en los canales ha disminuido notablemente debido a que desde principios de siglo se comenzó a desviar el agua hacia la ciudad de México.

Clima

El clima es templado subhúmedo, la época de lluvia tiene lugar principalmente en verano y otoño, con temperatura anual de 16°C y una precipitación pluvial que varía entre 700 y 900 mm. anuales.

Vegetación

La vegetación propia de esta zona lacustre esta formada principalmente por ahuejotes, típicos de la región, que fueron sembrados para fijar las chinampas bordeando los canales que se encuentran también casuarina, sauces, alcanfores y eucaliptos. A la orilla de los canales encontramos asociaciones de *Ceratophyllum demersum* y abundantes hojas de flechas y alcatraces en las partes elevadas, hay pequeñas zonas de bosques mixtos con algunos pinos, cedros, ahuehuetes, ocotes, encinos y tepozanes. En zonas de menor altura se haya capulines, eucaliptos, alcanfores, jarillas, pirules y tepozanes⁵⁰.

Fauna

⁵⁰ ídem, pp. 13-16

La fauna terrestre acuática y aérea fue abundante había liebres, tigrillos, venados, tepexcuincles, carpas de gran tamaño, ajolotes, truchas, acosiles y tortugas. Desgraciadamente la fauna que fue típica poco a poco ha sido extinguida y otras están en peligro de desaparecer.

A lo largo de tres siglos, los manantiales el lago y los canales han sido desviados, agotados, secados o afectados por el hundimiento del subsuelo reimpidiendo el equilibrio ecológico de la región.

Se han ido incrementando algunas obras para detener este deterioro como lo son: tratamiento de aguas residuales, mejorar la calidad de agua que alimenta los canales, recuperar para el cultivo tierras ociosas, mejorar las condiciones de cultivo en la chinampa pero esto no ha sido suficiente.

Se cuenta con la chinampa, única en el mundo por su valor para el cultivo y porque representa la muestra viva de la herencia cultural que nos fue legada por nuestros antepasados como un invaluable patrimonio de vestigios prehispánicos⁵¹.

Cultivo: a cielo abierto

Hierbas de olor (ruda, mejorana, tomillo, epazote, albahacar, etc.)

Rocíos	Petunias
Pensamiento	Girasol
Mercadela	Agazañas
Clavel	Zempoasúchitl
Alhelí	

En invernadero

Malvón Crisantemo
Gloxinia Begonia
Tulipán Aretillo
Lilium Jacinto
Enredadera: hiedra azul, plateada, etc.
Nochebuena

2.4 Aspectos sociodemográficos

San Luis tiene una superficie de 6.5 Km. cuenta aproximadamente con 8.078 pobladores, de los cuáles el 52.4 % de la población es femenina y el 47.59% es masculina.

⁵¹ ídem, p. 17

Límites geográficos

San Luis se localiza a 40 Km. del centro del D.F. limita al noreste con Tlahuác, al sur con Milpa Alta, al este con Tulyehualco y al oeste con San Gregorio Atlapulco se encuentra a una altitud de 2225 mts sobre el nivel del mar, esta rodeada por montañas de origen volcánico; uno de los más importantes es el cerro Tehutli.

Medios de comunicación

El pueblo cuenta con teléfono, vías de comunicación terrestre, transporte público, rutas colectivas, autobuses, camiones, taxis y bicitaxis.

Cultura y recreación

Cuenta con las siguientes instituciones educativas:

1. Jardín de niños Yoliliztli (módulo C)
2. Escuela primaria "Aureliano Castillo" (módulo C)
3. Escuela secundaria técnica no.79 (módulo A)

Atractivos turísticos

- 1) Parroquia del siglo XVI
- 2) Bosque de San Luis Tlaxialtemalco
- 3) Centro de educación ambiental "Acuexcomatl"
- 4) Parques y jardines
- 5) Jardín del pueblo
- 6) Dos deportivos populares
- 7) Biblioteca "Lic. Benito Juárez"

Servicios públicos

Cuentan con alumbrado público, pavimentación, servicio de limpieza principalmente en la zona centro, siendo deficiente en las zonas periféricas, además existe una planta de tratamiento de aguas residuales y un centro SECOI (servicios comunitarios integrados)⁵².

Servicios de Salud

La comunidad de San Luis Tlaxialtemalco cuenta con un centro de salud, médicos particulares y el Centro Comunitario de Atención Primaria a la salud (CCOAPS) este último proporciona atención a todo tipo de población (recién nacido, lactante, preescolar, escolar, adolescente, adulto, mujer embarazada

⁵² ídem, p. 18

y adulto mayor). En el CCOAPS se divide al pueblo en cuatro módulos (A, B, C y D) para su mejor atención por parte de los pasantes de Servicio Social.

Límites

Norte: Zona chinampera

Sur: Avenida 5 de mayo

Este: Floricultor

Oeste: Avenida del bosque

La población es mayoritariamente joven, sus edades fluctúan entre los 15 y los 45 años de edad para ambos sexos, caracterizándose por ser económicamente activa y estar en edad reproductiva.

Morbilidad

Las diez principales causas son:

- 1) Infecciones agudas de vías respiratorias superiores
- 2) Infecciones diarreicas
- 3) Dermatitis y dermatitis
- 4) Enfermedades genitourinarias
- 5) Helmintiasis
- 6) Trastornos de la menstruación y hemorragias anormales
- 7) Laceraciones y heridas
- 8) Infecciones de la piel y tejido celular subcutáneo
- 9) Traumatismos
- 10) Otros⁵³

⁵³ Lista correspondiente al registro diario de usuarios

3. PROCESO DE ENFERMERÍA

3.1 VALORACIÓN

3.1.1 Metodología

La valoración de las necesidades de los 13 participantes del grupo que integra la **casa de la salud** se realizó mediante la resolución del formulario creado para esos fines, cabe señalar que se les realizó una valoración extensa que duró aproximadamente 40 minutos para cada uno, además de la recopilación de información a través de la "Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage" la cuál se utiliza para la detección sistemática de la depresión, esta tiene la ventaja de estar diseñada para la población anciana minimizando la importancia de síntomas somáticos. La versión inicial es de 30 ítems y la versión abreviada de 15 ítems ambas recomendadas por la British Geriatrics Society (Junio 1992) como instrumento de detección selectiva sistemática de depresión.

Estrategia de intervención (casa de la salud)

Actualmente existen tres:

1. Calle Floricultor S/N la cuál es atendida por los pasantes de servicio social de los módulos "C y D" en horarios que corresponden de las 16:00 a las 18:00 hrs. Dentro del aula de la iglesia de este poblado.
2. Calle Xochitepetl No. 3, la cuál es atendida por P.S.S. del módulo "A" en el horario de 15:00 a 17:00 hrs. los días miércoles.
3. CCOAPS-ENEO Ubicado en Av. 5 de Mayo esquina con Calvario S/N la cuál es atendida por P.S.S. de los módulos "C y D" del turno matutino los días jueves en horario de 11:00 a 13:00 hrs.

Las actividades que se realizaron dentro de las **casas de la salud** fueron las siguientes:

- Valoración y registro de signos vitales: presión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria.
- Valoración y registro de somatometría.
- Toma y registro de glicemia capilar.
- Sesiones educativas
- Elaboración de manualidades
- Sesiones de ejercicios
- Elaboración de tecnologías a bajo costo con apoyo de la PROFECO.
- Elaboración de platillos para el tipo de enfermedades que presentaban los adultos mayores en coordinación con la PROFECO.
- Cine-club

- Sesiones de lecto-escritura
- Dibujos
- Pinturas
- Entre otras específicas para el padecimiento en cuestión que serán abordadas con más detalle en la fase de ejecución.

Estos datos son registrados en la cartilla del adulto mayor la cuál es otorgada dentro de la **casa de la salud** para llevar un control de las constantes vitales, después de esto se imparten sesiones educativas con respecto a enfermedades crónico-degenerativas tales como: diabetes mellitus, hipertensión arterial entre otras, además de mencionarles los cambios anatomo-fisiológicos normales durante el proceso de envejecimiento, haciendo hincapié acerca de la importancia que tiene el autocuidado en esta etapa de la vida.

Al finalizar las sesiones educativas y sus trabajos manuales se implementan una serie de ejercicios para los adultos mayores, en los cuáles se realizan ejercicios de amplitud de movimientos de los ojos, cuello, boca, extremidades inferiores y superiores con el objetivo de ayudar a los adultos mayores a mantener la función fisiológica normal, incluidas la circulación, la movilidad, la eliminación y el sueño, el mantenimiento de estas funciones es especialmente importante para pacientes con lentitud psicomotora y retirada (pacientes con depresión).⁵³

Debido a que esta etapa esta caracterizada por innumerables pérdidas ya sea (de la capacidad funcional, del cónyuge, de los hijos, presencia de enfermedades, cambios en el rol dentro de la estructura familiar, entre otras) y en vista de que los adultos mayores son más vulnerables a la depresión debido a las causas anteriormente citadas.

Por tal motivo, la terapia cognitiva es especialmente importante ya que le proporciona los medios para controlar sus procesos cognoscitivos. Una terapia cognitiva se refiere a todas aquellas actividades que se realizan en grupo o individual para producir un cambio, ajuste o adaptación de las condiciones del anciano favorablemente. En esta se realizan actividades encaminadas a 2 objetivos: 1) A promover el funcionamiento psicosocial sano y 2) Mantener o mejorar el nivel del funcionamiento mental.

En el desarrollo de las actividades, se implementaron diferentes terapias cognitivas para promover el funcionamiento psicosocial sano como son: realización de actividades de convivencia para festejar fechas importantes, estas favorecen las relaciones sociales entre los adultos mayores, los pasantes y las tutoras del centro, creando un ambiente de confianza que fortalezca la relación adulto mayor-CCOAPS. Otra actividad la constituye la demostración y degustación de platillos adaptados a la

⁵³ Simon Staab Angela y Compton Hodges Linda, Enfermería Gerontológica, Ed. McGraw Hill Interamericana, 1998, p. 367

dieta del adulto mayor que se realiza cada 15 días por un representante de la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), apoyado por la asesoría de la Nutriologa del CCOAPS.

Los adultos mayores realizan manualidades en las cuáles se elaboran artículos útiles o de decoración. Estos se elaboran de acuerdo a la temporada y festividades, en estas actividades se estimula la participación activa, tomando en cuenta las capacidades motoras finas del adulto mayor.

Para mantener o mejorar el nivel de funcionamiento mental se trabaja en las funciones superiores como la atención, memoria, concentración, razonamiento, abstracción, juicio y lenguaje. El CCOAPS cuenta con material específico para dichas actividades tal es el caso del: dominó, memoramas, juegos de mesa, rompecabezas, figuras geométricas, etc. Se emplea además la lectura de poemas, de capítulos de la Biblia, del periódico, plática de anécdotas pasadas y recientes y la musicoterapia.

Otra actividad que se realizó dentro de la **casa de la salud** es la orientación con respecto a las indicaciones de terapias farmacológicas y de rehabilitación física. Y por último la visita domiciliaria a través de la cuál se proporciona el 20% de la atención del adulto mayor. Esta atención se realiza en el domicilio del adulto que por algún motivo no puede desplazarse al CCOAPS, entre los motivos más frecuentes se encuentran: el estado agudo de alguna enfermedad que les impida deambular y trastornos del estado de ánimo.

LISTA DE ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPARON EN LA CASA DE LA SALUD

1. Sra. Consuelo
2. Sra. Felipa
3. Sra. Lorenza
4. Sra. Refugio
5. Sra. Raquel
6. Sra. Lupita
7. Sra. Felicitas
8. Sra. Noemí
9. Sra. Leonor
10. Sr. Ezequiel
11. Sr. Francisco
12. Sr. Roberto
13. Sr. Eduardo

3.2 DIAGNÓSTICO

DESCRIPCIÓN

Esta fase se llevó a cabo utilizando la clasificación 2003-2004 de la NANDA y el formato PES (problema, etiología, signos y síntomas) esta información fue recuperada para establecer los juicios clínicos de las necesidades alteradas dentro del grupo de adultos mayores que forman parte de la llamada **casa de la salud**.

3.2.1 Diagnósticos de enfermería con el método PES

1.	Aflicción crónica manifestado por expresión de sentimientos periódicos recurrentes de tristeza relacionado con muerte de un ser querido, enfermedades, discapacidades físicas y la falta de productividad.
2.	Afrontamiento familiar comprometido manifestado por la demostración de preocupación relacionado con la incapacidad de proporcionar un ingreso económico, el cambio en el rol familiar, prolongación de la enfermedad y progresión de la incapacidad física.
3.	Riesgo de aspiración manifestado por el riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial sólidos o líquidos relacionado con deterioro de la masticación por adoncia parcial o completa.
4.	Déficit de alimentación manifestado por incapacidad para masticar la comida e ingerir alimento suficiente relacionado con deterioro de la dentadura natural y falta de ingresos económicos.
5.	Déficit de autocuidado baño/higiene manifestado por incapacidad para lavar parcialmente el cuerpo y secarse relacionado con deterioro musculoesquelético.
6.	Déficit de autocuidado vestido/acicalamiento manifestado por deterioro de la capacidad para ponerse o quitarse las prendas de ropa y usar dispositivos de ayuda relacionado con deterioro musculoesquelético.
7.	Riesgo de caídas manifestado por el temor y las lesiones sufridas a causa de las caídas relacionado con historia de caídas, uso de silla de ruedas, uso de dispositivos de ayuda y disminución de la fuerza de las extremidades inferiores.
8.	Deterioro de la Deambulacion manifestado por deterioro de la habilidad para subir escaleras, caminar distancias largas y caminar sobre superficies desiguales relacionado con el deterioro musculoesquelético.
9.	Deterioro de la deglución manifestado por ardor en el estómago, dolor epigástrico y falta de masticación relacionado con alteración de la integridad estructural de la dentadura y secreción excesiva de jugos gástricos.
10.	Deterioro de la dentición manifestado por falta total o parcial de los dientes, halitosis, decoloración del esmalte dental, caries en la corona o en las raíces,

	exceso de placa y dientes que se mueven relacionado con higiene dental ineficaz.
11.	Desempeño inefectivo del rol sociopersonal y manejo en el hogar manifestado por adaptación inadecuada al cambio, conflicto con el sistema familiar, cambio en los patrones de responsabilidad, tensión en el desempeño, alteración de las percepciones, cambio en las percepciones que los demás tienen, insatisfacción con el rol relacionado con conflicto familiar, bajo nivel socioeconómico, nivel de educación, depresión, baja autoestima y enfermedad física.
12.	Duelo disfuncional manifestado por expresión de sufrimiento por la pérdida, tristeza, llanto y verbalización de experiencias pasadas con poca disminución de la intensidad del duelo relacionado con la pérdida de cónyuges e hijos.
13.	Estreñimiento manifestado por distensión abdominal, defecación dificultosa, disminución del volumen y frecuencia de las heces y sensación de plenitud relacionado con malos hábitos alimentarios, dentición inadecuada, aporte insuficiente de fibras y líquidos.
14.	Fatiga manifestado por falta de energía para mantener el nivel habitual de actividad física incluso después del sueño, cansancio, aumento de los requerimientos de descanso, disminución en la ejecución de tareas y somnolencia relacionado con malestar físico, estados de enfermedad, desnutrición y depresión.
15.	Incontinencia urinaria funcional manifestado por pérdida de orina antes de llegar al inodoro relacionado con debilidad de las estructuras pélvicas de soporte y limitaciones neuromusculares.
16.	Trastorno de la imagen corporal manifestado por expresión de sentimientos negativos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto su aspecto o función y preocupación por el cambio relacionado con cambios psicosociales.
17.	Incumplimiento del tratamiento manifestado por evidencia de exacerbación de los síntomas y conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento por observación, pruebas objetivas y por afirmaciones del paciente relacionado con ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales y costo del tratamiento.
18.	Riesgo de infección manifestado por infecciones frecuentes relacionado con desnutrición y enfermedades crónicas.
19.	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea manifestado por deterioro en la Deambulacion debido al uso de dispositivos de apoyo relacionado con inmovilización física, humedad, alteración de la circulación y de la sensibilidad.
20.	Deterioro de la memoria manifestado por incapacidad para aprender o retener nueva información y experiencias de olvidos relacionado con desnutrición.
21.	Deterioro de la movilidad física manifestado por limitación de la habilidad motora fina, disminución de la velocidad de la marcha, andar arrastrando los

	pies y enlentecimiento del movimiento relacionado con deterioro musculoesquelético, disminución de la fuerza muscular y rigidez articular.
22.	Desequilibrio nutricional por defecto manifestado por peso corporal inferior al peso ideal, informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas y palidez de las conjuntivas y saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos relacionado con incapacidad para ingerir, digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos, psicológicos y económicos.
23.	Trastorno de la percepción sensorial visual y auditiva manifestado por distorsiones visuales y auditivas relacionado con alteración de la percepción sensorial por deterioro en el adulto mayor.
24.	Procesos familiares disfuncionales alcoholismo manifestado por deterioro de las relaciones familiares por el abuso del alcohol, alteración en la función del rol, problemas económicos y fallo en el logro de las tareas relacionado con el abuso del alcohol.
25.	Deterioro del patrón del sueño manifestado por insomnio, tardar para conciliar el sueño, despertar antes de lo deseado, quejas verbales de no sentirse descansado, tiempo menor de sueño relacionado con pensamientos repetitivos antes del sueño, depresión, cambios de sueño relacionados con la edad y pérdida de personas significativas.
26.	Déficit de volumen de líquidos manifestado por disminución de la turgencia de la piel, sequedad de la piel y mucosas, disminución de la presión arterial y disminución del volumen del pulso relacionado con baja ingesta de líquidos.
27.	Riesgo de lesión manifestado por caídas relacionado con deterioro musculoesquelético, ingestión de alcohol, estructura inapropiada de los hogares, alteración de la movilidad y desnutrición.

3.2.2 CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

(I)INDEPENDIENTE (PD) PARCIALMENTE DEPENDIENTE (D) DEPENDIENTE

NOMBRE	NECESIDADES											DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA CON EL MÉTODO PES																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2		
											0	1	2	3	4								0	1	2	3	4	5	6	7	
1. Sra. Consuelo																															
2. Sra. Felipa	I	P	I	I	P	P	I	I	P	P	I	I	I	I																	
	D				D	D			D	D																					
4. Sra. Refugio																															
5. Sra. Raquel	I	P	P	I	I	P	I	I	P	P	I	I	I	P																	
	D	D			D				D	D				D																	
6. Sra. Lupita	I	P	I	I	I	P	I	I	P	P	I	I	I	I																	
	D				D				D	D				D																	
7. Sra. Felicitas	I	P	P	I	P	P	I	I	P	P	I	I	I	I																	
	D	D			D	D			D	D				D																	
8. Sra. Noemí	I	P	I	I	P	P	I	I	P	P	I	I	I	I																	
	D				D	D			D	D				D																	
9. Sra. Leonor	I	P	P	I	P	P	P	P	P	P	I	I	I	P																	
	D	D			D	D	D	D	D	D				D																	
10. Sr. Ezequiel	P	P	P	I	P	P	P	P	P	P	I	I	I	P																	
	D	D	D		D	D	D	D	D	D				D																	
11. Sr. Francisco	I	P	I	I	I	I	I	I	I	P	I	I	I	P																	
	D									D				D																	
12. Sr. Roberto	I	I	I	I	P	I	P	P	P	I	I	I	I	I																	
	D				D	D	D	D	D					D																	
13. Sr. Eduardo	I	P	I	I	P	I	I	I	P	P	I	I	I	P																	
	D				D				D	D				D																	

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE LA ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN (GDS) DE YESAVAGE

NOMBRE	ITEMS DE LA VERSIÓN ABREVIADA															TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1. Sra. Consuelo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Sra. Consuelo	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	9
3. Sra. Lorenza	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	8
4. Sra. Refugio	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
5. Sra. Raquel	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	9
6. Sra. Lupita	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	5
7. Sra. Felicitas	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	8
8. Sra. Noemí	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5
9. Sra. Leonor	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	9
10. Sr. Ezequiel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11. Sr. Francisco	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	9
12. Sr. Roberto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
13. Sr. Eduardo	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3

0-5 Normal

6-9 Depresión leve

+ DE 9 Depresión establecida

	Respuesta positiva
	Respuesta negativa

3.3 PLANEACIÓN

3.3.1 Programa de actividades

INTRODUCCION

Dentro de las actividades que se realizaron durante el servicio social en el CCOAPS se encuentra la **casa de la salud** que es un espacio físico en donde se promueve la utilización del tiempo libre a través de terapias cognitivas y de satisfacción de necesidades. Esta **casa de salud** en particular se encuentra ubicada dentro de las instalaciones del CCOAPS y proporciona servicio los días jueves de 10:00 am a 13:00 pm. Teniendo una asistencia promedio en cada sesión de 13 participantes que asisten de forma regular.

En esta casa se realizó primeramente una valoración de las necesidades de cada participante así como la resolución del cuestionario que corresponde a la escala geriátrica de depresión de Yesavage para posteriormente establecer los diagnósticos de enfermería pertinentes y las intervenciones que se realizaron para la satisfacción de estas, además de actividades encaminadas a disminuir o evitar el estrés y las condiciones que producen este, la realización de ejercicio en forma regular, sesiones de dicto-escritura, musicoterapia, explicación de diversas patologías, plática de anécdotas entre otras actividades, que permiten la integración del adulto mayor al grupo para la mejora de la depresión que presentan la mayoría de ellos.

OBJETIVOS

- Dar a conocer el programa de actividades que se llevo a cabo para mejorar y promover la salud de los asistentes a la **casa de la salud** así como la calendarización de estas.
- Dar a conocer el número de sesiones en las que participo el módulo D.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
1. Asistencia												
2. Valoración y registro de signos vitales												
3. Valoración y registro de somatometría												
4. Sesión de lecto-escritura												
5. Orientación alimentaria												
6. Fortalecimiento del sistema musculoesquelético												
7. Manualidades												
8. Musicoterapia												
9. Estímulos de alegría												
10. Estímulos del pensamiento												
11. Estímulos de los procesos cognitivos												
12. Verbalización de experiencias												
13. Convivencia												
14. Expresión de movimientos corporales												
15. Educación para la salud												

CONTINUACIÓN

3.3.2 INTERVENCIONES DENTRO DE LA CASA DE LA SALUD

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	TIEMPO ESTABLECIDO
<p>1. Aflicción crónica manifestado por expresión de sentimientos periódicos recurrentes de tristeza relacionado con muerte de un ser querido, enfermedades, discapacidades físicas y la falta de productividad. (<u>Diagnóstico grupal</u>)</p>	<p>1. Lograr que los adultos mayores mejoren su estado de ánimo a través de la utilización de diferentes técnicas.</p>	<p>1. Realizar actividades de convivencia para festejar fechas importantes. 2. Realización de manualidades. 3. Musicoterapia. 4. Plática de vivencias pasadas y presentes. 5. Lectura de poemas, periódico, Biblia, etc. 6. Programación de paseos a diferentes lugares. 7. Contar chistes. 8. Realización de ejercicios.</p>	<p>1 año</p>
<p>2. Afrontamiento familiar comprometido manifestado por la demostración de preocupación relacionado con la incapacidad de proporcionar un ingreso económico, el cambio en el rol familiar, prolongación de la enfermedad y progresión de la incapacidad física. (<u>Diagnóstico grupal</u>)</p>	<p>1. Lograr que las relaciones intrafamiliares mejoren a través de la comprensión del proceso de envejecimiento y de la enfermedad tanto por parte del adulto mayor como de su familia.</p>	<p>1. Animar al paciente a que exprese sus sentimientos y acudir al grupo. 2. Permitir al paciente deprimido que comente sus relaciones interpersonales y los cambios en el ambiente de su hogar. 3. En caso de que persista la depresión, considerar su remisión a un gerontopsiquiatra.</p>	<p>1 año</p>
<p>3. Riesgo de aspiración</p>	<p>1. Fomentar la retención</p>	<p>1. Valorar si el reflejo de la</p>	

<p>manifestado por el riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial sólidos o líquidos relacionado con deterioro de la masticación por adoncia parcial o completa. (<u>Diagnóstico individual</u>)</p>	<p>de alimentos y evitar la aspiración.</p>	<p>deglución es adecuado. 2. Asegurarse de que el paciente permanece incorporado 30 min. antes y después de las comidas. 3. Permitir un tiempo adecuado para las comidas. 4. Enseñar al paciente que lleve una lista de alimentos específicos que encuentre difícil de tragar y que los evite en lo posible. 5. Aconsejar que evite los alimentos blandos y pastosos. 6. Aconsejar al cuidador que ofrezca la comida en trozos pequeños.</p>	<p>1 mes</p>
<p>4. Déficit de alimentación manifestado por incapacidad para masticar la comida e ingerir alimento suficiente relacionado con deterioro de la dentadura natural y falta de ingresos económicos. (<u>Diagnóstico grupal</u>)</p>	<p>1. Proporcionar una dieta nutritiva, equilibrada y mantener un peso corporal estable.</p>	<p>1. Examinar al paciente en busca de problemas de masticación, valorar la dentadura y de ser necesario modificar la consistencia de los alimentos. 2. Obtener un recuento calórico y la ingesta de líquidos durante 48 horas. 3. Hacer notar al paciente y a su cuidador de las áreas deficientes de la dieta y hacer sugerencias de comidas bien equilibradas, basándose en los antecedentes culturales y</p>	<p>3 meses</p>

		<p>estado económico.</p> <p>4. Adaptar la dieta del paciente a sus preferencias personales y tolerancia a los alimentos.</p> <p>5. Estimular al paciente a que coma comidas frecuentes y pequeñas.</p> <p>6. Considerar el uso de suplementos alimenticios ricos en calorías (ensure) o fórmulas para la completa sustitución de los alimentos.</p> <p>7. Indicar al cuidador que la preparación de los alimentos debe ser acorde a su capacidad de masticar y tragar y explicar la importancia que tiene variar la textura y consistencia de los alimentos y de que sean comidas atractivas y apetecibles.</p> <p>8. Asegurar un ritmo lento durante la hora de la comida.</p>	
<p>5. Déficit de autocuidado baño/higiene manifestado por incapacidad para lavar parcialmente el cuerpo y secarse relacionado con deterioro musculoesquelético. (Diagnóstico grupal)</p>	<p>1. Fomentar la autonomía para realizar su autocuidado en cuanto a lo que concierne a higiene personal.</p>	<p>1. Planificar hábitos higiénicos saludables de forma sistemática.</p> <p>2. Recomendar la utilización de agua templada, jabón neutro, champú suave y crema hidratante.</p> <p>3. Los pies han de lavarse y secarse con esmero.</p>	<p>3 meses</p> <p>NOTA: cabe señalar que este tiempo se establece para el caso</p>

		<p>4. Las uñas han de cortarse con cuidado por su fragilidad.</p> <p>5. Tratar que el anciano se bañe de forma autónoma dándole el tiempo que necesita para ello.</p> <p>6. Ofrecer la ayuda necesaria, tratando siempre de mantener o devolver al anciano la autonomía posible.</p>	<p>del Sr. Roberto en el resto de los adultos esta necesidad va de la mano con el proceso de envejecimiento por lo que no se espera gran mejoría</p>
<p>6. Déficit de autocuidado vestido/acicalamiento manifestado por deterioro de la capacidad para ponerse o quitarse las prendas de ropa y usar dispositivos de ayuda relacionado con deterioro musculoesquelético. (Diagnóstico grupal)</p>	<p>1. Fomentar la autonomía para realizar su autocuidado en cuanto al vestido y acicalamiento.</p>	<p>1. Tratar que el anciano se vista y desvista de forma autónoma dándole el tiempo que necesita para ello.</p> <p>2. Ofrecer la ayuda necesaria, tratando siempre de mantener o devolver al anciano la autonomía posible.</p>	<p>3 meses NOTA: íbidem</p>
<p>7. Riesgo de caídas manifestado por el temor y las lesiones sufridas a causa de las caídas relacionado con historia de caídas, uso de silla de ruedas, uso de dispositivos de ayuda y disminución de la fuerza de las extremidades inferiores. (Diagnóstico grupal)</p>	<p>1. Disminuir el riesgo de caídas que pudieran provocar lesiones en el adulto mayor.</p>	<p>1. Valoración y orientaciones sobre la adecuación de un hogar seguro.</p> <p>2. Orientaciones sobre la adecuación de un hogar seguro. Especialmente las áreas de más riesgo como dormitorio, baño y cocina.</p> <p>3. Información y adiestramiento sobre dispositivos de ayuda si es que los necesita.</p> <p>4. Recomendar el uso</p>	<p>6 meses</p>

		correcto del calzado. 5. Recomendar ejercicio físico que le permita aumentar la amplitud de movimiento.	
8. Deterioro de la Deambulación manifestado por deterioro de la habilidad para subir escaleras, caminar distancias largas y caminar sobre superficies desiguales relacionado con el deterioro musculoesquelético. (Diagnóstico grupal)	1. Aumentar la capacidad de Deambulación para disminuir el riesgo de caídas.	1. Valorar la actividad funcional de cada articulación así como la capacidad del paciente para llevar a cabo actividades de la vida diaria. 2. Enseñar al paciente y a su familia a realizar ejercicios con cada articulación dentro de su amplitud normal del movimiento. 3. Enseñar al paciente y a su familia a alinear correctamente las articulaciones durante los periodos de reposo, para mantener la posición funcional. 4. Indicar las modificaciones del entorno que pueden resultar adecuadas. 5. Enviar a los pacientes con un fisioterapeuta si es necesario.	6 meses
9. Deterioro de la deglución manifestado por ardor en el estómago, dolor epigástrico y falta de masticación relacionado con alteración de la integridad estructural de la dentadura y secreción excesiva	1. Favorecer una fácil deglución durante las comidas y absorción de los alimentos de su dieta para mejorar su estado de nutrición.	1. Mencionar la importancia de la ingestión de leche. 2. Respetar el horario de los alimentos. 3. Utilización de antiácidos. 4. Ingestión de alimentos en trozos pequeños.	

<p>de jugos gástricos. (Diagnóstico grupal)</p>		<p>5. Ingestión de líquidos sin cafeína. 6. Valorar el estado de la dentadura o de la prótesis dental. 7. Educación sobre una correcta alimentación valorando la capacidad funcional, física y psicológica del anciano y su cuidador.</p>	<p>3 meses</p>
<p>10. Deterioro de la dentición manifestado por falta total o parcial de los dientes, halitosis, decoloración del esmalte dental, caries en la corona o en las raíces, exceso de placa y dientes que se mueven relacionado con higiene dental ineficaz. (Diagnóstico grupal)</p>	<p>1. Detener el proceso de deterioro de la dentadura natural y enseñarle el cuidado de la prótesis dental.</p>	<p>1. Orientación de una correcta higiene dental. 2. Educación sobre una correcta alimentación. 3. Visitas periódicas al odontólogo de acuerdo a sus posibilidades. 4. Información y adiestramiento sobre el uso de prótesis dentales. 5. Higiene bucal tras cada comida, tanto de las piezas propias como de la prótesis.</p>	<p>6 meses</p>
<p>11. Desempeño inefectivo del rol sociopersonal y manejo en el hogar manifestado por adaptación inadecuada al cambio, conflicto con el sistema familiar, cambio en los patrones de responsabilidad, tensión en el desempeño, alteración de las percepciones,</p>	<p>1. Lograr que los adultos mayores exterioricen sus preocupaciones para disminuir la ansiedad que les provoca sus problemas.</p>	<p>1. Concienciar para que el anciano viva los cambios propios del proceso de envejecimiento en forma normalizada y no como una limitación que lo hace sentir pasivo. 2. Instruirle acerca de la convivencia, de mantenerse</p>	<p>«1</p>

<p>cambio en las percepciones que los demás tienen, insatisfacción con el rol relacionado con conflicto familiar, bajo nivel socioeconómico, nivel de educación, depresión, baja autoestima y enfermedad física. (<u>Diagnóstico grupal</u>)</p>		<p>informado de los acontecimientos socioculturales que ocurren a su alrededor. 3. Aconsejarle hábitos adecuados de higiene, vestido y arreglo personal.</p>	<p>1 año</p>
<p>12. Duelo disfuncional manifestado por expresión de sufrimiento por la pérdida, tristeza, llanto y verbalización de experiencias pasadas con poca disminución de la intensidad del duelo relacionado con la pérdida de cónyuges e hijos. (<u>Diagnóstico grupal</u>)</p>	<p>1. Ayudarles a superar el duelo a través de diferentes actividades y mejorar la comunicación intrafamiliar.</p>	<p>1. Instruirle acerca de la convivencia, de mantenerse informado de los acontecimientos socioculturales que ocurren a su alrededor. 2. Identificar las habilidades para la práctica de las distintas actividades que pueden ser desempeñadas y fomentar la realización de estas. 3. Recomendar las actividades grupales y fuera del domicilio.</p>	<p>4 meses</p>
<p>13. Estreñimiento manifestado por distensión abdominal, defecación dificultosa, disminución del volumen y frecuencia de las heces y sensación de plenitud relacionado con malos hábitos alimentarios, dentición inadecuada, aporte insuficiente de fibras y líquidos.</p>	<p>1. Fomentar unos hábitos intestinales regulares mediante la realización de ejercicio y aumento de la ingesta de fibra y líquidos.</p>	<p>1. Valorar el hábito intestinal del paciente anotando sus defecaciones y haciéndole preguntas acerca de sus hábitos intestinales. 2. Obtener antecedentes farmacológicos con respecto al uso de laxantes y enemas. 3. Obtener los antecedentes de la dieta diaria habitual del</p>	

<u>(Diagnóstico grupal)</u>		<p>paciente.</p> <p>4. Ingestión de líquidos de 1.5 a 2 litros diarios, recomendarle alimentos ricos en fibra (como cereales enteros, frutas y verduras) y un programa de reeducación intestinal.</p> <p>5. Animar al paciente a realizar ejercicio regularmente.</p> <p>6. Aconsejarle que tome por la mañana una bebida caliente.</p> <p>7. Enseñar al paciente a agregarle salvado de trigo a los alimentos.</p> <p>8. Comentar los riesgos del abuso de laxantes y enemas.</p> <p>9. Valorar al paciente en busca de depresión, si se trata de una depresión grave remitir al paciente y establecer un programa de habituación.</p> <p>10. Establecer un régimen de líquidos y fibra, en caso necesario administrar un laxante.</p> <p>11. Dieta adecuada (rica en fibra y sin irritantes ni grasa en exceso).</p>	2 semanas
14. Fatiga manifestado por falta de energía para mantener el nivel habitual de actividad física incluso después del	1. Disminuir la fatiga que se presenta a lo largo del día al realizar sus diferentes actividades.	<p>1. Contemplar períodos de inactividad para el descanso.</p> <p>2. Aconsejar la postura más cómoda para la realización de</p>	2 meses

<p>sueño, cansancio, aumento de los requerimientos de descanso, disminución en la ejecución de tareas y somnolencia relacionado con malestar físico, estados de enfermedad, desnutrición y depresión. (Diagnóstico grupal)</p>		<p>determinadas actividades.</p>	
<p>15. Incontinencia urinaria funcional manifestado por pérdida de orina antes de llegar al inodoro relacionado con debilidad de las estructuras pélvicas de soporte y limitaciones neuromusculares. (Diagnóstico grupal)</p>	<p>1. Aumentar la continencia mediante intervenciones de enfermería y dispositivos de ayuda.</p>	<p>1. Animar al paciente a que beba entre 1.5 a 2 litros de líquidos sin cafeína. 2. Animar al cuidador a que responda con rapidez ante la llamada del paciente. 3. Enseñar al paciente a orinar de forma habitual; cada 2 a 4 horas. 4. Colocar por la noche un orinal cerca de la cama y dejar una luz tenue en la habitación. 5. Adecuada actividad física, poniendo especial énfasis en ejercicios que fortalezcan la musculatura abdominal y el suelo pélvico. 6. Ejercicios de reeducación vesical. 7. Ropa fácil de quitar. 8. Baño de fácil acceso.</p>	<p>2 meses</p>
<p>16. Trastorno de la imagen corporal manifestado por expresión de sentimientos</p>	<p>1. Ayudar al paciente a recuperar una buena imagen personal y disminuir la</p>	<p>1. Resaltar las habilidades especiales y referirse a su edad sólo cuando sea necesario.</p>	

<p>negativos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto su aspecto o función y preocupación por el cambio relacionado con cambios psicosociales. <u>(Diagnóstico grupal)</u></p>	<p>ansiedad que esto le provoca.</p>	<p>2. Animar al paciente a centrarse en objetivos de su aspecto alcanzables como una buena higiene personal, un peinado, maquillaje y ropa adecuada. 3. Favorecer las relaciones sociales. 4. Animar al paciente a expresar sus preocupaciones acerca del envejecimiento y el cambio de su imagen corporal.</p>	<p>6 meses</p>
<p>17. Incumplimiento del tratamiento manifestado por evidencia de exacerbación de los síntomas y conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento por observación, pruebas objetivas y por afirmaciones del paciente relacionado con ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales y costo del tratamiento. <u>(Diagnóstico grupal)</u></p>	<p>1. Lograr la comprensión de la importancia que tiene el llevar adecuadamente el régimen terapéutico.</p>	<p>1. Control periódico de la medicación y grado de autonomía del anciano, respecto con su correcta administración. 2. Aconsejar de la importancia de seguir con el régimen terapéutico. 3. Informar de las complicaciones de las enfermedades crónicas degenerativas.</p>	<p>1 mes</p>
<p>18. Riesgo de infección manifestado por infecciones frecuentes relacionado con desnutrición y enfermedades crónicas. <u>(Diagnóstico grupal)</u></p>	<p>1. Prevenir las infecciones de los diferentes sistemas del organismo.</p>	<p>1. Valorar los signos vitales semanalmente. 2. Enseñar al paciente a reconocer e informar de los primeros signos de infección. 3. Estimular una nutrición adecuada.</p>	<p>1 año</p>

		<p>4. Estimular que haya períodos de reposo durante el día y 8 horas de sueño por la noche.</p> <p>5. Fomentar una actividad física regular.</p> <p>6. Comentar de la importancia del control del estrés y técnicas de relajación para controlarlo.</p>	
<p>19. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea manifestado por deterioro en la deambulación debido al uso de dispositivos de apoyo relacionado con inmovilización física, humedad, alteración de la circulación y de la sensibilidad. <u>(Diagnóstico individual)</u></p>	<p>1. Evitar complicaciones dermatológicas debido a una menor función física.</p>	<p>1. Valorar la piel del paciente en busca de enrojecimiento e irritación sobretodo en las prominencias óseas.</p> <p>2. Cambiar la postura cada 2 horas mientras este en la cama.</p> <p>3. Dar masaje con una crema en las prominencias óseas.</p> <p>4. Utilizar protectores sobre las articulaciones afectas.</p>	<p>3 meses</p>
<p>20. Deterioro de la memoria manifestado por incapacidad para aprender o retener nueva información y experiencias de olvidos relacionado con desnutrición y depresión. <u>(Diagnóstico grupal)</u></p>	<p>1. Retrasar el deterioro cognitivo que presentan los adultos mayores como resultado del proceso de envejecimiento.</p>	<p>1. Orientar sobre estrategias o técnicas sencillas que los mantengan activos intelectualmente.</p> <p>2. Procurar un ambiente estimulante: conversación, contacto con grupos sociales, intercambio y/o confrontación de ideas.</p>	<p>6 meses</p>
<p>21. Deterioro de la movilidad física manifestado por limitación de la habilidad</p>	<p>1. Fomentar la actividad física para retrasar el deterioro del sistema musculoesquelético y</p>	<p>1. Informar sobre los riesgos de una actividad física inadecuada, así como del</p>	

<p>motora fina, disminución de la velocidad de la marcha, andar arrastrando los pies y enlentecimiento del movimiento relacionado con deterioro musculoesquelético, disminución de la fuerza muscular y rigidez articular. (Diagnóstico grupal)</p>	<p>la movilidad física y la incapacidad para realizar actividades de la vida diaria.</p>	<p>hábito sedentario. 2. Tablas de ejercicios activos, asistidos y/o pasivos. 3. Orientación sobre los lugares o espacios donde sería más correcto realizar ejercicio y las horas del día más apropiadas. 4. Orientación de pautas para caminar de forma segura y rentabilizando de forma óptima las capacidades residuales con las que cuenta.</p>	<p>6 meses</p>
<p>22. Desequilibrio nutricional por defecto manifestado por peso corporal inferior al peso ideal, informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas y palidez de las conjuntivas y saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos relacionado con incapacidad para ingerir, digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos, psicológicos y económicos. (Diagnóstico grupal)</p>	<p>1. Fomentar una buena alimentación en cuanto a calidad y cantidad tomando en cuenta sus preferencias personales y su economía.</p>	<p>1. Potenciar que el acto de comer se realice en compañía. 2. Dieta rica y variada en cuanto a los nutrientes. 3. Realizar al menos 4 comidas diarias. La última comida no debe ser abundante y no debe ingerirse muy tarde. 4. Comidas ligeras, de fácil digestión, de fácil preparación y sin exceso de condimentos. 5. Ingesta de proteínas en cantidades adecuadas. 6. Ingesta óptima de calcio y hierro. 7. Aumentar la proporción de carbohidratos complejos sobre los simples. 8. Controlar la ingesta de</p>	<p>2 meses</p>

		<p>alimentos precocinados.</p> <p>9. Controlar la cantidad y el tipo de grasas, disminuir la proporción de grasas saturadas.</p> <p>10. Mantener un peso moderado y una buena actividad física.</p>	
<p>23. Trastorno de la percepción sensorial visual y auditiva manifestado por distorsiones visuales y auditivas relacionado con alteración de la percepción sensorial por deterioro en el adulto mayor. (<u>Diagnóstico grupal</u>)</p>	<p>1. Recuperar la función visual y auditiva con un óptimo nivel de independencia y ayudar al paciente a adaptarse al entorno para compensar los cambios visuales relacionados con el envejecimiento.</p>	<p>1. Valorar el grado de déficit visual y auditivo que tiene el paciente en cada ojo y oído.</p> <p>2. Lavar los lentes con agua y jabón y secarlos con un trapo que no deje pelusa.</p> <p>3. Adaptar el entorno del paciente de acuerdo a su pérdida visual.</p> <p>4. Estimular al paciente a que camine ayudado por otra persona para mantener la movilidad.</p> <p>5. Comprobar que el entorno este bien iluminado.</p> <p>6. Usar colores estimulantes en el entorno del paciente.</p> <p>7. Control periódico de la vista.</p> <p>8. Acercarse lo más posible y utilizar un tono de voz adecuado para establecer comunicación con el adulto mayor.</p>	<p>2 meses</p>
<p>24. Procesos familiares</p>	<p>I. Disminuir la ingestión de</p>	<p>1. Proponer actividades</p>	

<p>disfuncionales alcoholismo manifestado por deterioro de las relaciones familiares por el abuso del alcohol, alteración en la función del rol, problemas económicos y fallo en el logro de las tareas relacionado con el abuso del alcohol. <u>(Diagnóstico individual)</u></p>	<p>alcohol para evitar con ello el riesgo de lesiones y mejorar las relaciones intrafamiliares.</p>	<p>formativas que correspondan con las motivaciones de los adultos mayores. 2. Que el adulto mayor participe de cuantas actividades se desarrollen en su entorno, siempre que tenga capacidad para ello.</p>	<p>1 año</p>
<p>25. Deterioro del patrón del sueño manifestado por insomnio, tardar para conciliar el sueño, despertar antes de lo deseado, quejas verbales de no sentirse descansado, tiempo menor de sueño relacionado con pensamientos repetitivos antes del sueño, depresión, cambios de sueño relacionados con la edad y pérdida de personas significativas. <u>(Diagnóstico grupal)</u></p>	<p>1. Proporcionar un entorno seguro y confortable que favorezca el sueño.</p>	<p>1. Disminuir los ruidos y luces a la hora de dormir. 2. Animar al paciente a realizar actividades en el día y a relajarse después de la cena. 3. Que evite realizar ejercicio 2 horas antes de acostarse. 4. Mantener la temperatura de la habitación a 21-27°C. 5. Orientar pautas de sueño que correspondan a su patrón habitual. 6. Controlar la ingesta de líquidos durante las últimas horas de la tarde o las primeras horas de la noche y recomendar la evacuación antes de acostarse. 7. Recomendar el uso de prendas confortables y de tejidos naturales. 8. Orientar sobre los requisitos que debe reunir un entorno</p>	<p>3 meses</p>

		<p>adecuado para el descanso.</p> <p>9. Enseñar técnicas de relajación que faciliten el descanso.</p>	
<p>26. Déficit de volumen de líquidos manifestado por disminución de la turgencia de la piel, sequedad de la piel y mucosas, disminución de la presión arterial y disminución del volumen del pulso relacionado con baja ingesta de líquidos. <u>(Diagnóstico grupal)</u></p>	<p>1. Aumentar la ingestión de líquidos para mejorar el estado de hidratación de la piel y la hipotensión que presentan los adultos mayores.</p>	<p>1. Ingesta de líquidos de 1.5 a 2 litros repartidos a lo largo del día, disminuir la ingesta en las últimas horas de la tarde. Ingerir agua simple y de frutas, no bebidas alcohólicas ni carbonatadas.</p> <p>3. Establecer pautas horarias para ingestión de líquidos y micciones.</p> <p>4. Ingestión de líquidos para acidificar la orina.</p> <p>5. Evitar bebidas irritantes.</p>	<p>1 mes</p>
<p>27. Riesgo de lesión manifestado por caídas relacionado con deterioro musculoesquelético, ingestión de alcohol, estructura inapropiada de los hogares, alteración de la movilidad y desnutrición. <u>(Diagnóstico grupal)</u></p>	<p>1. Reducir el riesgo de caídas y ayudar al paciente y al cuidador a identificar los riesgos ambientales que pudieran ser causa de lesiones.</p>	<p>1. Valorar el domicilio del paciente en busca de riesgos ambientales que puedan provocar una lesión.</p> <p>2. Estimular al paciente a que realice ejercicio regularmente y otras actividades que mejoren el equilibrio.</p> <p>3. Aconsejar al paciente que utilice zapatos cómodos, bajos y con suela antideslizante, que este pendiente de los obstáculos, rampas, suelos rotos y pavimentos mojados, que evite cruzar calles muy</p>	<p>3 meses</p>

		<p>transitadas y tenga cuidado cuando la iluminación sea mala.</p> <p>4. Aconsejar al paciente que elimine todos los factores de riesgo de escaleras y pasillos.</p> <p>5. Aconsejar al paciente que evite la ingestión de alcohol porque aumenta el riesgo de lesiones.</p> <p>6. Enseñar al paciente a levantarse lentamente desde una postura sentada o acostada y a evitar los movimientos y los giros de cabeza bruscos.</p> <p>7. Advertir al paciente que tiene lentes nuevos que este alerta ante la posibilidad de caerse.</p> <p>8. Retirar objetos como armas, máquinas de afeitar, medicamentos, cuchillos, etc., ante la sospecha de suicidio.</p>	
--	--	---	--

3.4 EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES

Para efectos cualitativos y cuantitativos fueron divididas de la siguiente manera:

3.4.1 Actividades administrativas

ACTIVIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1. Llevar el control de la asistencia de los adultos mayores.	150	14.85%
2. Registrar en su cartilla los resultados de signos vitales.	250	24.75%
3. Registrar en su cartilla los resultados de somatometría.	150	14.85%
4. Registrar en su cartilla los resultados de glicemia capilar.	150	14.85%
5. Registrar en la carpeta de casa de la salud del módulo correspondiente la fecha, nombres de los asistentes y actividades realizadas.	100	9.90%
6. Realizar el vale a CEYE para solicitar el material y equipo a utilizar durante cada sesión.	50	4.95%
7. Entrega del material y equipo solicitado al término de la sesión.	50	4.95%
8. Solicitar las llaves de las gabetas para utilizar el material disponible en el CCOAPS para la elaboración de los trabajos manuales.	50	4.95%
9. Realizar el vale para gastos de la casa de la salud.	25	2.47%
10. Gestionar recursos para la casa de la salud así como la autorización de las tutoras para la realización de los trabajos manuales y las actividades de la profeco.	35	3.46%
TOTAL	1010	100%

Fuente: Anecdotario personal y hoja del reporte total de actividades realizadas en cada sesión de la casa de la salud.

Descripción y análisis: De acuerdo al cuadro anterior la actividad administrativa que más se realizó en la casa de la salud fue la del registro en la cartilla de los resultados de las constantes vitales con un (24.75%), en menor proporción se encuentra la realización de vales para gastos generados dentro de la casa de la salud con un (2.47%), el registro de la información de signos vitales es primordial ya que en base a estas manifestaciones objetivas se puede conocer el estado de salud o enfermedad y con ello establecer una serie de intervenciones encaminadas a mejorar ese estado.

3.4.2 Actividades técnicas

ACTIVIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1. Valoración y registro de T/A	190	12.92%
2. Valoración y registro de FR	190	12.92%
3. Valoración y registro de glicemia capilar.	150	10.20%
4. Valoración de resultados de laboratorio.	50	3.40%
5. Curación de heridas.	10	0.68%
6. Realización de ejercicios de rehabilitación.	40	2.72%
7. Consultoría en caso de requerirla.	10	0.68%
8. Apoyo al señor de la profeco en la elaboración de platillos y de tecnologías de bajo costo.	50	3.40%
9. Valoración y registro de FC.	190	12.92%
10. Valoración y registro de temperatura.	190	12.92%
11. Valoración y registro de peso corporal.	200	13.60%
12. Valoración y registro de la talla.	200	13.60%
TOTAL	1470	100%

Fuente: IBIDEM

Análisis: De acuerdo a lo anterior la actividad técnica que más se realizó fue la somatometría con un (13.60%) ya que en el adulto mayor las variaciones de peso y talla son más frecuentes además de ser indicadores dentro del proceso salud-enfermedad y del aumento de la depresión. Tanto los signos vitales como la somatometría forman parte de la fase inicial del proceso de enfermería y sirven para el monitoreo de la salud de los usuarios por tanto son las actividades que se realizan con mayor frecuencia.

3.4.3 Actividades de educación para la salud

ACTIVIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1. Enseñanza de trabajos manuales.	112	30.27%
2. Enseñanza de ejercicios.	33	8.91%
3. Clases de lecto-escritura.	20	5.40%
4. Sesión de diabetes mellitus.	11	2.97%
5. Sesión de hipertensión arterial.	11	2.97%
6. Educación y promoción para la salud de acuerdo a sus diferentes patologías.	100	27.02%
7. Educación para la salud acerca del proceso de envejecimiento.	33	8.91%
8. Educación para la salud con respecto a la dieta y fármacos que deben seguir los usuarios diabéticos e hipertensos.	25	6.75%
9. Orientación sobre la importancia del seguimiento de su tratamiento.	25	6.75%
TOTAL	370	100%

Fuente: IBIDEM

Análisis: La actividad docente que más se realizó dentro de la casa de la salud fue la enseñanza de trabajos manuales con un (30.27%) ya que estos trabajos constituyen una parte de la terapia ocupacional con el fin de conseguir, recuperar o desarrollar sus aptitudes en los aspectos físico, psicológico, social y económico, así como capacidad para comunicarse e integrarse de una forma total en su mundo social. En Geriatría, la terapia ocupacional, se utiliza fundamentalmente como medida de sostén y de reorientación de intereses recreativos, siendo indispensable la consecución para la realización de las actividades de la vida diaria y para la movilidad y desplazamiento. Así pues, tratar de conseguir la independencia, por una parte, y ocupar el tiempo libre por otra, son las dos características esenciales de la terapia ocupacional en geriatría, sin olvidar que en ocasiones, la realización de trabajos que de alguna forma puedan reportar un beneficio económico al paciente resulta de suma utilidad en la total integración a su medio social.

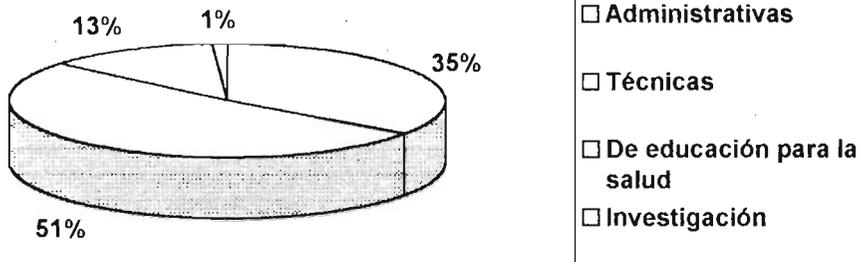
3.4.4 Actividades de investigación

ACTIVIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1. Investigación de terapias ocupacionales para el adulto mayor con depresión.	15	44.1%
2. Investigación de ejercicios para el adulto mayor.	9	26.4%
3. Investigación del tema de diabetes mellitus para la sesión con los adultos mayores.	3	8.8%
4. Investigación del tema de hipertensión arterial para la sesión con los adultos mayores.	3	8.8%
5. Investigación de los cambios anatómo-fisiológicos durante el proceso de envejecimiento.	4	11.7%
TOTAL	34	100%

Fuente: IBIDEM

Análisis: La actividad de investigación que más se realizó en la casa de la salud fue la de investigar terapias ocupacionales con un (50%) en las que se incluyen música, costura, pintura en peyón, dibujo, cine club, lectura de chistes y poemas, sesiones de lecto-escritura, elaboración de tecnologías a bajo costo y la degustación de platillos por la PROFECO entre otros debido a que dentro de este grupo de edad el desarrollo de este tipo de terapias han demostrado ser terapéuticas en el cuidado y mantenimiento de los adultos mayores con depresión.

GRAFICA COMPARATIVA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA CASA DE LA SALUD



Fuente: Cuadros de las respectivas actividades realizadas en la casa de la salud.

Análisis: En esta gráfica se puede apreciar que el mayor número de actividades realizadas dentro de la casa de la salud corresponde a las actividades técnicas debido a que se realizaban muchos procedimientos de enfermería para el control del estado de salud de los adultos mayores y el menor número corresponde a las actividades de investigación ya que fueron mínimas las documentaciones realizadas.

3.5 EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	TIEMPO ESTABLECIDO	EVALUACIÓN
1. Aflicción crónica manifestado por expresión de sentimientos periódicos recurrentes de tristeza relacionado con muerte de un ser querido, enfermedades, discapacidades físicas y la falta de productividad. <u>(Diagnóstico grupal)</u>	1 año	Durante el año que se trabajó con el grupo de adultos mayores se estableció un ambiente de confianza que permitió la exteriorización de sus problemas y una convivencia que favoreció que mejorara su estado de ánimo de manera positiva.
2. Afrontamiento familiar comprometido manifestado por la demostración de preocupación relacionado con la incapacidad de proporcionar un ingreso económico, el cambio en el rol familiar, prolongación de la enfermedad y progresión de la incapacidad física. <u>(Diagnóstico grupal)</u>	1 año	En el lapso de tiempo establecido los usuarios refirieron mucha mayor comprensión hacia ellos por parte de su familia y la mejora notable de sus relaciones intrafamiliares.
3. Riesgo de aspiración manifestado por el riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial sólidos o líquidos relacionado con deterioro de la masticación por adoncia parcial o completa. <u>(Diagnóstico individual)</u>	1 mes	El usuario acudió a que le colocarán una prótesis dental, lo que aunado a evitar los alimentos que le eran difíciles de tragar le permitieron disminuir su temor ante la aspiración y mejorar la ingesta de alimentos en su dieta.
4. Déficit de alimentación manifestado por incapacidad para masticar la comida e ingerir alimento suficiente relacionado con deterioro de la dentadura natural y falta de ingresos económicos. <u>(Diagnóstico grupal)</u>	3 meses	Los usuarios acudieron a los servicios odontológicos para la colocación de prótesis dental parcial y/o total, por lo cuál manifestaron la mejoría en el proceso de la masticación y por tanto una ingestión de alimentos suficiente. En lo que respecta al ingreso

		económico resultan beneficiados con el apoyo mensual que les brinda el gobierno del Distrito Federal, pero aún esto es insuficiente para adquirir los alimentos requeridos, esto aunado a que varios no dependen de sus hijos o cónyuges sino de sus sobrinos u otros familiares lo cuál hace más difícil la satisfacción de esta necesidad.
5. Déficit de autocuidado baño/higiene manifestado por incapacidad para lavar parcialmente el cuerpo y secarse relacionado con deterioro musculoesquelético. (Diagnóstico grupal)	3 meses	En el tiempo establecido el Sr. Roberto recuperó la autonomía para su autocuidado, el resto del grupo con la ayuda de aparatos de ortésis y de su familia aumentaron ligeramente su capacidad para llevar a cabo sus actividades de higiene personal.
6. Déficit de autocuidado vestido/acicalamiento manifestado por deterioro de la capacidad para ponerse o quitarse las prendas de ropa y usar dispositivos de ayuda relacionado con deterioro musculoesquelético. (Diagnóstico grupal)	3 meses	El Sr. Roberto logró su independencia en lo que respecta a esta necesidad, los demás manifestaron aumentar ligeramente su autonomía, pero si se hace necesaria la ayuda de un familiar.
7. Riesgo de caídas manifestado por el temor y las lesiones sufridas a causa de las caídas relacionado con historia de caídas, uso de silla de ruedas, uso de dispositivos de ayuda y disminución de la fuerza de las extremidades inferiores. (Diagnóstico grupal)	6 meses	En el caso específico de la Sra. Felipa no se repitió nuevamente el evento de las caídas, los demás manifestaron seguir con la rutina de ejercicios regularmente y sentir más fuerza en el sistema musculoesquelético y el haber modificado las condiciones de su hogar como una medida de precaución.
8. Deterioro de la Deambulaci3n		La mayoría de los adultos mayores

<p>manifestado por deterioro de la habilidad para subir escaleras, caminar distancias largas y caminar sobre superficies desiguales relacionado con el deterioro musculoesquelético. (Diagnóstico grupal)</p>	<p>6 meses</p>	<p>expresaron realizar la rutina de ejercicios establecida y por tanto la mejora continúa de su sistema musculoesquelético al realizar diversas actividades además de llevar a cabo las medidas de precaución que se les enseñó para evitar lesiones.</p>
<p>9. Deterioro de la deglución manifestado por ardor en el estómago, dolor epigástrico y falta de masticación relacionado con alteración de la integridad estructural de la dentadura y secreción excesiva de jugos gástricos. (Diagnóstico grupal)</p>	<p>3 meses</p>	<p>En el caso de la Sra. Felicitas aunque cumplía con su tratamiento tal como le era indicado, mejoró el alivio de sus síntomas por un tiempo breve pero en el mes de agosto falleció a causa de cáncer en el estómago.</p>
<p>10. Deterioro de la dentición manifestado por falta total o parcial de los dientes, halitosis, decoloración del esmalte dental, caries en la corona o en las raíces, exceso de placa y dientes que se mueven relacionado con higiene dental ineficaz. (Diagnóstico grupal)</p>	<p>6 meses</p>	<p>En la mayor parte de los adultos mayores al ser valorados nuevamente se observó la mejoría en cuanto a su higiene dental y el estado de su dentadura natural y la adquisición de prótesis dentaria en los adultos que la requerían.</p>
<p>11. Desempeño inefectivo del rol sociopersonal y manejo en el hogar manifestado por adaptación inadecuada al cambio, conflicto con el sistema familiar, cambio en los patrones de responsabilidad, tensión en el desempeño, alteración de las percepciones, cambio en las percepciones que los demás tienen, insatisfacción con el rol relacionado</p>	<p>1 año</p>	<p>A través de la comprensión del proceso de envejecimiento y de sus enfermedades, se logró una mejor integración familiar y que los adultos se sintieran con la confianza necesaria para comunicar a su familia de sus inquietudes y motivos de preocupación.</p>

con conflicto familiar, bajo nivel socioeconómico, nivel de educación, depresión, baja autoestima y enfermedad física. (Diagnóstico grupal)		
12. Duelo disfuncional manifestado por expresión de sufrimiento por la pérdida, tristeza, llanto y verbalización de experiencias pasadas con poca disminución de la intensidad del duelo relacionado con la pérdida de cónyuges e hijos. (Diagnóstico grupal)	4 meses	En el caso de la Sra. Refugio aún a pesar de los esfuerzos invertidos no se logró concluir totalmente el proceso de duelo por la muerte de su hijo, solo se observaba mejoría por un tiempo breve.
13. Estreñimiento manifestado por distensión abdominal, defecación dificultosa, disminución del volumen y frecuencia de las heces y sensación de plenitud relacionado con malos hábitos alimentarios, dentición inadecuada, aporte insuficiente de fibras y líquidos. (Diagnóstico grupal)	2 semanas	En el caso de la Sra. Consuelo demostró mejoría en una semana con las medidas que le fueron indicadas y los demás continuaron realizándolas para evitar que el problema se presentará.
14. Fatiga manifestado por falta de energía para mantener el nivel habitual de actividad física incluso después del sueño, cansancio, aumento de los requerimientos de descanso, disminución en la ejecución de tareas y somnolencia relacionado con malestar físico, estados de enfermedad, desnutrición y depresión. (Diagnóstico grupal)	2 meses	Se observó y se manifestó mejoría en cuanto a la fatiga que presentaban los adultos mayores con las medidas que les fueron indicadas.
15. Incontinencia urinaria funcional manifestado por pérdida de orina		Se observó mejoría en cuanto a que fue menor el tiempo que se requería

<p>antes de llegar al inodoro relacionado con debilidad de las estructuras pélvicas de soporte y limitaciones neuromusculares. <u>(Diagnóstico grupal)</u></p>	<p>2 meses</p>	<p>para llegar al baño con la ayuda de las acciones indicadas y del bastón que utilizaban.</p>
<p>16. Trastorno de la imagen corporal manifestado por expresión de sentimientos negativos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto su aspecto o función y preocupación por el cambio relacionado con cambios psicosociales. <u>(Diagnóstico grupal)</u></p>	<p>6 meses</p>	<p>Todos mejoraron esta necesidad a través de la comprensión del proceso de envejecimiento debido a que hubo mejora en su aspecto físico y menos expresiones de preocupación por los cambios corporales.</p>
<p>17. Incumplimiento del tratamiento manifestado por evidencia de exacerbación de los síntomas y conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento por observación, pruebas objetivas y por afirmaciones del paciente relacionado con ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales y costo del tratamiento. <u>(Diagnóstico grupal)</u></p>	<p>1 mes</p>	<p>A pesar de los esfuerzos realizados en ocasiones EL Sr. Francisco no le daba seguimiento a su tratamiento lo que era reflejado en el aumentó exagerado de las cifras de glicemia capilar y su semblante.</p>
<p>18. Riesgo de infección manifestado por infecciones frecuentes relacionado con desnutrición y enfermedades crónicas. <u>(Diagnóstico grupal)</u></p>	<p>1 año</p>	<p>Durante el año que duró nuestra estancia en el CCOAPS se observó una disminución notable de la recurrencia y el tiempo de duración de las infecciones que presentaba la Sra., Raquel y el resto de los asistentes.</p>
<p>19. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea manifestado por deterioro en la Deambulaci3n debido al uso de dispositivos de apoyo</p>	<p>3 meses</p>	<p>El Sr. Roberto durante su convalecencia en la silla de ruedas después de su accidente no presento úlceras por decúbito que afectaran su</p>

relacionado con inmovilización física, humedad, alteración de la circulación y de la sensibilidad. <u>(Diagnóstico individual)</u>		integración cutánea.
20. Deterioro de la memoria manifestado por incapacidad para aprender o retener nueva información y experiencias de olvidos relacionado con desnutrición. <u>(Diagnóstico grupal)</u>	6 meses	Se apreció durante las clases de lecto-escritura que la Sra. Raquel y la Sra. Lorenza no lograron mejorar su desempeño lo que provocó frustración y el abandono de la casa de la salud por tiempo breve. El resto del grupo mantuvo el interés por esta actividad y logró aprender a leer y escribir.
21. Deterioro de la movilidad física manifestado por limitación de la habilidad motora fina, disminución de la velocidad de la marcha, andar arrastrando los pies y enlentecimiento del movimiento relacionado con deterioro musculoesquelético, disminución de la fuerza muscular y rigidez articular. <u>(Diagnóstico grupal)</u>	6 meses	Hubo mejoría con respecto al sistema musculoesquelético a través de la práctica de ejercicios en forma regular, un programa de rehabilitación que se estableció para la Sra. Felipa y la utilización de aparatos de ortésis; con lo que se logró disminuir en gran medida las dificultades en la deambulación y el riesgo de caídas.
22. Desequilibrio nutricional por defecto manifestado por peso corporal inferior al peso ideal, informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas y palidez de las conjuntivas y saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos relacionado con incapacidad para ingerir, digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos, psicológicos y económicos.	2 meses	En lo que respecta a esta necesidad hubo períodos de aumento de peso por arriba de los 5 Kg. en la Sra. Raquel y el Sr. Ezequiel sin embargo al poco tiempo se presentaba nuevamente el descenso del peso corporal; esto como consecuencia del bajo nivel socioeconómico que le impedía la ingestión adecuada en la dieta.

<p>(Diagnóstico grupal)</p> <p>23. Trastorno de la percepción sensorial visual y auditiva manifestado por distorsiones visuales y auditivas relacionado con alteración de la percepción sensorial por deterioro en el adulto mayor. (Diagnóstico grupal)</p>	<p>2 meses</p>	<p>En el lapso de tiempo establecido la mayoría de los adultos adquirieron y/o cambiaron la graduación de sus lentes con lo que mejoró notablemente su percepción visual, además de realizar las modificaciones necesarias en su domicilio para evitar accidentes.</p>
<p>24. Procesos familiares disfuncionales alcoholismo manifestado por deterioro de las relaciones familiares por el abuso del alcohol, alteración en la función del rol, problemas económicos y fallo en el logro de las tareas relacionado con el abuso del alcohol. (Diagnóstico individual)</p>	<p>1 año</p>	<p>A pesar de los esfuerzos conjuntos no se logró que el Sr. Eduardo abandonara la ingesta excesiva de alcohol, aunque cada vez se deterioraba más su salud a causa de la cirrosis hepática y su relación intrafamiliar.</p>
<p>25. Deterioro del patrón del sueño manifestado por insomnio, tardar para conciliar el sueño, despertar antes de lo deseado, quejas verbales de no sentirse descansado, tiempo menor de sueño relacionado con pensamientos repetitivos antes del sueño, depresión, cambios de sueño relacionados con la edad y pérdida de personas significativas. (Diagnóstico grupal)</p>	<p>3 meses</p>	<p>Esta necesidad quedó resuelta en todos los adultos mayores; aunque refería la Sra. Refugio que había días en los que no podía descansar y conciliar el sueño.</p>
<p>26. Déficit de volumen de líquidos manifestado por disminución de la turgencia de la piel, sequedad de la piel y mucosas, disminución de la presión arterial y disminución del volumen del pulso relacionado con</p>	<p>1 mes</p>	<p>En todos los participantes se valoró la mejoría en lo que respecta a su estado de hidratación de tegumentos al igual que para la hipotensión que presentaban algunos.</p>

baja ingesta de líquidos. <u>(Diagnóstico grupal)</u>		
27. Riesgo de lesión manifestado por caídas relacionado con deterioro musculoesquelético, ingestión de alcohol, estructura inapropiada de los hogares, alteración de la movilidad y desnutrición. <u>(Diagnóstico grupal)</u>	3 meses	Todos los adultos modificaron su domicilio eliminando los principales factores de riesgo que pudieran ser condicionantes de lesiones, evitaban transitar solos por lugares peligrosos y realizar las acciones que les fueron indicadas.

NOTA: La evaluación definitiva se empezó a realizar a los 10 meses sin embargo en el transcurso del trabajo dentro de la casa de la salud se llevó a cabo el proceso de enfermería en sus diferentes fases.

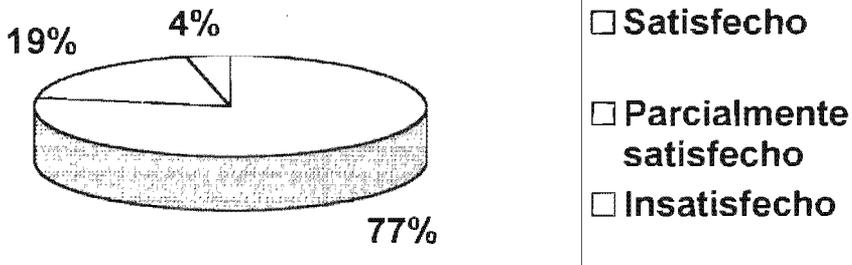
Evaluación De Los Diagnósticos

DIAGNÓSTICOS	SATISFACCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS	PORCENTAJE
Diagnóstico núm. 1	Satisfecho	100%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 2	Satisfecho	100%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 3	Satisfecho	100%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 4	Satisfecho	100%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 5	Satisfecho	100%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 6	Satisfecho	100%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 7	Satisfecho	100%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 8	Satisfecho	100%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 9	Satisfecho	50%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 10	Satisfecho	100%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 11	Satisfecho	100%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 12	Satisfecho	50%
	Parcialmente satisfecho	

	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 13	Satisfecho	100%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 14	Satisfecho	100%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 15	Satisfecho	100%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 16	Satisfecho	100%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 17	Satisfecho	
	Parcialmente satisfecho	50%
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 18	Satisfecho	100%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 19	Satisfecho	100%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 20	Satisfecho	
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	50%
Diagnóstico núm. 21	Satisfecho	100%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 22	Satisfecho	
	Parcialmente satisfecho	50%
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 23	Satisfecho	100%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 24	Satisfecho	
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	0%
Diagnóstico núm. 25	Satisfecho	100%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	

Diagnóstico núm. 26	Satisfecho	100%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	
Diagnóstico núm. 27	Satisfecho	100%
	Parcialmente satisfecho	
	Insatisfecho	

COMPARACIÓN DE RESULTADOS



Fuente: La tabla correspondiente a la evaluación de los diagnósticos.

Análisis: En esta gráfica se puede observar que la mayor parte de los diagnósticos establecidos en un inicio fueron resueltos de manera satisfactoria en un 77% y solo uno de ellos que corresponde al 4% no pudo ser satisfecho debido al alcoholismo que presentaba el señor Eduardo y que fue imposible lograr su modificación, solo hubo cierta disminución.

4. CONCLUSIONES

El Proceso de enfermería como parte de la atención nos permite tener una visión panorámica de la situación de salud en un individuo, familia o comunidad; en base a esto se puede partir para la elaboración de un plan de trabajo metódico de acuerdo a las necesidades alteradas en un momento y situación determinada y por último conocer si las intervenciones formuladas en un inicio en base a lo valorado resolvieron estas y conocer las razones por las que se resolvió totalmente, parcialmente o no fue resuelta y replantear los diagnósticos y las intervenciones para el logro de los objetivos.

Por lo anterior afirmamos que el haber llevado a cabo el proceso de enfermería como parte de la estrategia de **casa de la salud** fue lo más conveniente ya que permitió identificar las necesidades alteradas por medio de una valoración exhaustiva utilizando diversas fuentes, establecer los juicios clínicos aplicados individualmente o grupalmente, implementar las actividades orientadas a la satisfacción de necesidades y por último presentar la evaluación en un año de la cuál se obtuvo que de los 27 diagnósticos planteados en un inicio, 21 fueron totalmente satisfechos, 5 parcialmente satisfechos debido a situaciones que muchas de las veces no se pueden modificar con nuestras intervenciones como la situación económica que influye en el equilibrio del peso corporal, la resolución total del proceso de duelo y que se lleve a cabo el tratamiento y solo un diagnóstico resultó insatisfecho por la nula modificación del abuso del alcohol por lo que se confirma que con esta estrategia propuesta se fortaleció notablemente su autoestima y permitió la satisfacción de las necesidades que se identificaron como alteradas y que el proceso de enfermería es la manera ideal de trabajar con casas de la salud ya que ayudó a resolver la depresión que fue detectada en un inicio tras la resolución de la escala geriátrica de Yesavage por medio de la aplicación de diversas técnicas utilizadas en la terapia ocupacional acordes a esta enfermedad y al grupo de edad que se realizaron a lo largo de nuestro trabajo en el Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud.

Concluimos que la metodología del proceso enfermero apoya notablemente a la profesión ya que le permite establecer cuidados independientes que vayan más allá del cumplimiento de indicaciones médicas en el ámbito hospitalario y la prevención de enfermedades por medio de estrategias de promoción y educación para la salud en el

ambiente comunitario en la que resulten beneficiados primeramente los pacientes al brindarles un cuidado integral y de calidad y por consiguiente el crecimiento de enfermería al llevar a cabo la esencia del cuidado, ya que es triste percatarse que aún la mayor parte del personal sigue siendo ejecutor de indicaciones dejando a un lado el bagaje de conocimientos de los que podría echar mano en beneficio ajeno y propio; además de que no se le da la importancia que amerita los cuidados anticipatorios al daño ya que como es sabido esto evitaría enfermedades, el sufrimiento humano y el costo tan importante que representa para la sociedad la atención en un segundo o tercer nivel.

5. SUGERENCIAS

1. El trabajo con grupos de adultos mayores o cualquier situación que requiera de la atención de enfermería debe ser abordado con el proceso enfermero porque esto nos permite realizar intervenciones con una razón de ser y brindar un cuidado más integral.
2. Dentro de la planeación de las actividades con los adultos mayores se debe integrar a la familia como parte de las intervenciones que se establecen.
3. Permitir que los adultos realicen las manualidades u otras actividades o situaciones en el tiempo requerido de acuerdo a sus capacidades psicomotrices, fomentando la independencia.
4. La atención de enfermería con este grupo de edad debe ser igualitaria en lo que se refiere al trato que se le brinda a cada uno.
5. Se debe establecer un espacio físico que sea de fácil acceso para los diferentes domicilios de los usuarios considerando las dificultades para su deambulaci3n y traslado.
6. Realizar actividades de promoci3n en la comunidad para incrementar el n3mero de adultos mayores que resulten beneficiados con este tipo de estrategia.
7. Ante la m3nima inasistencia acudir a los domicilios para conocer la causa y llevar a cabo intervenciones oportunas.
8. El programa de actividades se debe elaborar considerando las caracter3sticas de salud y capacidades de cada participante.
9. En todo momento se debe respetar las decisiones personales que sean tomadas en cuanto a los h3bitos aunque ello perjudique la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Marriner Tomey Ann y Raile Alligood Martha, Modelos y Teorías en enfermería, Ed. Harcourt Brace 4ª. edición, Madrid España 1999, pp.555.
- 2) Diagnósticos enfermeros de la NANDA: Definiciones y clasificación 2003-2004
- 3) Hernández Conesa Juana y Esteban-Albert Manuel, Fundamentos de enfermería: teoría y método, Ed. McGraw Hill Interamericana Madrid, 1999, pp. 168.
- 4) Salgado Alba A., González Montalvo J y Alarcón Alarcón M., Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano, Ed. Masson, 1995, pp. 364.
- 5) Rodríguez García Rosalía y Etal, Geriatría. Ed. McGraw Hill Interamericana. México 2000. pp. 352.
- 6) Carroll Mary y Jane Bue M., Cuidados de Enfermería individualizados en el anciano, Ed. Doyma, 1989, pp.203.
- 7) Ruipeñez Cantera J., Baztón Cortés J., Jiménez Rojas C. y Sepúlveda Moya D., El paciente anciano, Ed. McGraw Hill Interamericana, 1998, pp. 598.
- 8) García López María Victoria, Rodríguez Ponce Catalina y Toronjo Gómez Angela María, Enfermería del anciano, Ed. Difusión avances de Enfermería, Enero 2001, pp. 420.
- 9) Manual de Enfermería práctica de lippincott, Editorial McGraw Hill Interamericana, 1999, pp. 635.
- 10) Salgado Alberto y Guillén Francisco, Manual de Geriatría, Ed. Salvat, 1994, pp.596.
- 11) García Hernández Misericordia y Torres Egea Ma. Pilar. Enfermería Geriátrica. Ed. Masson, Barcelona, España 2000. pp. 196.
- 12) Kumate Rodríguez Jesús, Estrategia de extensión de cobertura, México D.F. Julio 1991 pp. 19
- 13) Sánchez Moreno Antonio. Enfermería comunitaria. Ed. McGraw Hill Interamericana, México 2000, pp. 200.
- 14) Martín Zurro A. y Cano Pérez J., Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica, Ed. Mosby 3ª edición, 1995, pp.1158.

- 15) Klainberg* Holzemer* Leonard* Arnold, Enfermería comunitaria: una alianza para la salud, Ed. McGraw Hill Interamericana Colombia 2001 pp. 443.
- 16) Sonis Abraham y cols, Atención a la Salud, Ed. "El Ateneo", 3a edición, 1995, pp.857.
- 17) Álvarez Alva Rafael, Salud Pública y Medicina Preventiva, Ed. Manual Moderno, 1991, pp.391.
- 18) Sánchez Moreno Antonio, Ramos García Elvira y Maset Campos Pedro, Material de apoyo: Atención a la salud en México, UNAM-ENEO, México 2004, pp. 155
- 19) Frías Osuna Antonio, Salud Pública y Educación para la Salud, Ed. Masson, 2002, pp.440.
- 20) Mercado Ramírez Antonio. Educación para la salud. Ed. Limusa, 1ª edición, 1990, pp. 919.
- 21) Kroeger Axel, Atención Primaria a la Salud: principios y métodos, Ed. Pax México 2a edición, 1992, pp.639.
- 22) M. Leahy Kathleen, et. Al. Enfermería y Salud Pública. Ed. McGraw Hill Interamericana, México 1968, pp. 196.
- 23) Blanco Restrepo Jorge Humberto y Maya Mejía José María, Salud Pública, Ed. Corporación para investigaciones biológicas, 2001, pp.144.
- 24) San Martín Ferrari Herman. Salud comunitaria: teoría y práctica. Ed. Díaz de santos, Madrid 1984, pp. 355.
- 25) DDF, Delegación Xochimilco, 1995.
- 26) Simon Staab Angela y Compton Hodges Linda, Enfermería Gerontológica, Ed. McGraw Hill Interamericana, 1998, pp.479.
- 27) Murray Ellen Mary y Atkinson Leslie, Proceso Atención de Enfermería, Ed. McGraw Hill Interamericana 5a edición, pp.225.
- 28) Campbell Claire. Tratado de Enfermería: diagnóstico y métodos. Ed. Doyma, México 1987, pp. 2085.
- 29) Carpenito Lynda Juall. Planes de cuidados y documentación en Enfermería. Ed. McGraw Hill Interamericana, México 1994, pp. 754.

- 30) Jaffe Marie. Enfermería en atención domiciliaria: valoración y planes de cuidados. Ed. Harcourt Brace, México 1998, pp. 483.
- 31) Kaschack Newman Diane y Jakovac Smith Diane A. Planes de cuidados en Geriatría. Ed. Mosby/Doyma Barcelona España, 1994. pp. 321.
- 32) M. Burke Mary y B. Walsh Mary, Enfermería Gerontológica. Cuidados integrales del Adulto Mayor. Ed. Harcourt Brace España 2a. edición 1998. pp. 650.
- 33) Riopelle Lise. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Ed. McGraw Hill Interamericana, Madrid 1993, pp. 352
- 34) Morán Aguilar Victoria y Mendoza Robles Alba Lily, Modelos de Enfermería, Ed. Trillas, 1993, pp.190.
- 35) D.L. Carnevalli y M. Patrick. Tratado de Geriatría y Gerontología. 2ª. Edición. Editorial McGraw Hill Interamericana, México 1998. pp. 755.
- 36) Exton- Smith Norman A. y Weksler Marc E., Tratado de Geriatría, Ed. pediátrica-Barcelona, 1988, pp. 550.
- 37) Pastor López Pilar y Morín Fraile Victoria, Temas de Enfermería Gerontológica. Ed. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología, 2001, pp.376.
- 38) Pérez Melero Andrés, Enfermería Geriátrica, Ed. Síntesis, 1997, pp.462.
- 39) Wesley L. Ruby, Teorías y Modelos de Enfermería, Ed. McGraw Hill Interamericana, 1995, pp. 179. .
- 40) Prieto de Nicola, Geriatría, Ed. Manual Moderno, 1985, pp. 304.
- 41) Staab A.S. y Hodges L.C., Enfermería Gerontológica, Adaptación al proceso de envejecimiento. Ed. Mc Graw Hill interamericana México 1998. pp. 479.
- 42) Vander Carmen T. y Exton-Smith Norman, Manual clínico de Geriatría, Ed. Manual Moderno, 1994, pp. 337.
- 43) Ham Richard y Sloane Philip, Atención Primaria en Geriatría, Ed. Mosby 2a edición, 1995, pp.710.
- 44) Costa Miguel. Salud comunitaria. Ed. Martínez Roca, Barcelona 1986, pp. 235.
- 45) EPP, Jake, Promoción de la salud, Una antología, Publicación científica, No. 557, 1996.

- 46) Organización Panamericana de la Salud, Promoción de la salud, Una antología,
Publicación científica, No. 557, 1996, pp.28.
- 47) Programa académico, Guía para el servicio social, UNAM, ENEO, México 2001
pp.250.
- 48) San Martín Herman, Manual de Salud Pública y Medicina Preventiva. Ed. Masson,
México 1986, pp. 264.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

FORMATO DE VALORACIÓN

DATOS GENERALES

Fecha: _____
 Nombre: _____
 Edad: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Sexo: _____
 Ocupación: _____
 Religión: _____
 Estado civil: _____
 Escolaridad: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____
 Procedencia: _____
 Número de integrantes de la familia: _____
 Familiar encargado de su cuidado: nombre _____
 Parentesco _____ edad _____ sexo _____ ocupación _____
 escolaridad _____

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

SUBJETIVO:

Dificultad para respirar: _____
 Tos seca o productiva: _____
 Características de las secreciones: hialinas _____ amarillo verdosas _____
 hemoptisis _____
 Dolor asociado con las respiraciones: a la inspiración _____ a la expiración _____
 Fumador: _____ tiempo: _____ cantidad de cigarrillos: _____
 Fumadores en su entorno: _____
 Animales en casa: _____ ¿de qué tipo? _____
 Ventilación en el hogar: _____
 ¿Práctica deportes al aire libre?: _____
 El nerviosismo influye en su forma de respirar: _____
 Presencia de enfermedades pulmonares anteriormente: _____

¿En su casa cocinan con?: gas _____ leña _____ carbón _____

Alergias respiratorias: _____

OBJETIVO:

Valoración de la respiración: frecuencia: _____ amplitud: buena _____
mediana _____ reducida _____

Valoración del pulso: frecuencia: _____ ritmo: regular _____ irregular _____
amplitud: fuerte _____ débil _____

Valoración de la presión arterial: cifras: sistólica _____ diastólica _____

Coloración de cara y lechos ungueales: palidez _____ cianosis _____ rubicundez _____
otros _____

Llenado capilar: tiempo en segundos _____

Requiere oxígeno suplementario: _____ puntas nasales _____

Mascarilla _____ otros _____

Tratamientos de apoyo: _____ fisioterapia pulmonar _____ medicamentos: _____
nombres _____

Presencia de disnea: _____ sin esfuerzo _____ con esfuerzo _____

2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN

SUBJETIVO:

Apetito: bueno _____ regular _____ malo _____

Seguimiento de alguna dieta: _____

¿Cuántas veces come al día?: _____

Su horario de alimentos es: desayuno _____ comida _____
cena _____

¿Cuáles son los alimentos de su preferencia?: _____

¿Cuáles son los alimentos que le desagradan?: _____

Problemas para masticar: _____ de qué tipo: _____

Estado de la boca y encías: lesiones en las encías: si _____ no _____

Caries _____

¿Tiene alguna prótesis dental?: _____

¿Tiene algún problema con la dentadura?: _____

Presencia de alergia alimentaria: _____ a qué alimento: _____

Cantidad de agua al día: _____

¿Que bebidas le agradan y consume frecuentemente?: _____

¿Se le hinchan los pies y las manos?: si _____ no _____

¿Se le quedan marcados los dedos en sus piernas al hacer presión sobre ellas?: si
___ no ___

¿Qué hace para disminuir la hinchazón?: _____

¿Sabe cuál es la razón de la hinchazón en sus pies?: _____

Comida entre comidas: _____ que tipo de alimentos:

Presencia de problemas digestivos: _____ cuáles: _____

¿Qué medios utiliza para aliviarlos?: _____

Regularmente dónde acostumbra a comer: _____

¿Cuánto tiempo dedica a cada alimento?: desayuno _____

comida _____ cena _____

Su religión le prohíbe la ingestión de algunos alimentos: _____ ¿cuáles?:

Considera que su alimentación es en cuanto a calidad y cantidad: adecuada _____

inadecuada _____ ¿por qué? _____

OBJETIVO:

Peso: _____ talla: _____

Estado de la piel: hidratada _____ reseca _____

Características de las mucosas: _____

Valoración de la dentadura: _____

Características de la conjuntiva: pálida _____ rosada _____

Características de las uñas: presencia de manchas blancas _____

Gruesas _____ delgadas _____

Formas de cubrir su alimentación: oral _____ otras _____

Cifras del destrostix: _____

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

SUBJETIVO:

Hábitos intestinales: _____ características de las heces:

Problemas para la defecación: _____ estreñimiento _____

Diarrea _____ hemorroides _____ sangrado _____ heces negras _____

incontinencia fecal _____ dolor al evacuar _____ prurito _____ como los

soluciona: _____

Hábitos vesicales: _____ características de la orina:

Problemas para la micción: _____ dolor _____ ardor _____ aumento de la
frecuencia _____ incontinencia urinaria _____

Retención urinaria _____ esfuerzo para iniciar la micción _____

Como los soluciona: _____

Antecedentes de afecciones renales o intestinales: _____

Uso de laxantes o diuréticos: _____

OBJETIVO:

Características del abdomen: observación _____

Palpación _____ percusión _____

Características de los ruidos intestinales: aumentados _____ disminuidos _____

Presencia de edema: + _____ ++ _____ +++ _____ ++++ _____

Resultados de laboratorio:

Examen general de orina: _____

Coproparasitoscópico: _____

Coprocultivo: _____

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

SUBJETIVO

Problemas con el control de su temperatura: _____

Medidas que lleva a cabo cuando hace frío: _____

Medidas que lleva a cabo cuando hace calor: _____

OBJETIVO:

Temperatura corporal: _____

Características de la piel: fría _____ caliente _____ húmeda _____

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

SUBJETIVO

Capacidad de moverse y caminar con facilidad: si _____ no _____

Problemas para la Deambulaci3n: _____

Actividad ayudada por aparatos: si _____ no _____

Actividad ayudada por personas: si _____ no _____

Actividad ayudada por aparatos y personas: si _____ no _____

Realiza ejercicio: si _____ no _____ frecuencia _____ de qu3 tipo _____

Presenta dificultad para: levantarse _____ sentarse _____ acostarse _____

Permanece mucho tiempo de: pi3 _____ acostado _____ sentado _____

Presencia de fracturas o lesiones que dificulten la movilidad:

Presencia de insuficiencia venosa periférica: _____
Al caminar se fatiga: si ___ no ___
Siente debilidad: si ___ no ___
Uso de prótesis u ortésis: _____

OBJETIVO:

Valoración del estado de conciencia: _____
Estado del sistema neuromuscular y esquelético: fuerza _____
Tono _____ motricidad _____ sensibilidad _____
Necesita ayuda para la Deambulaci3n: _____
Presencia de temblores: _____
Patr3n de rehabilitaci3n espec3fico: _____
F3rmacos espec3ficos: _____

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

SUBJETIVO:

Horario de descanso: _____ horario de sueño: _____
Siesta: _____ cu3nto tiempo _____
N3mero de horas de televisi3n al d3a: _____
Alteraci3n del sueño: _____
Razones de la alteraci3n del sueño: _____
Cansancio al levantarse: _____
Medidas que lleva a cabo para favorecer el sueño: _____

OBJETIVO:

Actitud: ansioso _____ angustiado _____ irritable _____
Presencia de ojeras: _____ estado de la atenci3n: _____
Bostezos: _____ concentraci3n: _____ apat3a: _____ cefalea: _____
_____ respuesta a est3mulos: _____
Ingesti3n de f3rmacos espec3ficos: _____

7. NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

SUBJETIVO:

Elecci3n del vestuario en forma personal: _____
¿Necesita ayuda para vestirse o desvestirse?: _____
Sus prendas de vestir incluyen accesorios completos: _____

Utilización de pañal: _____
Importancia que concede a su aspecto personal: mucha _____ regular _____
poca _____
La forma de vestir es adecuada al lugar, estación del año y circunstancias: si _____
no _____ por qué _____
Requiere algún calzado en especial: _____

OBJETIVO:

Capacidad psicomotora para vestirse o desvestirse: _____ aspecto personal: _____

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

SUBJETIVO:

Frecuencia del baño: _____ cambio de ropa: total _____
Parcial _____
Aseo de la cavidad bucal: frecuencia al día _____
Aseo de manos: _____
Corte de uñas: frecuencia _____
Creencias religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: _____
Utilización de artículos personales: crema _____ jabón _____ desodorante _____
perfume _____ cosméticos _____
Cambio de ropa de cama: frecuencia _____
Uso de toalla personal: si _____ no _____
Capacidad para cuidar la limpieza y orden de su casa: si _____ no _____ por qué _____

OBJETIVO:

Aspecto personal en relación a su higiene: _____
Características del cabello y cuero cabelludo: _____
Características de las mucosas: _____
Características de los dientes: _____
Presencia de halitosis: _____
Características de la higiene de las manos: _____
Características del cuidado de los pies: _____
Presencia de lesiones dérmicas: de qué tipo _____
Ubicación de las lesiones: _____
Micosis _____ puntos de presión en las salientes óseas
_____ lesión por quemaduras _____

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

SUBJETIVO:

- ¿Tiene problemas auditivos o visuales?: si ___ no ___
Utiliza lentes _____ aparatos auditivos _____ otros _____
¿En su casa hay algún peligro?: si ___ no ___ cuál _____
¿Habita solo o con su familia?: _____
¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: _____
Mencione cuáles: hogar, vía pública, etc. _____
¿Conoce las medidas de protección en caso de?: incendio
_____ temblores _____
Erupciones _____
¿Es alérgico algún medicamento?: si ___ no ___ a cuál _____
Acata las normas viales: si ___ no ___ cuáles _____
Al realizar ejercicio toma las medidas de seguridad necesarias:

¿Acude a controles periódicos de salud?: _____
¿A qué servicios de salud tiene acceso?: _____
¿Como canaliza las situaciones de tensión en su vida diaria?:

OBJETIVO:

- Utiliza aparatos ortopédicos: _____
Presenta afecciones corporales: _____
Grado de afectación: _____

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

SUBJETIVO:

- Causas de preocupación y estrés: _____
Manifiesta estas preocupaciones: _____ a quién _____
Rol en la estructura familiar: _____
¿Con quién vive actualmente?: _____
¿Cómo es la comunicación con su familia?: _____
¿Cuanto tiempo pasa solo?: _____
Tiene convivencia social: _____ con qué frecuencia: _____
Su vista le permite leer con facilidad: si ___ no ___ utiliza lentes _____ escucha bien _____ utiliza algún aparato para escuchar _____ tiene algún problema bucal u oral que no le permita comunicarse: si ___ no ___ cuál _____

Establece fácilmente contacto con los demás: si ___ no ___ por qué _____

Tiene algún problema en sus genitales: si ___ no ___ cuál _____

Tiene algún problema para ejercer su sexualidad: _____

¿Siente usted que sus necesidades sexuales están siendo satisfechas?: si ___ no ___
porqué _____

¿Cómo manifiesta su sexualidad?: comunicación verbal _____ caricias _____
contacto físico _____

Sus necesidades coinciden con las de su pareja: si ___ no ___ por qué _____
como negocia la diferencia _____

Se realiza la exploración mamaria: si ___ no ___

Se realiza el papanicolau: si ___ no ___ sus resultados han sido normales:

OBJETIVO:

Características del lenguaje verbal y no verbal: _____

Cambios de humor: _____

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

SUBJETIVO:

Creencias religiosas: _____ sus creencias le generan conflictos
personales _____ de que tipo: _____

Principales valores personales: _____

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir:

Creencias acerca de la vida y de la muerte: _____

Tradiciones que lleva a cabo durante el año:

Hábitos religiosos: cuáles _____

¿Que es lo más importante para usted en la vida?: _____

¿A veces se siente triste?: si ___ no ___ porqué _____

¿Como lo soluciona?: _____

OBJETIVO:

Hábitos específicos de vivir. _____

Tiene algún indicativo de valores y creencias: _____

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

SUBJETIVO

Fuente de ingreso económico: jubilado _____ pensionado _____

Hijos _____ familiares _____ otro _____

¿Su ingreso le permite cubrir sus necesidades básicas?: _____

Actividades que le hacen sentir útil y satisfecho: _____

¿Realiza algún trabajo que le remunere algún ingreso económico?: _____

¿Presenta alguna incapacidad para trabajar?: si _____ no _____ cuál _____

¿Esta incapacidad influye en su estado emocional?: _____

¿Se siente contento con el trabajo que desempeña?: _____

¿Cuáles son sus metas en este momento?: _____

¿Pertenece usted algún grupo de apoyo?: social _____ cultural _____

Deportivo _____ religioso: _____

OBJETIVO:

Estado emocional: calmado _____ ansioso _____ enojado _____ retraído _____ temeroso _____
irritable _____ inquieto _____ eufórico _____ otras manifestaciones _____

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

SUBJETIVO:

¿Cuenta con tiempo libre?: si _____ no _____ cuánto tiempo _____

¿A qué lo dedica?: _____

¿Cómo se divierte?: _____

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

¿Su estado de salud ha modificado sus actividades recreativas?: si _____ no _____ por qué _____
cómo se podrían suplir: _____

¿Cuenta usted en su comunidad con lugares donde divertirse o practicar algún deporte?: si _____ no _____ cuál _____

Acude usted a estos lugares: frecuentemente _____ rara vez _____

Nunca _____

OBJETIVO:

Presenta alguna afección en el sistema neuromuscular que le limite realizar actividades recreativas: _____

Rechaza las actividades recreativas: _____

Se observan cambios de ánimo al realizar actividades recreativas:

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

SUBJETIVO:

Grado académico: _____ problemas de aprendizaje:

Limitación cognitiva: _____ tipo: _____

Preferencias: leer _____ escribir _____ dibujar _____ otras _____

¿Conoce y/o utiliza las fuentes de apoyo de aprendizaje?:

¿Desea aprender a resolver problemas relativos a su salud?:

¿Sabe en qué consiste su enfermedad?: _____

¿Sabe el nombre de los medicamentos que toma?: _____

¿Con qué frecuencia y dosis?: _____

¿Cumple con el tratamiento terapéutico?: _____

¿Qué malestares le ha ocasionado la enfermedad?: _____

¿Le gustaría participar en algún grupo de apoyo para mejorar su salud?:

¿Usted considera que es una persona?: alegre _____ seria _____ introvertida _____
inquieta _____ positiva _____ pesimista _____

OBJETIVO:

Presenta alguna afección del sistema nervioso que influya en su aprendizaje:

Presenta algún estado emocional que influya en su aprendizaje: ansiedad _____
dolor _____ apatía _____ depresión _____

Estado de la memoria: intacta _____ solo reciente _____ solo remota

Actitud frente a la enfermedad: _____

Aceptación del paciente para modificar actitudes personales y de su entorno para
prevenir enfermedades: _____

NOTA: En base al formulario utilizado en el posgrado del Adulto Mayor elaborado
por la Profa. Victoria Reyes Audiffred.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
FORMATO DE VALORACIÓN SIMPLIFICADO



Instrucciones: Marcar con una X la respuesta que considere correcta.

DATOS GENERALES

Nombre: _____ Edad: _____
 Ocupación: _____ Religión: _____
 Estado civil: _____ Escolaridad: _____

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

1.1 Dificultad para respirar: sin esfuerzo/con esfuerzo
 1.2 Tos: seca/productiva/características de las secreciones: _____

1.3 Dolor: inspiración/expiración
 1.4 Fumador: activo/pasivo
 1.5 Valoración de la FR: _____
 1.6 Valoración de la FC: _____
 1.7 Valoración de la T/A: _____
 1.8 Coloración: cianótica/pálida/cara/lechos ungueales
 1.9 Tiempo de llenado capilar: _____
 1.10 Tratamientos de apoyo: _____
 DX: I/DP/D _____

2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN

2.1 Núm. De comidas al día: _____ Cantidad de agua al día: _____
 2.2 Problemas para masticar: SI/NO Uso de prótesis dentaria: SI/NO
 2.3 Presencia de caries/lesiones en las encías
 2.4 Come entre comidas: SI/NO Tipo de alimentos: _____
 2.5 Presencia de problemas digestivos: SI/NO Medios para aliviarlos: _____
 2.6 Considera que su alimentación es adecuada/inadecuada
 2.7 Peso: _____ Talla: _____
 2.8 Características de la piel, mucosas, uñas: _____
 2.9 Presencia de edema: +, ++, +++, +++++
 2.10 Formas de cubrir su alimentación: enteral/parenteral
 DX I/DP/D: _____

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

3.1 Hábitos intestinales: _____ Características de las heces: _____ Problemas para la defecación: SI/NO Medidas de solución: laxantes/otros: _____
 3.2 Hábitos vesicales: _____ Características de la orina: _____ Problemas para la micción: SI/NO Medidas de solución: laxantes/otros: _____
 3.3 Valoración del abdomen: observación: _____
 Palpación: _____ auscultación: _____
 DX I/DP/D: _____

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

4.1 Problemas con el control de su temperatura: SI/NO
 Temperatura corporal: _____

4.2 Características de la piel: fría/caliente/húmeda
 DX I/DP/D: _____

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

5.1 Problemas para la Deambulación/movimiento
 5.2 Actividad ayudada por: personas/ aparatos/ambos/especificar aparatos: _____
 5.3 Realiza ejercicio: SI/NO Frecuencia: _____
 Tipo: _____
 5.4 Dificultad para: sentarse/levantarse/acostarse
 5.5 Presencia de insuficiencia venosa periférica: SI/NO
 Fatiga al caminar: SI/NO Presencia de debilidad: SI/NO
 5.6 Valoración del estado de conciencia: _____
 5.7 Estado del sistema neuromuscular/esquelético: _____

5.8 Tratamientos específicos: _____
 DX I/DP/D: _____

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

6.1 Tiempo de descanso: _____/sueño: _____
 Siesta: _____
 6.2 Alteración del sueño: SI/NO/Razones: _____
 Medidas para favorecer el sueño: _____
 6.3 Actitud: _____ Presencia de ojeras: SI/NO/Estado de la atención: _____
 DX I/DP/D: _____

7. NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

7.1 Necesita ayuda para: vestirse/desvestirse
 7.2 Utiliza pañal: SI/NO
 7.3 Utiliza algún calzado en especial: SI/NO
 7.4 Capacidad psicomotora para: vestirse: _____
 Desvestirse: _____
 7.5 Aspecto personal: _____
 DX I/DP/D: _____

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

8.1 Frecuencia del baño: _____ Cambio de ropa total/parcial
 8.2 Frecuencia del aseo de la cavidad bucal: _____
 8.3 Frecuencia del aseo de manos: _____
 8.4 Uso de toalla personal: SI/NO
 8.5 Capacidad para cuidar la limpieza y orden de su casa: SI/NO
 8.6 Características del cabello y cuero cabelludo: _____
 Presencia de halitosis: SI/NO
 8.7 Higiene de las manos: _____ pies: _____
 8.8 Presencia de lesiones dérmicas: SI/NO / ¿De qué _____

Tipo?: _____/ubicación: _____
DX I/PD/D: _____

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

9.1 Problemas: auditivos/visuales/tratamientos de apoyo: _____

9.2 En su casa hay algún peligro: SI/NO/ ¿cuál?: _____

9.3 Habita: solo/con su familia/ ¿Quiénes?: _____

9.4 Conoce las medidas de prevención de accidentes: SI/NO/ ¿cuáles?: _____

9.5 Conoce las medidas de protección en casos de incendio/temblores/erupciones

9.6 Es alérgico algún medicamento/alimento/respiratorio: SI/NO/ ¿cuál?: _____

9.7 Acude a controles periódicos de salud: SI/NO

9.8 Tiene acceso a los servicios de salud: SI/NO/ ¿cuál?: _____

9.9. Presenta afecciones corporales: SI/NO/grado de afectación: _____

DX I/PD/D: _____

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

10.1 Causas de preocupación y estrés: _____/
Manifiesta estas preocupaciones: SI/NO/ ¿a quién?: _____

10.2 ¿Cómo es la comunicación con su familia?: buena/mala

10.3 Asiste a actividades de convivencia: SI/NO

Frecuencia: _____

10.4 Problema bucal u oral que no le permita comunicarse con facilidad: SI/NO/ ¿cuál?: _____

10.5 Problemas en sus genitales: SI/NO/ ¿cuál?: _____

10.6 Problema para ejercer su sexualidad: SI/NO/ ¿cuál?: _____

10.7 Sus necesidades sexuales están siendo satisfechas SI/NO/ ¿por qué?: _____/ ¿cómo manifiesta su sexualidad?: _____

10.8 Se realiza la exploración mamaria: SI/NO/ ¿por qué?: _____

10.9 Se realiza el PAP: SI/NO/ ¿por qué?: _____

10.10 Características del lenguaje verbal: _____/

No verbal _____

10.11 cambios frecuentes de humor: _____

DX I/PD/D: _____

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

11.1 Creencias religiosas: _____/le generan conflictos: SI/NO/ ¿de qué tipo?: _____

11.2 Principales valores personales: _____

11.3 Hábitos religiosos: _____

11.4 Tradiciones que lleva a cabo: _____

11.5 Creencias acerca de la vida y de la muerte: _____

11.6 ¿Qué es lo más importante para usted en la vida?: _____

11.7 ¿A veces se siente triste?: SI/NO/ ¿por qué?: _____/ ¿cómo lo soluciona?: _____

11.8 Indicativo de valores y creencias: SI/NO/ ¿cuáles?: _____

DX I/PD/D: _____

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

12.1 Fuente de ingreso económico: jubilado/pensionado/hijos/familiares/otro: _____

12.2 Su ingreso le permite cubrir sus necesidades básicas: SI/NO

12.3 Presenta alguna incapacidad para trabajar: SI/NO/ ¿cuál?: _____

12.4 ¿Se siente contento con el trabajo que desempeña?: SI/NO/ ¿por qué?: _____

12.5 ¿Cuáles son sus metas?: _____

12.6 Pertenece algún grupo de apoyo: social/cultural/deportivo/religioso

12.7 Estado emocional: _____

DX I/PD/D: _____

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

13.1 ¿Cuenta CON Tiempo libre?: SI/NO/ ¿cuánto?: _____/ ¿A qué lo dedica?: _____

13.2 ¿Cuenta usted en su comunidad con lugares donde divertirse o practicar algún deporte?: SI/NO/ ¿cuál?: _____

13.3 Acude a estos lugares: frecuentemente/rara vez/nunca

13.4 Presencia de alguna afección en el sistema neuromuscular que le limite en la realización de actividades recreativas: SI/NO

13.5 Realiza actividades recreativas: SI/NO/ ¿cuál?: _____

13.6 Cambios de ánimo al realizar actividades recreativas: favorables/desfavorables

DX I/PD/D: _____

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

14.1 Presenta alguna afección en el sistema nervioso que influye en su aprendizaje: SI/NO ¿cuál?: _____

14.2 Preferencias: leer/escribir/dibujar/otros: _____

14.3 Desea aprender a resolver problemas con respecto a su salud: SI/NO

14.4 Sabe en que consiste su enfermedad: SI/NO

14.5 Nombre de los medicamentos que toma, dosis y v'a: _____

14.6 ¿Cumple con el tratamiento terapéutico?: SI/NO

14.7 ¿Le gustaría participar en algún grupo de apoyo para mejorar su salud?: SI/NO

14.8 Estado de la memoria: intacta/reciente/remota

14.9 Actitud frente a la enfermedad: _____

14.10 Aceptación del paciente para modificar hábitos generadores de enfermedades: SI/NO

DX I/PD/D: _____

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

(I) INDEPENDIENTE (PD) PARCIALMENTE DEPENDIENTE (D) DEPENDIENTE

NOMBRE: _____

NECESIDADES	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA CON MÉTODO PES
1. OXIGENACIÓN	I:	
	PD:	
	D:	
2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	I:	
	PD:	
	D:	
3. ELIMINACIÓN	I:	
	PD:	
	D:	
4. TERMORREGULACIÓN	I:	
	PD:	
	D:	
5. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	I:	
	PD:	
	D:	
6. DESCANSO Y SUEÑO	I:	
	PD:	
	D:	
7. USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	I:	
	PD:	
	D:	
8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	I:	
	PD:	
	D:	
9. EVITAR PELIGROS	I:	
	PD:	
	D:	
10. COMUNICACIÓN Y SEXUALIDAD	I:	
	PD:	
	D:	
11. VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES	I:	
	PD:	
	D:	
12. TRABAJAR Y REALIZARSE	I:	
	PD:	
	D:	

13. JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	I:	
	PD:	
	D:	
14. APRENDIZAJE	I:	
	PD:	
	D:	

NOTA: Se autoriza la reproducción parcial o total del documento para fines de docencia.

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN (GDS) DE YESAVAGE

	SI	NO
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades y aficiones?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se siente a menudo aburrido?	1	0
5. ¿Contempla el futuro con esperanza?	0	1
6. ¿Se agobia por ideas que no puede quitarse de la cabeza?	1	0
7. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
8. ¿Tiene miedo de que le ocurra algo malo?	1	0
9. ¿Se siente contento la mayor parte del tiempo?	0	1
10. ¿Se siente a menudo indefenso?	1	0
11. ¿Se siente a menudo inquieto y nervioso?	1	0
12. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
13. ¿Se encuentra a menudo preocupado por el futuro?	1	0
14. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas de su edad?	1	0
15. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	0	1
16. ¿Se siente a menudo desanimado y triste?	1	0
17. ¿Se siente bastante inútil tal y como está ahora?	1	0
18. ¿Se preocupa mucho del pasado?	1	0
19. ¿Encuentra la vida muy emocionante?	0	1
20. ¿Es difícil para usted comenzar nuevos proyectos?	1	0
21. ¿Se siente lleno de energía?	0	1
22. ¿Piensa que su situación es desesperada?	1	0
23. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que Ud?	1	0
24. ¿Se siente a menudo contrariado por cosas pequeñas?	1	0
25. ¿Siente a menudo ganas de llorar?	1	0
26. ¿Tiene dificultad para concentrarse?	1	0
27. ¿Le apetece levantarse por la mañana?	0	1
28. ¿Prefiere evitar reuniones sociales?	1	0
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	0	1
30. ¿Está su mente tan despejada como antes?	0	1
TOTAL:		

0-5 Normal

6-9 Depresión leve

9-15 Depresión establecida⁵⁴

⁵⁴ Ruipérez Cantera J., Baztón Cortés J., J'menez Rojas C. y Sepúlveda Moya D., El paciente anciano, Ed. McGraw Hill Interamericana, 1998, p. 104