



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**



PROYECTO PARA TITULACIÓN

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**ESTUDIO DE CASO A UNA CLIENTE ADULTA CON ALTERACIÓN EN SUS
NECESIDADES DE:**

**DESCANSO Y SUEÑO, DE SEGURIDAD PARA MANTENER LA SALUD Y
LA VIDA Y DE COMUNICARSE**

**ESTUDIO DE CASO
QUE PRESENTA:**

**HERNÁNDEZ GONZÁLEZ MARÍA
NO. DE CUENTA: 078516577**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

ASESORA: L.E.O RIVERA MONTIEL ANGELINA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción	2
Justificación del Estudio de Caso.....	3
Capitulo I. Objetivos del Estudio de Caso	4
Capítulo II Descripción de la Metodología para el Estudio de Caso.....	5
Capítulo III Fundamentación del Caso	8
3.1 Enfermería.....	8
3.1.2 Concepto de enfermería.....	22
3.1.3 Metaparadigma de enfermería.....	22
3.2 Cuidado	26
3.2.1 Antecedentes Históricos.....	26
3.2.2 Concepto.....	27
3.2.3 Tipos de cuidado	33
3.2.4 Tecnología para el cuidado	37
3.3 Proceso atención de enfermería.....	45
3.3.1 Antecedentes históricos.....	45
3.3.2 Concepto.....	46
3.3.3 Objetivos.....	46
3.3.4 Valoración	46'
3.3.5 Diagnóstico.....	56
3.3.6 Planeación	62
3.3.7 Ejecución	66
3.4 Modelo conceptual de Virginia Henderson	67
3.4.1 Antecedentes históricos de Virginia Henderson	67
3.4.2 Influencia Teóricas.....	68
3.4.3 Principios, postulados o supuestos principales del modelo conceptual de Virginia Henderson.....	69
3.4.4 Principales conceptos.....	72
3.4.5 Las catorce necesidades de Virginia Henderson.....	74
3.5 Proceso Atención de Enfermería y Modelo Conceptual de Virginia Henderson.....	75

3.5.1 Valoración.....	76
3.5.2 Diagnóstico.....	76
3.5.3 Planeación.....	76
3.5.4 Ejecución.....	76
3.5.5 Evaluación.....	77
Introducción al Marco Teórico Específico, Centrado en las Necesidades que se encuentran Alteradas.....	78
Justificación.....	79
Capítulo I Fundamentación de las Necesidades a Atender: De Seguridad para Mantener la Salud y la Vida y Comunicación	81
1 Elementos para Entender La Salud Mental.....	81
1.1 Definición.....	81
1.2 La Salud Mental como Necesidad Básica	81
1.3 Calidad de Vida	82
2 La Salud Mental: causas y efectos.....	83
2.1 La vulnerabilidad como causas de trastornos mentales	83
2.2 La epidemiología de la Salud Mental en México.....	86
2.3 La Salud Mental desde una nueva perspectiva: vista como crucial para lograr el bienestar.....	87
2.4 Los impactos: médico, económico y social.....	88
2.4.1 Impactos médicos.....	88
2.4.2 Efectos sociales de los problemas de la salud mental.....	88
2.5 Trascendencia y relevancia del estudio de la salud mental... ..	89
2.6 Necesidades de información y estrategias para mejorar la salud mental.....	90
3 Las acciones del Poder Ejecutivo en materia de salud mental y adicciones (2000-2006).....	91
3.1 Recursos para la atención.....	91
3.2 Sobre la transformación del modelo de atención mental tradicional en la Secretaría de Salud	92

3.3 Modelo Hidalgo de atención mental como parte de una nueva visión....	92
Capítulo II El Secuestro en México.....	95
2.1 El secuestro: Uno de los males sociales del mexicano	95
2.2 El secuestro: Manifestación de la violencia social.....	97
2.3 Aspectos históricos del secuestro.....	98
2.4 Principales causas y tipos de secuestro.....	101
2.5 Clasificación del delito de secuestro.....	101
2.6 Conformación de una banda de secuestradores.....	103
2.7 Planificación del secuestro	104
2.8 Ilustración cuantitativa del secuestro y sus operadores.....	105
2.8.1 En Latinoamérica	105
2.8.2 En Estados Unidos.....	106
2.8.3 El secuestro en México.....	106
Capítulo III Trastorno por Estrés Postraumático.....	109
3.1 Historia	109
3.2 Concepto.....	111
3.3 Definición del criterio de acontecimiento traumático.	111
3.4 Fenomenología de la respuesta al estrés traumático.....	112
3.4.1 Recuerdos intrusivos	113
3.4.2 Evitación de los estímulos y embotamiento.....	113
3.4.3 Síntomas de hiperactivación.....	113
3.4.4 Criterios para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático según el DSM-IV-TR.....	115
4 Morbilidad y trastorno de estrés postraumático	116
4.1 Disociación y Personalidad.....	116
4.2 Síntomas somáticos	116
4.3 Evolución longitudinal y efecto sobre los síntomas.....	117
5 Epidemiología del trastorno de estrés postraumático....	117
5.1 Grado de afectación	118
6 Tratamiento en el trastorno de estrés postraumático.....	118
7 Dimensiones de la relación terapéutica enfermera-cliente	120

7.1 Características de la relación terapéutica.....	121
Capitulo IV Descanso y Sueño como una Necesidad	122
Capitulo V Resumen del Caso Clínico.....	127
Capitulo VI Instrumentos Utilizados (Anexos)	128
Valoración Clínica de Enfermería FU (Anexo 1)	128
Valoración de Necesidades Humanas (Anexo 2).....	134
Análisis de las necesidades Bio-Psico-Sociales, Culturales y Espirituales (Anexo 3).....	142
Conclusión Diagnóstica de Enfermería (Anexo 4).....	147
Plan de Intervenciones de Enfermería y Evaluación (Anexo 5).....	148
Conclusiones.....	164
Bibliografía.....	165

INTRODUCCIÒN

Las demandas de cuidado de la salud de las personas han requerido que los profesionales de enfermería incorporen elementos teóricos y metodológicos que coadyuven a la mejora, por ello, las instituciones educativas se han visto en la tarea de formar profesionales que den respuestas a estas demandas, muestra de ello es la siguiente propuesta que como opción de titulación se ha elegido.

El presente proyecto esta dirigido a realizar un estudio de caso a través de dos ejes disciplinares: uno metodológico y otro conceptual.

El primero de ellos estará sustentado en el Proceso Atención de Enfermería y el segundo en el Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

Para fines de este trabajo se entenderá por Proceso Atención de enfermería un método reflexivo y sistematizado que permite brindar cuidados profesionales con un sustento teórico basado en el conocimiento científico, humanístico y social.

Por otra parte, el eje conceptual de Virginia Henderson nos ubica en las necesidades o procesos que ayudan a las enfermeras asistir a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz, ubicando a la enfermera en el paradigma del cuidado – persona y no en el de la enfermedad - curación.

El estudio de caso contará con una fundamentación disciplinar, así como en un marco teórico específico centrado en las necesidades que se encuentren alteradas. En particular se incluye un capítulo sobre salud mental alterada por una experiencia de secuestro y el consecuente shock postraumático

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

La práctica de enfermería se ha venido dando de una manera más técnica, influenciada por un modelo médico, en el cual la tecnología y los grandes avances en la ciencia (grandes cirugías de corazón, transplantes, etc.) a afectado el trabajo medular de la práctica de enfermería, en la cual su base debe ser más humanista que técnica, y es por ello la necesidad de la profesionalización de enfermería, que tiene como fin retomar la atención del cliente de una manera holística.

En la actualidad la enfermera busca el reconocimiento de su profesionalismo a través de la participación decisiva en la atención y cuidados profesionales en los diferentes procesos de salud-enfermedad; así como también que cuenta con una preparación universitaria que le permite contar con una base teórica y metodológica; para la aplicación del cuidado enfermero dando como resultado una mayor atención al individuo y a la sociedad.

La enfermera a buscado su propia filosofía de la profesión y hasta de dar a la enfermería una identidad propia dentro de los profesionales de la salud.

Estos conceptos, inherentes a la búsqueda de identidad, han ido evolucionando, permitiendo clarificar el marco conceptual de la profesión y su identidad.

Principalmente tiene como objetivo general, desarrollar una profesión que puede aportar a la sociedad una serie de cuidados de salud que otros profesionales no ofrecen, adaptándose a las nuevas estructuras y programas de salud existentes.

En la actualidad el cuidado enfermero esta encaminado a fomentar, promover y desarrollar la calidad de vida de los seres humanos con respecto a la salud y enfermedad.

Es por ello que se pretende que los profesionales de la enfermería, adquieran conocimientos que formalicen y fundamenten su actividad, y reflexionen acerca de la disciplina de enfermería.

Por todo lo anterior sabemos que el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia tiene las bases teóricas y metodológicas para realizar una valoración integral al cliente y dar un cuidado enfermero digno de satisfacer sus necesidades en sus tres esferas biológica, psicológica y social.

Al proporcionar este cuidado el principal beneficio se vera reflejado en la sociedad ya que el personal de enfermería tendrá la capacidad de fomentar, restaurar e incrementar las potencialidades del individuo y/o sociedad, disminuyendo con esto los índices de morbi-mortalidad y mejorando la calidad de vida y bienestar de la sociedad.

CAPITULO I. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

1.1 OBJETIVO GENERAL

- A través de la metodología del proceso atención de enfermería y los aspectos conceptuales del modelo de necesidades de Virginia Henderson se llevará a cabo un estudio de caso que permita evidenciar que el pasante de enfermería cuenta con los elementos teóricos – metodológicos para ejercer el Cuidado Profesional.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.2.1 A través de la valoración identificarán:

- a) La independencia o grado de dependencia del cliente
- b) En caso de dependencia reconocer las causas de dificultad (falta de fuerza, de conocimiento, voluntad)

1.2.2 Con base a las causas de dificultad se determinarán los diagnósticos y el rol de enfermería para ayudar al cliente en la recuperación de su independencia.

1.2.3 Teniendo como referencia los diagnósticos de enfermería, se planeará los cuidados independiente, dependiente, e interdependientes que ayuden al cliente a recuperar su independencia.

1.2.4. Posterior a la ejecución de las intervenciones evaluar el impacto de estas, en función de la independencia en la satisfacción de sus necesidades.

CAPITULO II DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA PARA EL ESTUDIO DE CASO

El estudio de caso se realizara previo consentimiento informado de la Sra. Caritina N de 41 años de Estad., con alteración en sus Necesidad descanso y sueño, de seguridad para mantener la salud y la vida y de comunicarse para expresar emociones, relacionado con secuestro de su hijo de 10 años.

Para esto, se utilizarán dos ejes disciplinarios: uno metodológico y otro conceptual el primero de ellos estará sustentado en el proceso atención de enfermería, el cual es considerado como el método de elección para el cuidado profesional, pero también como un método que ayuda al razonamiento reflexivo para la toma de decisiones.

El eje se sustenta en el modelo de las 14 necesidades propuesto por Virginia Henderson, la intención de incorporarlo al estudio de caso es el de ayudar a la enfermera a ubicar su practica en la persona y no en la enfermedad.

Los pasos que se seguirán para el estudio de caso son los propios del proceso atención de enfermería los cuales a continuación se describen:

2.1 Valoración

La finalidad de la valoración será el de identificarla independencia o el grado de dependencia del cliente, para ello se utilizarán métodos, fuentes, técnicas e instrumento que permitan obtener información acerca de los factores biológicos, sociales, culturales, emocionales y espirituales que afectan a cada necesidad para que con ello, en el caso de dependencia se pueda identificar la causa de dificultad.

Con relación a los métodos se utilizara: la entrevista, la observación, y el método clínico.

En lo que respecta a las fuentes de información como fuente primaria o directa se considerara al cliente y como fuentes secundarias se utilizaran todas aquellas inherentes al cliente: familiares, amigos, otros profesionales, libros, anecdotario y documentos científicos,

Los instrumentos aplicados fueron:

- a) Valoración Clínica de Enfermería F11 (anexo 1)
- b) Valoración de Necesidades Humanas (anexo 2)
- c) Conclusión Diagnóstica de Enfermería (anexo 3)
- d) Análisis de las necesidades Bio-psico-sociales, culturales y espirituales (anexo 4)
- e) Plan de intervenciones de Enfermería y Evaluación (anexo 5)

Se prevé la necesidad de realizar visitas domiciliarias las cuales en su momento se planearán con el cliente o la familia.

2.2 Diagnóstico de Enfermería

Esta etapa requiere del análisis de los datos obtenidos en la valoración por lo cual será necesario organizar los datos en necesidades y posteriormente se clasificarán según la dimensión:

Biológica, Social - Cultural, Espiritual y Emocional.

Teniendo como referente lo anterior se harán dos tipos de análisis, uno general, teniendo como apoyo el instrumento (conclusión diagnóstica de enfermería anexo 3), el cual ayudará a identificar el grado de independencia o dependencia del cliente.

El segundo tipo de análisis se enfocará en cada necesidad en particular, utilizando como apoyo el instrumento para análisis de las necesidades, biológico, social-cultural, emocional - espiritual (anexo 4); en el se señalará la dimensión o falta de dificultad, a si como la causa de dificultad.

Con base a la fuente de dificultad (problema) se establecerá el diagnóstico de enfermería el cual puede ser real o de riesgo, estructurándolo de acuerdo al formato PES (Problema, Etiología, Signos y Síntomas) describiendo el problema con la taxonomía de la NANDA.

2.3 Planeación

En esta etapa de acuerdo a las causas de dificultad se seleccionará el rol o roles de enfermería (ayuda, acompañamiento y suplencia) estableciendo las intervenciones independientes, dependientes e interdependientes que ayuden a que el cliente recupere o se acerque a su independencia.

Con base a su diagnóstico identificado se desarrollarán objetivo (s), se determinará la meta y se establecerán los criterios de evaluación.

Aun que el proceso es un método reflexivo para evidenciarlo se utilizará el siguiente formato: Plan de Intervenciones de Enfermería y Evaluación (anexo 5)

2.4 Ejecución.

Esta etapa representa la puesta en marcha del plan de atención en donde la enfermera incorporará sus conocimientos, experiencia, habilidades y destrezas, esperando también que desarrolle otras, para ayudar a su cliente.

También se requerirá de un continuo proceso reflexivo del profesional.

2.5 Evaluación.

Aun que representa la última etapa del proceso también significa el inicio de la valoración ya que teniendo como referente los criterios de evaluación la enfermera o enfermero puede evaluar la ayuda que a otorgado al cliente en función al avance que a obtenido para lograr su dependencia en este sentido le permitirá identificar nuevamente causas de dificultad, establecer diagnósticos de enfermería y mejorar o planear las intervenciones de ayuda.

El registro de estos datos se hará en el formato plan de atención.

También para el estudio de caso se requerirá de investigación documental en base de datos escrita o electrónica que permita integrar un marco teórico el cual ha sido propuesto en un capítulo anterior.

CAPÍTULO III FUNDAMENTACIÓN DEL CASO

Se hace una somera descripción, de los antecedentes históricos de enfermería, se enfatiza, dada su importancia en el metaparadigma de enfermería.

En la dimensión conceptual se incluye el concepto de enfermería, de cuidados y tecnologías para el cuidado.

Se realiza una extensa descripción de la teoría del Proceso Atención Enfermería que va desde los antecedentes, los métodos de valoración, los formatos de construcción de diagnósticos y los tipos de intervenciones.

Finalmente se aborda con detallé la teoría de Virginia Henderson.

3.1 Enfermería

3.1.1 Antecedentes Históricos

La dama de la lámpara Florence Nightingale (1820-1910)

Recopilación y traducción de Alejandra León-Castellá

Líder inglesa, en la reforma de hospitales, acreditada con la fundación de la profesión moderna de enfermería; de la era Victoriana.

Desconocido para muchos es su desarrollo innovador de técnicas en el análisis estadístico (como el "ploteo" de incidencias de muerte prevenible entre los militares durante la guerra), con lo cual mostró, finalmente, cómo un fenómeno social podía ser medido objetivamente y analizado matemáticamente.

Ella fue una innovadora en la recolección, tabulación, interpretación, presentación gráfica de las estadísticas descriptivas; mostró como la estadística proporciona un marco de organización para controlar, aprender, a llevar a mejoramientos en las prácticas quirúrgicas y médicas. También desarrolló una Fórmula Modelo de Estadística Hospitalaria para que los hospitales recolectaran generaran datos y estadísticas consistentes.

Fue invitada a pertenecer a la Sociedad Estadística Real en 1858 y nombrada miembro honoraria de la Asociación Americana de Estadística en 1874.

Su principal publicación, Notas sobre enfermería (1859), tuvo muchas reimpresiones.

Biografía Florence Nightingale:

Hija de una familia terrateniente adinerada, de Hampshire, nació en 1820. Su padre, William Nightingale de Embly Park, un Unitario estaba involucrado en el movimiento contra la esclavitud y era un fiel creyente en que las mujeres, especialmente sus hijas, deberían obtener una educación. Ella y su

hermana aprendieron italiano, latín, griego, matemáticas e historia de su padre y su tía, así como de otros tutores.

La madre de Florence, Fanny Nightingale, también provenía de una familia fielmente Unitaria. Ella era una mujer dominante que estaba primordialmente preocupada con la búsqueda de un buen marido para su hija. Por ello, se molestó ante la decisión de Florence de rechazar a varios proponentes de matrimonio.

Cuando Florence cumplió diecisiete se sintió llamada por Dios para enfrentar alguna gran causa desconocida. A los veintitrés años, dijo a sus padres que quería convertirse en una enfermera. Y se encontró con una sólida oposición de ellos, ya que la enfermería se asociaba con mujeres de clase trabajadora.

No fue sino hasta que el Lord Houghton casó con otra en 1851, que Florence recibió permiso para entrenarse como enfermera. Florence, entonces de treinta y un años, se fue a trabajar al hospital Kaiserworth en Alemania.

En su diario, ella explicó porqué decidió no aceptar la oferta de matrimonio de Richard Moncton Milnes.

Yo tengo una naturaleza, moral, activa que requiere satisfacción y eso no encontraría en la vida de él. Yo podría sentirme satisfecha si pasara la vida con él combinando nuestros diferentes poderes para lograr un gran objetivo. Yo no podría satisfacer esta naturaleza pasando la vida con él, en compromisos sociales y organizando las cosas domésticas.

En 1852 ella escribió, pero nunca publicó:

Se supone que las mujeres no deben tener una ocupación suficientemente importante para no ser interrumpida. Ellas se han acostumbrado a considerar la ocupación intelectual como un pasatiempo egoísta, y es su "deber" dejarlo, para atender a cualquiera más pequeño que ellas.

Dos años más tarde ella fue nombrada la directora residente del hospital para mujeres inválidas en Harley Street, London. El año siguiente Nightingale se le dio permiso de que llevara a treinta y ocho enfermeras a cuidar a los soldados británicos en la guerra. Nightingale encontró que las condiciones en el hospital militar en Scutari eran alarmantes. Los hombres eran mantenidos en cuartos sin sábanas ni comida decente. Sin lavar, ellas mantenían sus uniformes puestos, "tiosos de la suciedad". En estas condiciones no era sorprendente que en los hospitales militares, heridas de guerra era solo la sexta razón de defunción. Enfermedades como el tifus, cólera y disentería eran las tres causas principales por las cuales la proporción de muertos era tan alta.

Durante este tiempo, Nightingale recolectó datos y sistematizó la práctica del control de registros. Ella inventó un gráfico de área polar, donde las estadísticas representadas son proporcionales al área de una tajada en un gráfico circular. Esta información fue su herramienta para promover la reforma. Sus cálculos sobre la tasa de mortalidad mostraron que con una

mejoría en los métodos de sanidad, las muertes bajarían. (En febrero de 1855 la tasa de mortalidad era del 42,7% de los casos tratados.)

Los oficiales militares y los doctores objetaron las visiones de Nightingale sobre reformas en los hospitales militares. Ellos interpretaron sus comentarios como un ataque a ellos y la hicieron sentirse fuera de lugar.

Nightingale recibió muy poca ayuda de los militares, hasta que usó sus contactos con el Times, para reportar la información. Entonces se le encomendó a Nightingale la tarea de organizar las barracas del hospital después de la batalla de Inkerman y al mejorar las condiciones de sanidad, logró reducir la proporción de muerte de sus pacientes.

En 1856 Florence Nightingale regresó a Inglaterra como una heroína nacional. Y decidió empezar una campaña para mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales militares. Su evidencia en la Comisión de Sanidad de 1857 eventualmente resultó en la formación de una universidad médica militar.

Para dispersar sus opiniones sobre la reforma, Nightingale publicó dos libros, Notas de Hospital (1859) y Notas de Enfermería (1859). Con el apoyo de amigos adinerados y The Times, Nightingale pudo reunir 59,000 L. para mejorar la calidad de la enfermería. En 1860 utilizó este dinero para fundar la Escuela y Casa para Enfermeras Nightingale en el Hospital St. Thomas. Ella también se involucró en el entrenamiento de enfermeras que trabajaban en "casas de trabajo", como resultado de una ley en protección de los pobres, de 1834.

Nightingale tenía fuertes opiniones sobre los derechos de las mujeres. En su libro Sugerencias para pensar para los buscadores de las verdades religiosas (1859) ella argumentó fuertemente para que se eliminaran las restricciones que privaban a las mujeres de tener carreras.

Como contradicción otras mujeres fuertes se sintieron desanimadas por la falta de apoyo de Nightingale hacia las mujeres doctoras. Nightingale tenía dudas al principio de esta campaña y argumentaba que era más importante tener mejores enfermeras que mujeres doctores.

Su recomendación a estudiantes de enfermería (1873):

La enfermería es un llamado superior, un llamado honorable. El honor radica en el amor por la perfección, la consistencia y en el trabajo duro para conseguirla.

Posteriormente en su vida, Nightingale sufrió de mala salud y en 1895 se volvió ciega, luego perdió otras facultades, lo cual significó que tuvo que recibir cuidado tiempo completo. A pesar de estar completamente inválida, vivió otros 15 años, antes de su muerte en 1910.¹

¹ www.cientec.or.cr/equidad/nightingale.html

Historia de la formación profesional de la enfermería en México

Las prácticas de atención a la salud tienen su origen en las acciones de cuidado encaminadas a ayudar a las personas a superar situaciones que ponen en peligro la existencia, o a recuperar la vitalidad después de sufrir alguna lesión, enfermedad o disfunción orgánica. En las diferentes épocas y culturas la necesidad de prolongar la vida ha requerido actitudes de ayuda para satisfacer las necesidades básicas, orientadas a asegurar la continuidad de la vida, apoyar al nacimiento e inculcar hábitos y costumbres para conservar la salud.

Las profesiones de la salud tienen el compromiso de realizar actividades relacionadas con esta función social, cuidar y mantener la vida, y con los esfuerzos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Las actividades relacionadas con el mantenimiento de la vida han sido asumidas y encomendadas predominantemente a las mujeres, dada su función protectora y materna; por su parte, las actividades formales de terapéutica, guiadas por la ciencia y la tecnología, han sido desempeñadas por hombres, antes sacerdotes o chamanes, ahora médicos que, históricamente, se han preocupado por aplicar el conocimiento de la estructura y el funcionamiento del cuerpo humano, bases biológicas que hicieron de los hospitales, desde el siglo XIX, un lugar para la exploración y tratamiento de la enfermedad, lo cual subordinó los sistemas de cuidados.

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

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

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

Posteriormente, numerosas órdenes religiosas dedicadas al cuidado de los enfermos se integraron a los hospitales, con el propósito de brindar una labor altruista paralela a los intereses de la Iglesia. Como consecuencia de la confrontación entre el Estado y la Iglesia la función de cuidar a los enfermos quedó abandonada con la expulsión de las órdenes religiosas, decretada por Benito Juárez; sin embargo, las Hermanas de la Caridad cubrieron durante

treinta años más hasta que Lerdo de Tejada las expulsó en 1874.

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

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

El programa inicial establecía que se debía inculcar el orden, la limpieza y el uso del uniforme. Se centraba en el aprendizaje de los procedimientos: preparación de la unidad del paciente, tendido de camas, observación de síntomas especiales, registro de los pacientes, tanto en el Hospital de Maternidad e Infancia como en el Hospital de San Andrés, hasta la inauguración de la Escuela de Enfermeras en el Hospital General el 9 de febrero de 1907. Las enfermeras que asistieron a esos cursos fueron nombradas enfermeras primeras y segundas en el Hospital General, donde terminaron su formación cuando la escuela fue formalmente establecida.

Puede identificarse que la creación de la carrera de enfermería respondió a la necesidad del cuidado hospitalario de los enfermos, como resultado de dos factores principales: el desarrollo de la medicina científica en los grandes hospitales que se fundaron durante este siglo.

La escuela de enfermería fue inaugurada el 9 de febrero de 1907, siendo su director el doctor. Fernando López y Sánchez Román, también director del Hospital. Quedó reglamentado que la carrera se haría en dos años e incluiría las materias de anatomía y fisiología así como curaciones en el primero; higiene y curaciones en general, en el segundo, y pequeña farmacia y cuidados de los niños, parturientas y enajenados, utilizando como libro de texto el Manual Práctico de la Enfermera del doctor. Bourneville, uno de los requisitos de ingreso era haber terminado la educación primaria.

Las funciones que desempeñaban las enfermeras en los servicios incluían, además de los procedimientos técnicos señalados para la enseñanza, actividades de carácter administrativo como el control de "la ropería y de los útiles" que la enfermera primera debía recibir y entregar "por libreta" al inicio y al término de la guardia.² Estas funciones ya estaban establecidas en el Hospital de Maternidad e Infancia, según se aprecia en el reglamento de 1873: pasar visita con los directores, administrar medicamentos, cambiar ropa, cuidar del aseo y orden de las instalaciones, material y equipo, así como llevar su control, ejecutar las órdenes de los directores, asistir a todas las operaciones

² Secretaría de Gobernación. Reglamento del Hospital General de la Ciudad de México. Art. 76. En Díaz de Kuri M, Biseca T. Historia del Hospital General de México, México: Hospital General; 1994. p 91.

para ayudar en las mismas y auxiliar en las curaciones. Estas funciones les correspondían tanto a las enfermeras “mayores” como a “menores”, con la diferencia de que la primera distribuía y supervisaba, mientras que las segundas las ejecutaban “subordinadas a las enfermeras mayores”. Las enfermeras vivían en el Hospital y no podían “separarse ni un momento sin permiso del Director, dejando en su lugar a una persona idónea que la supla”³

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

Con la reapertura de la Universidad Nacional el 22 de septiembre de 1910, las escuelas profesionales se integraron a ella. El 16 de diciembre de 1911, la Escuela de Enfermeras del Hospital General se incorpora a la Universidad a través de la Escuela de Medicina, donde permaneció hasta 1945 año en que por primera vez contó con instalaciones propias.⁴

En 1912 se estableció el plan de estudios vigente hasta 1943. Incluía cuatro cursos en dos años para la carrera de enfermería: anatomía y fisiología e higiene, primer curso de clínica para enfermeras, patología, farmacia y terapéutica, y el segundo curso de clínica para enfermeras y dos años para la carrera de obstetricia; se tenía que estudiar la primera para poder acceder a la segunda.

Los programas de este primer plan de estudios universitarios, elaborados por médicos, definieron el papel de la enfermera y los conocimientos que debían adquirir. El doctor. Lamicq, profesor de la escuela desde su inauguración en el Hospital General y autor de uno de los primeros manuales sobre enfermería, señalaba en ese texto: “es absolutamente necesario que se de bien cuenta (la enfermera) de cual es su papel, que no es otro sino de ayuda al médico, aplicando estrictamente y sabiamente, sus prescripciones y poniendo, además, de su parte cuanto pueda para hacer menos penosa la dolencia al enfermo, evitando o impidiendo todo lo que pueda serle perjudicial.”⁵

La enfermera debía tener conocimientos especiales para salvar la vida del paciente en casos de urgencia, cuando el médico no estuviera presente, para evitar complicaciones y para aplicar debidamente las prescripciones del médico. También debía conocer a fondo la asepsia y antisepsia para evitar infecciones y contagios, así como aplicar las técnicas de aislamiento y desinfección.⁶

3 León N. La Obstetricia en México. México: Tipografía de la Vda. de F. Díaz de León; 1910. 336-369

4 Salas S. Enfermería Universitaria en la ENEO. Legados y Tendencias. México; 1997: 14.

5 Lamicq E. Tratado de Enfermería. Guía de la Enfermera. México: Casa Editorial Gante; 1914. p. 1.

⁶ Ibidem

Durante esta primera etapa de educación formal prácticamente no hubo cambios en el plan de estudios original, con excepción de las modificaciones registradas en 1939, cuando además se exigieron los estudios de secundaria para el ingreso, requisito que ya se había autorizado desde 1933 en el Consejo Universitario.⁷

En esta etapa se definió el carácter auxiliar de la enfermería a la medicina, así como las “cualidades” que sus miembros debían desarrollar para esa función humanística, propia de la “mujer”, sucesora de las Hermanas de la Caridad. El Dr. Eduardo Landa, en la Segunda Reunión de Cirujanos (1938) la describió así “ La enfermera debe gozar de cualidades morales a fin de poder ejecutar su dominio cabal y provechoso en todas las ocasiones que el médico demande su colaboración bondad, prudencia, paciencia, tolerancia, discreción, abnegación, desinterés, pulcritud y cariño. Íntegra, verídica, fraternal, cuidadosamente observadora al lado del enfermo, es la insustituible auxiliar de los médicos (y llega al extremo de exigirle) olvidarse de sí misma (sin que) descuide su propio ser; cuando precisamente el ejercicio de su ministerio requiere no sólo de integridad moral, sino a la vez, el goce de salud completa”.⁸

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

Para 1940 era frecuente encontrar enfermeras que administraban anestесias, encargadas de anfiteatros, salas de operaciones, ayudantes en rayos X, fisioterapeutas, parteras en maternidad, en infectología, en fisiología, laboratorista, puericultoras, y visitadoras.^{9,109} Muchas, carecían de formación específica, pero el ejemplo de los cursos de anestесias y de rehabilitación, animaban más la idea de cursos postécnicos.

En este periodo se observaban cambios en la enseñanza estimulados desde afuera, entre ellos las transformaciones en el sistema de atención a la salud, las reformas en los hospitales y la regulación de la Enfermería y de la Obstetricia por la Ley General de Profesiones de 1945. Así mismo se establece el Estatuto General de la UNAM y con ello la separación de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina.

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

7 Alarcón A. El Consejo Universitario. Sesiones 1924-1977; 2ª Ed. México: UNAM; p. 116.

8 Landa E. Algo sobre los deberes de la enfermera hacia los enfermos. En: Sociedad de Cirugía. La Enfermera en la Segunda Asamblea Nacional de Cirujanos. Memoria. México: Ediciones de la sociedad de cirugía; 1938. 14-17

9 Garza de Lozano MG. Preparación y función social de las enfermeras en los centros de higiene infantil. En: Sociedad de Cirugía. La Enfermera en la Segunda Asamblea Nacional de Cirujanos. Memoria. México: Ediciones de la sociedad de cirugía; 1938. 87

10 Guerrero C. La organización del servicio de enfermería en el sanatorio de la beneficencia española de México. En: Sociedad de Cirugía. La Enfermera en la Segunda Asamblea Nacional de Cirujanos. Memoria. México: Ediciones de la sociedad de cirugía; 1938. 63-68.

otras materias (ética aplicada en trabajo social y andrología en ginecología), la reubicación de asignaturas y el cambio en el número de horas.¹¹

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

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

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

Después del Seminario de Zimapán en 1957 se reestructura el plan de estudios, dándole básicamente un enfoque sanitario y profiláctico; se ampliaron los contenidos humanistas y sociales a través del aprendizaje de la deontología y legislación, y las prácticas en enfermería comunitaria. Se crean los laboratorios de fisiología y bioquímica, y microbiología y parasitología, así como se inician las prácticas análogas de la propedéutica de enfermería. Un año más tarde se forma un grupo piloto con alumnas que habían cursado el bachillerato o bien lo estaban cursando, con la idea de iniciar la integración de la enfermería en el campo superior o técnico – científico en México, situación que algunos países de América del Sur ya habían iniciado. Este proyecto, y otro con similares características organizado en 1964, no tuvieron éxito; sin embargo, fueron la semilla para que en 1967 se exigiera el bachillerato como requisito para ingresar a la Licenciatura en enfermería.

Con la creación de Licenciatura en enfermería se suprime la carrera de partos y los contenidos que se estudiaban en ésta –prácticamente se fusionan los dos planes de estudio, el de enfermería y el de obstetricia-. El plan de estudios tenía un marcado enfoque biomédico, orientado al estudio de las enfermedades: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención y de ahí deducir las acciones de enfermería.

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

11 Alatorre E. El Proceso Histórico de la Educación de Enfermería en México. En: XIII Reunión de Licenciados en Enfermería, Arte Antiguo a los Desafíos de la Ciencia Moderna. Memoria. México: ENEO-UNAM; 1992. 49-70.

1967 se concluye el plan de estudios y se aprueba la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que inicia en 1968.

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

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

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

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

Es así que en 1974 se reestructura el plan de estudios con una metodología universitaria para el diseño curricular, lo que permitió sentar las bases para una enseñanza dinámica, con eje en la historia natural de las enfermedades, énfasis en la formación para la investigación, organización por áreas de conocimiento y cierta flexibilidad a través de una asignatura donde se pretendía profundizar en ramas de interés profesional.

Una de las primeras medidas fue crear, en 1975, el Curso especial transitorio para obtener el grado de licenciado en enfermería, cuyo objetivo era regularizar al personal de enfermería que contaba con el bachillerato, particularmente a las profesoras enfermeras, proyecto que promovió la Organización Panamericana de la Salud y que pronto se extendió en otras instituciones educativas del país.

El curso transitorio se impartió por diez años; posteriormente la estrategia de nivelación se continuó en 1988 con el programa, aún vigente, de "ingreso a años posteriores al primero", a través del sistema de Universidad Abierta, sistema que también se estableció en 1975 como una de las estrategias de expansión de la oferta educativa ante la necesidad de incrementar el número de enfermeras profesionales en el país, según se mencionaba en el Plan

Nacional de Salud de la época.

Esta estrategia de profesionalización resultó tan exitosa que, en colaboración con instituciones de salud y escuelas de enfermería, en la actualidad se ha extendido a veintidós estados de la República Mexicana.

De 1987 a 1991 la comunidad académica de la ENEO se da a la tarea de evaluar el plan de estudios, sus contenidos, metodología y condiciones de formación profesional, lo que culminó en la creación de un proyecto curricular específico para el nivel licenciatura; se organiza por áreas de conocimiento, teniendo como eje el ciclo vital humano, con una orientación importante hacia la investigación, la administración de los servicios de enfermería y la obstetricia.

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

A partir de la aprobación del Plan Único de Especialización en Enfermería en 1996 los programas posttécnicos se han transformado en especialidades para las egresadas de nivel superior; actualmente la ENEO ofrece siete especialidades en enfermería clínica y salud pública.

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

En consecuencia el Comité de Desarrollo Curricular se dio a la tarea de actualizar el plan de estudios de acuerdo con la evaluación de los primeros egresados de este nuevo plan así mismo por las recomendaciones hechas por el Comité Interinstitucional de Evaluación de la Educación Superior de Ciencias de la Salud (CIEES) centrándose en la flexibilización del plan de estudios.

Se diseñó una nueva fundamentación del plan de estudios orientada hacia lo

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

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

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

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

La práctica social de la profesión de enfermería

La enfermería ha evolucionado a partir de que se reconoce la importancia de asegurar la continuidad de la vida y enfrentar la enfermedad y la muerte. Esta evolución hoy en día permite valorar la naturaleza de la enfermería profesional y su función social en beneficio de la salud de la población.

Tradicionalmente la profesión ha sido identificada como una práctica centrada en el enfermo, con una fuerte connotación humanística. Estas concepciones se relacionan con su origen, su historia y su evolución, así como las costumbres sociales de atender enfermos y la enfermedad.

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

Desde la perspectiva actual de la salud y de la profesión el núcleo fundamental de su existencia como práctica profesional es el cuidado de la salud de los individuos y los grupos, lo que significa favorecer el desarrollo armónico del ser humano en sus diferentes espacios, fortalecer, reforzar sus capacidades y potencialidades en pro del cuidado de su salud y del logro de sus aspiraciones de vida y bienestar.

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

- 1) El avance de la salud pública y su contribución al desarrollo de la salud generando nuevos modelos interdisciplinarios de intervención del fenómeno salud-enfermedad en grupos.
- 2) La nueva concepción de la salud, que es vista como un fenómeno multifactorial relacionado con aspectos biológicos, culturales y sociales. Lo que implica para la práctica de enfermería visualizar el cuidado a la salud en diferentes ámbitos y no solo al cuidado de los enfermos.
- 3) El desarrollo teórico, conceptual y práctico de la profesión de enfermería que ha mostrado que ésta tiene las capacidades necesarias para incursionar en escenarios diversos donde la salud y la enfermedad se expresan como fenómenos sociales humanos vinculados con los diversos modelos de desarrollo social.
- 4) Las políticas internacionales y nacionales en materia de salud, particularmente la estrategia de Atención Primaria en Salud que permitió a la comunidad valorar y reconocer prácticas en enfermería como modelos de atención en salud (niños, ancianos, materno infantil), la conformación de grupos en riesgo y su participación en los programas de salud que contribuyen a la ampliación de cobertura.

Por lo anterior y la experiencia acumulada la profesión de enfermería, hoy se reconoce la necesidad de un rol ampliado de la práctica en diversos ámbitos, entre los que se destacan la salud escolar, la salud laboral, la movilización de las comunidades en la búsqueda de mejores condiciones de salud y la salud ambiental, entre otras.

En los últimos veinte años se inició un fuerte movimiento caracterizado por un interés sobre las acciones de profesionalización de la enfermería a partir de un control sobre el sistema de educación, el reclutamiento y capacitación del personal en las diferentes instituciones del sector salud para enfrentar el déficit de enfermeras y la calidad de su práctica.

Hoy, como consecuencia de un movimiento universal para la construcción de la enfermería como disciplina, se ha alcanzado, en algunas sociedades, niveles avanzados de formación; surgen teorías científicas para el cuidado enfermero que guían la práctica y la investigación formal y se tiene un profundo interés por reglamentar el ejercicio profesional para distinguir las funciones profesionales de las técnicas auxiliares y se logra identificar los contenidos científicos que

fundamentan el cuidado enfermero y sus aportes en el proceso vital humano. Se favorece una tendencia de reencuentro con la naturaleza de la enfermería, su compromiso social, sus valores su filosofía, su arte y su ciencia.

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

Dicha estrategia debe considerar corregir el déficit de enfermeras profesionales y superar el desequilibrio, su distribución, retener un número suficiente de enfermeras y parteras en áreas subtendidas, garantizar condiciones de trabajo, estimulantes y equitativas, monitoreo de la calidad del cuidado y promover un sistema de enseñanza de enfermería de pregrado y postgrado que responda a las necesidades de salud de la población, y que contribuya a mejorar las competencias, desarrollar el conocimiento de la disciplina de enfermería y fortalecer los valores profesionales.

La práctica de enfermería en México presenta una gran heterogeneidad, en 1999 el Sistema Administración de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) reportó que en los servicios de salud laboraban 152,157 personas en enfermería; el 61,51 % corresponde a personal profesional. En el mismo informe el mayor número de enfermeras se encuentran laborando en el IMSS (51,98%), el 28,29% en la Secretaría de Salud, el 9,81% en el ISSSTE, el resto en otras instituciones públicas y privadas. En el Distrito Federal se concentra, según datos de Entidad Federativa, el 22,46% del personal de enfermería, siguieron el estado de México con 6,46%, Veracruz 5,73%, Nuevo León 5,61% y Jalisco 4,97%. Por otro lado, según el SIARHE el mayor porcentaje de enfermeras (55,19%) labora en instituciones hospitalarias de segundo nivel de atención, el 18,44% se encuentra ubicado en instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención y 21,81% en el primer nivel. El DIF concentra el mayor número de personal de enfermería (45,85%) en este nivel de atención, la Secretaría de Salud el 31,5%, el IMSS con 20,26% y 16,29% en el ISSSTE.

Con la reforma en el sistema de salud la función de la enfermería profesional se valora como un servicio que, además de contribuir a la recuperación de la salud, orienta y guía a los individuos y sus familias en su capacidad de evitar la enfermedad; un servicio que se fundamenta en un modelo integral de la salud y que humaniza el cuidado. Por ello, la práctica actual de la enfermería profesional se orienta a promover factores de vida sana, atenuar riesgos a la salud y contribuir a disminuir las enfermedades.

La enfermería desarrolla las potencialidades de un individuo visualizándolos como un todo; en esta concepción la persona no es vista como un enfermo que requiere tratamiento ni como un ente separado de su familia y su medio ambiente. Ahora se visualizan los aspectos fundamentales en la vida del individuo para promover su salud, estilos de vida saludable y prevenir la aparición de la enfermedad o bien atenuar las complicaciones resultado de la

misma.

La sociedad ha permitido redefinir la práctica de enfermería a partir del reconocimiento y el valor social que le da a dicha actividad profesional. El rol de la enfermera está cambiando influido por desarrollos científicos y por la regulación del ejercicio profesional. Además, existen otros elementos que han influido, desde la sociedad, en el cambio de rol de la enfermería actual: el consentimiento informado, los derechos del paciente, la estandarización de la práctica, el desarrollo de la investigación, la docencia y los proyectos de evaluación de la calidad, entre otros. Aunado a estos cambios se observa una transformación cualitativa de la práctica de enfermería: mayor habilidad para la valoración, planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones, mayor autonomía profesional y mejores niveles de formación.

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

La Secretaría de Salud de México caracteriza las tendencias de la práctica de enfermería como un servicio científico-social propio, centrado en el concepto integral del hombre y en preposiciones de carácter científico derivadas del planteamiento teórico-científico de los cuidados y de una identidad profesional y disciplinar. El desarrollo de la profesión en las instituciones de salud a partir de la oferta de estudios de postgrado de nivel especialidad, maestría y doctorado hace pensar que la enfermería mexicana está avanzando para cumplir con el objetivo principal de la profesión: el cuidado de la vida e integridad del hombre en la salud y en la enfermedad.

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

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

partir de las cuales se puedan caracterizar las funciones de una enfermera profesional.

3.1|.2 CONCEPTO DE ENFERMERÍA

El término anglosajón nurse con el que se designa a la enfermería se deriva de las palabras latinas como nutriré (alimentar) y nutrix (mujer que cría). Estas palabras fueron ampliando su significado según evolucionaba la sociedad, así, la aparición de mujeres que lactaban y criaban niños de otras, llevó este término a la palabra nodriza. La palabra enfermería es más bien contemporánea del término enfermedad (infirmas), por lo que se define de forma más concreta como cuidador de enfermos/enfermero-a. Por lo tanto sus actividades se reflejan en los cuidados más elementales, que son los relacionados con la supervivencia: los cuidados durante el parto, la crianza, la lactancia y el destete.¹²

3.1.3 Meta paradigma de enfermería

Los distintos paradigmas que han guiado la actuación de enfermería: categorización, integración y transformación. Tienen los cuidados de enfermería en la profesión y su contribución a mejorar la salud humana desde un enfoque holístico, para proporcionar mayor satisfacción y bienestar, lo que ha facilitado el reconocimiento social de la enfermería. Se ha tenido como referente teórico el modelo de cuidados y la aplicación metodológica del proceso de atención de enfermería que permite solucionar las necesidades afectadas. Ambos criterios significan la epistemología de la enfermería y sustentan sus campos de actuación.

LA FILOSOFÍA EN ENFERMERIA; INVESTIGACION METODOLOGICA EN ENFERMERIA; MODELOS DE ENFERMERIA; ENFERMERIA HOLISTICA

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que se han ido sucediendo a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia, para cuyo conocimiento es necesario abordar los diferentes paradigmas y concepciones que han ido configurando su desarrollo en conjunto con otras ciencias. De ahí la importancia de que el personal de enfermería comprenda los cambios que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades que van surgiendo, tanto profesionales como de la comunidad a la que brinda sus cuidados.

A partir de la década de los 60, el inicio de la investigación en enfermería constató la falta de sistemas teóricos sólidos que pudieran ofrecer conexiones conceptuales válidas para el ejercicio profesional. Con estas observaciones en el área de la ciencia de enfermería se comienza a usar el concepto de

¹² Pacheco Arce, A.L., Fundamentación Teórica para el Cuidado, Antología. ENEO. División de Educación Continua y Desarrollo Profesional. México, 2005. 15.

paradigma como referente para el desarrollo de la ciencia y base para múltiples ciencias. Al utilizar este concepto debe hacerse referencia a Thomas Khun, que lo utiliza como eje central de su visión de la ciencia a partir de su concepción de "ciencia normal" y de la naturaleza de las evoluciones científicas.¹³ Es evidente que la filosofía de la ciencia, dictada por Khun, ha servido de gran ayuda para comprender la evolución de la teoría de la enfermería mediante los modelos paradigmáticos de la ciencia.

En los años 80, el desarrollo en las teorías de enfermería fue el característico de los períodos de transición, del modelo de preparadigma al de paradigma,¹⁴ Los paradigmas dominantes (modelos) proyectaban diversas perspectivas sobre la práctica de enfermería, la administración de ciencias, la investigación y los posteriores desarrollos técnicos, es decir, dirigían las actividades de una disciplina y como tal fue aceptada por la mayoría de sus miembros. Es por ello, que en el trabajo que realizan los enfermos se observan características de los distintos paradigmas que se han ido manifestando a lo largo de la historia, los cuales en período de transición se superponen sin que una forma de pensamiento supere totalmente a la anterior. Esto es aplicable a cualquiera de los campos en que se puede orientar el trabajo de enfermería.

Todo lo anteriormente expuesto motivó para reflexionar sobre los distintos paradigmas que ayudan a sustentar las bases del pensamiento en enfermería, identificar los cuidados enfermeros como la esencia de la profesión y describir un modelo de cuidado y un método sistemático, como punto de partida de los cuidados enfermeros.

Paradigmas

"La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas"¹⁵ En este sentido se presentan 3 paradigmas: categorización, integración y transformación, que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería.

Paradigma de la categorización

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación

13 Tazon Ansola M, García Campayo J, Asequinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000:48-50

14 Marrineer Tomey A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 4ta ed. Madrid: Editorial Harcourt; 1998:55-56

15 Tazon Ansola M, García Campayo J, Asequinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000:48-50

lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

Paradigma de la integración

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Los trabajos de enfermería de V. Henderson, H. Peplau y D. Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma. Según esta orientación, en los conceptos del metaparadigma de enfermería se observa que:

- La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
- El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería.

Paradigma de la transformación

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo. Los modelos y teorías propuestos por R. R. Porse, M.

Newman, M. Rogers y Walson quedan encerrados dentro de este paradigma. Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos del metaparadigma de la siguiente manera:

- La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.
- La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo.
- El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

Puede afirmarse que en la evolución de la disciplina de enfermería existe una creciente preocupación por los cuidados que utilizan el conocimiento propio de la disciplina para dispensar cuidados de salud creativos. Este paradigma se encuentra bien definido, pues es el centro de interés de la enfermería y por tanto, el eje de actuación en todos los campos de su práctica. Como describiera Kerouac, los cuidados de la persona son el núcleo de la profesión de enfermería, cuando expone. "El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno vive experiencias de salud".¹⁶ Este paradigma cumple las cinco funciones enunciadas por Merton:

- Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones, que puede utilizarse para la descripción y el análisis.
- Reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita.
- Aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas.
- Promueve el análisis más que la descripción de detalles completos y permite codificar el análisis cualitativo, de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

¹⁶ Benavent Garcés M, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid. 2001:157

3.2. Cuidado

3.2.1. Antecedentes Históricos

Los cuidados enfermeros no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y explicación científica que se centra más en el fenómeno que en los detalles que lo originan y permiten mayor aproximación lógica así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina.

Los cuidados de enfermería se reconocen como centro de la profesión, pues están condicionados por la propia sociedad que tiene necesidades específicas de atención; el ser humano busca para el mantenimiento de la vida con una mayor calidad, la forma de satisfacer esta necesidad. Para King "las enfermeras proporcionan un servicio especial que satisface una necesidad esencial. Enseñan, guían y orientan a las personas y los grupos a conservarse sanos y les proporcionan cuidados cuando están enfermos."¹⁷

Se coincide plenamente con el criterio de King, teniendo en cuenta el auge que tienen las acciones de promoción y prevención de la salud, encargadas de facilitar a las personas el conocimiento para modificar estilos y modos de vida insanos hacia formas de vida saludables y crear en ellas una conciencia que facilite el autocuidado y la autorresponsabilidad en el proceso salud-enfermedad.

Orem describe los cuidados de acuerdo con su finalidad para la salud de la persona como de prevención primaria, secundaria y terciaria. Esto nos permite entender los cuidados de salud como acciones que contribuyen al bienestar de la persona, lo que hacen que sean considerados necesarios a lo largo de toda la vida y en todas las condiciones de ésta. Los avances que se están realizando en proporcionar un enfoque multidisciplinario individualizado de los cuidados del paciente no pueden sino mejorar el bienestar de la población y emplear mejor los recursos.¹⁸

En la actualidad, los cuidados se orientan a incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno, es decir, se concibe el cuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo entiende, entonces la intervención de enfermería con esta orientación va dirigida a dar respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de los cuidados y la satisfacción y el bienestar de la persona en su integralidad. A partir de esta opción, los fenómenos que despiertan el interés son las respuestas que presenta el ser humano ante distintas situaciones de salud-enfermedad a lo largo de la vida y esto es, entre otras razones, lo que distingue a la enfermería de otras ciencias. Por ello, además de colaborar con otras profesiones de la

17 Organización Mundial de la Salud. Los cuidados de salud primario. Conferencia Internacional sobre los Cuidados Primarios de Salud, Ginebra: OMS;1978 (Serie Salud para Todos No.1)

18 Tucker S, Canobbio M, Paquette E, Wells M. Normas y cuidados del paciente: Guía de planificación de la práctica asistencia conjunta Vol. 1: Editorial Haurcourt Brace; 1997:2

salud, como disciplina autónoma debe aportar algo específico y diferenciador del resto: nuestra propia función. Como ya afirmaba F. Nightingale a mediados del siglo XIX, "La enfermería requiere de conocimientos propios, diferentes del conocimiento médico".^{19 20}

Actualmente, la práctica científica de enfermería, por el nivel de desarrollo que ha alcanzado la disciplina, tiene como referente teórico el modelo de cuidado, y como elemento metodológico, el proceso de atención de enfermería para solucionar los problemas de este cuidado. "Método lógico y racional para que la enfermera organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz"²¹ Ambos elementos significan la epistemología de enfermería entendida como los fundamentos (modelos de cuidados) y métodos (procesos de atención de enfermería) del conocimiento de enfermería. Estos dos elementos adquieren su verdadero sentido cuando se utilizan en conjunto, pues tratar de explicar y abordar una realidad con un modelo de cuidado sin hacerlo sistemáticamente se queda en un simple ejercicio intelectual, y aplicar el proceso de atención de enfermería sin un modelo teórico de referencia, únicamente sirve para sistematizar actividades aisladas que solo tienen significado para quien aplica el proceso. Utilizados conjuntamente representan la manera científica de ofrecer los cuidados de enfermería y contribuyen al desarrollo y avance de la profesión, lo que quiere decir en otras palabras "Garantizar que todos los enfermeros compartan una misma concepción de persona, salud, entorno y rol profesional, y un mismo lenguaje en la orientación de los cuidados."^{22 23}

3.2.2 CONCEPTO

El cuidado de enfermería:

La enfermería como práctica social se define a partir del concepto de cuidado, la acción social que realizamos enfermeras o enfermeros es cuidar, es decir interactuamos con otros individuos, colectivos, sanos o enfermos, con el fin de promover su salud y atenderlos durante la enfermedad, prevención, diagnósticos, tratamientos y rehabilitación. El cuidado es una forma de interacción cuyos motivos y fines se encuentran en los horizontes de la salud y la enfermedad; los problemas, intereses y necesidades en el campo de la salud y la enfermedad son lo que difieren el inicio de la interacción; la promoción de la salud y la atención de la enfermedad son los fines intermedios para contribuir, la calidad de vida y el desarrollo de las personas con quienes interactúa.

Los cuidados de enfermería forman parte del conjunto de las actividades de los cuidados, siendo estos una actividad cotidiana y permanente de la vida.

¹⁹ Auto percepción del rol enfermero en Atención Primaria. Metas de Enfermería. 1998;(8): 12-17

²⁰ Aniversario de Florence Nightingale. (Editorial). Metas de Enfermería 1999; II(15):3

²¹ Leddy S, Pepper J. Mac. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Cap 12. El proceso de enfermería. New York: Editorial J.B.Lippincott; 1989; 251-68

²² Servicios de Cuidados de Enfermería, según modelo conceptual de Virginia Henderson. Metas de Enfermería 1999; II (13): 8-14

²³ Hacia la construcción de un nuevo paradigma de enfermería, realizado por el quinto año de la Licenciatura en Enfermería Chile: Universidad de Antofagasta. Trabajo presentado en el VIII Congreso Nacional de Estudiantes de Enfermería. Valparaíso, agosto, 2000

Para Colliere “Cuidar es, ante todo, un acto de VIDA en el sentido que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la VIDA y permitir que ésta se continúe y se reproduzca” (Colliere 1993: 233)

Nos dice que cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía pero, del mismo modo; es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.

Esto ocurre en todas aquellas circunstancias donde la insuficiencia, la disminución, la pérdida de autonomía está ligada a la edad. La curva de los cuidados, que tienen que ser necesariamente proporcionados por otra persona que no sea uno mismo, es inversamente proporcional a la curva de la edad, disminuyendo las necesidades de cuidados desde el nacimiento a la primera infancia y a la adolescencia.

En la edad adulta se puede llegar a recibir cuidados en determinadas circunstancias, pero estas mismas personas serán proveedoras de cuidados, aportarán su contribución a los cuidados por medio de la familia y del ejercicio profesional, y todo esto no ocurre sólo en las profesiones llamadas sanitarias.

Para Hall el modelo enfermero proporciona una base para el *cuidado*.

Formuló su modelo en un momento en que la sanidad estaba dominada por la práctica de la medicina; sus ideas acerca del control de las enfermeras sobre el cuidado enfermero fueron consideradas revolucionarias.

Su modelo consta de tres círculos entrelazados: el círculo del Núcleo, el círculo del Cuidado y el círculo de la Curación. Cada uno de ellos representa un aspecto específico de la enfermería.

La teoría de Hall se sustenta en una lógica inductiva, que avanza desde las observaciones específicas a los conceptos generalizados. Por ejemplo:

- Los cuidados de enfermería abrevian el tiempo de recuperación del paciente.
- Los cuidados de enfermería facilitan la recuperación del paciente.
- La enfermería profesional mejora los cuidados del paciente.
- Luego “la enfermería completamente profesional acelera la recuperación”²⁴

Para Hall el círculo del cuidado, se refiere al cuerpo del paciente.

- Representa el aspecto de “nutrición” del cuidado enfermero.
- Implica el cuidado corporal personal, como el baño y el aseo; la enfermera utiliza el conocimiento de las ciencias biológicas y naturales como base del cuidado.
- Es exclusivo de la enfermería; la enfermera es la encargada del cuidado.

²⁴ HENDERSON, C (1964), “¿Can Nursing Care Hasten Recovery? American Journal of Nursing, pp82

- Incluye la enseñanza, que mejora el cuidado del paciente.

En conclusión podemos decir que para Hall el cuidado es: exclusivo de la enfermera, incluye la enseñanza y utiliza el conocimiento de las ciencias biológicas y naturales para proporcionar el cuidado al paciente.

Por otro lado tenemos la teoría del autocuidado de Orem y este se basa en los conceptos de autocuidado, la agencia de autocuidado, los requisitos de autocuidado y demanda de autocuidado terapéutico y proporciona la meta del autocuidado del paciente.

Autocuidado: abarca todas las actividades llevadas a cabo de forma independiente por un individuo para proporcionar y mantener el bienestar personal durante toda su vida.

Agencia de autocuidado: es la capacidad de un individuo para llevar a cabo las actividades de autocuidado.

Consta de dos agentes: el agente de autocuidado (persona que proporciona el autocuidado) y el agente de cuidado dependiente (persona que proporciona cuidados a otros, como un padre que cuida de su hijo).

Pero sin duda alguna, una de las teóricas que más nos habla del cuidado es Leininger en su Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales.

Leininger sostiene que los elementos que distinguen genuina a la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas se basan en un conocimiento y una práctica asistencial basada en la cultura.

La razón principal del estudio de la teoría de los cuidados es que “ante todo, la idea de la asistencia parece un factor crítico para el crecimiento, el desarrollo y la supervivencia de los seres humanos”²⁵, un hecho que se prolonga desde los albores de la especie humana.

La segunda razón, en orden de importancia, es el propósito de explicar y comprender plenamente el conocimiento cultural y los roles que asumen las personas que prestan y reciben cuidados en las diferentes culturas, para suministrar una asistencia coherente con cada entorno cultural.

En tercer lugar, el conocimiento adquirido sobre los elementos asistenciales sirve como base para promover la curación y el bienestar de los pacientes y para afrontar la muerte o la supervivencia de las culturas humanas a lo largo del tiempo.

En cuarto lugar, la profesión de la enfermería ha de estudiar la asistencia sistemática desde una perspectiva cultural amplia y holística, para descubrir las

²⁵ Leininger, M (1981). “**Caring: An Essential Human Need Thorofare**”,Nj; Charles B. Slack. (Reprinted 1988 by Wayne State University Press, Detroit).

expresiones y los significados de los cuidados, la salud, la enfermedad y el bienestar, como parte del conocimiento de la enfermería.

Leininger contempla la asistencia como uno de los conceptos más poderosos de la enfermería y el núcleo central de esta profesión. Con todo, estos conceptos y modelos deben documentarse al máximo para facilitar su comprensión y empleo, de manera que los cuidados basados en una visión cultural se conviertan en guía principal de la terapia transcultural y sirvan para explicar o predecir la práctica de la enfermería.

Leininger ha definido numerosos términos dentro de su teoría; a continuación se mencionan los conceptos de cuidados, cuidar, cuidados culturales, diversidad de los cuidados culturales, universidad de los cuidados culturales, conservación o mantenimiento de los cuidados culturales, adecuación o negociación de los cuidados culturales, rediseño o reestructuración de los cuidados culturales y cuidados (de enfermería) coherentes culturalmente.

- Cuidados (sustantivo) se refiere a los fenómenos, abstractos y concretos, relacionados con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación dirigidas a otras personas que tienen las necesidades evidente o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o su modo de vida.
- Cuidar (verbo) se refiere a las acciones y actividades dirigidas a la asistencia, el apoyo o la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida o de afrontar la muerte.
- Cuidados culturales son todos los valores, creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva y subjetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otra persona o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.
- Diversidad de los cuidados culturales es un concepto que alude a las variaciones y/o diferencias que existen en los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia, dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.
- Universidad de los cuidados culturales es un término referido a los significados, modelos, valores, estilos de vida o símbolos comunes, semejantes o dominantes que se manifiestan entre las diversas culturas y reflejan las formas en que dichas culturas asisten, apoyan, facilitan o permiten a las personas.
- Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a las personas de una cierta cultura a mantener y/o preservar los valores asistenciales relevantes, con el fin de que alcancen un estado de bienestar, se recuperen de una enfermedad o pueden afrontar discapacidades y/o la muerte.
- Adecuación o negociación de los cuidados culturales comprende las acciones y decisiones profesionales creativas de asistencia, apoyo,

facilitación o capacitación que ayudan a las personas de una cierta cultura a adaptarse o negociar con quienes presentan cuidados profesionales para obtener resultados sanitarios beneficiosos o satisfactorios.

- Rediseño o reestructuración de los cuidados culturales, abarca las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a los pacientes a reordenar, alterar o modificar de forma importante su modo de vida para adoptar esquemas de cuidados sanitarios nuevos, diferentes y beneficiosos, respetando los valores culturales y las creencias de dichos usuarios y ofreciéndoles un estilo de vida más saludable y provechoso que el anterior al coestablecimiento de los cambios.
- Cuidados (de enfermería) coherentes culturalmente son todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modos de vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios.

Leininger ha afirmado que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en suministrar una asistencia coherente con el entorno cultural. En su opinión, las enfermeras deben esforzarse por explicar el uso y el sentido de la asistencia, de forma que los cuidados, valores, creencias y modos de vida cultural suministren una base precisa y fiable para la planificación y puesta en marcha eficaz de una asistencia específica de cada cultura y para la identificación de los rasgos comunes o universales de estas actividades. Sostiene además que las enfermeras no pueden separar las visiones del mundo, la estructura social y las creencias culturales (populares y profesionales) acerca de la salud, el bienestar, la enfermedad o los cuidados cuando trabajan con culturas en las que todos estos conceptos mantienen una estrecha relación. Los factores sociales estructurales, como la religión, la política, la cultura, la economía y el parentesco, son fuerzas notables que influyen en la asistencia y en los modelos de enfermedad y bienestar. También resalta la importancia de descubrir factores asistenciales genéricos (populares, locales, indígenas) dentro de las culturas para compararlos con los cuidados profesionales.

Ahora hablaremos de la Teoría del Cuidado Humano de Watson.

Para Watson, el cuidado es el atributo más valorable que la enfermería puede ofrecer.

Desarrolló sus ideas de los datos sobre las conductas del cuidado, exponiendo las analogías y las diferencias en las descripciones de los cuidados de las enfermeras y los clientes.

Su teoría se basa en suposiciones acerca de la ciencia del cuidado y la presencia de los Factores de Cuidado (componentes estructurales de la ciencia del cuidado)

La ciencia del cuidado se basa en siete suposiciones acerca del cuidado y son:

- El cuidado puede ser demostrado de manera efectiva y practicado de forma interdepersonal.
- En cuidado consta de factores de cuidados que pueden satisfacer las necesidades humanas.
- El cuidado efectivo promueve la salud y el crecimiento del individuo y la familia.
- El cuidado responde aceptando a una persona como es y lo que parece, además de lo que podría llegar a ser.
- Un entorno con cuidados ofrece el desarrollo de la potencia mientras permite a una persona elegir la mejor acción en un momento concreto.
- El cuidado es igual de importante que la curación; la práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico con el conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ayudar a aquellos que estén enfermos; la ciencia del cuidado y la ciencia de la curación están relacionadas entre sí y no se excluyen la una a la otra.
- La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería; el cuidado conlleva una responsabilidad de la enfermera respecto al problema del cliente; la enfermera y el cliente colaboran para ayudar al cliente a que obtengan control, conocimientos y salud.

Para el Instituto Superior de Investigación para la Calidad Sanitaria (ISICS) nos dice que el concepto “cuidado” está caracterizado por su enfoque holístico en el que se engloban los aspectos biológicos, sociales, psicológicos, culturales y espirituales, que se sustenta en la interacción y la transformación. El cuidado enfermero está sustentado en el conocimiento científico.²⁶

Abascal Ramos (2001) en *Enfermería en el Tercer Milenio: Fin de la ética del Sacrificio* (Colombia) realiza una abundante consulta bibliográfica sobre cuál es la misión de la enfermería, en lo referente a su ejercicio y al concepto de cuidado, se han identificado:

“Cuidado como: trato humano (un modo humano de ser) al que se le incorporan conocimientos y habilidades ; cuidado como imperativo ético y moral (compromiso personal de mantener la dignidad e integridad de las personas); cuidado como afecto (implicación emocional; empatía, intimidad); cuidado como atención biológica (búsqueda de resultados fisiológicos como indicadores de cuidados) y por último, cuidado como acción terapéutica en el que el paciente percibe sus necesidades y demanda el tipo de cuidado que precisa; la enfermería como profesión ofrece acciones encaminadas a satisfacer dichas necesidades”²⁷

²⁶[http:// www.nipe.enfermundi.com](http://www.nipe.enfermundi.com) Instituto Superior de Investigación para la Calidad Sanitaria, Noviembre 2005

²⁷ Abascal Ramos (2001) *En Enfermería en el Tercer Milenio: Fin de la ética del Sacrificio*, Colombia www.encolombia.com

Como podemos concluir la base de la profesión de enfermería es el cuidado, que se proporciona al individuo, la familia o la sociedad, teniendo como objetivo una práctica de salud más humana más integral, haciendo necesario que los nuevos profesionales en enfermería integren los conocimientos sobre el cuidado, con los comportamientos éticos que deben de acompañar la práctica profesional.

3.2.3 TIPOS DE CUIDADO

CONCEPTO DE CUIDAR

Definimos el principio de “CUIDAR” como acciones de supervivencia

Cuidar: serie de actos que tienen como objetivo el mantenimiento de la vida de los seres vivos para permitir su reproducción y perpetuación de la vida de grupo (Colliere 1993)

En las personas, esta dirigida a satisfacer necesidades de supervivencia (comer, beber, respirar, eliminar, descansar, proteger, etc.) y lo hacen tanto por si mismo como por quien dependen de ellos, niños, ancianos, enfermos, incapacitados, etc.

La capacidad para cuidar es innata, pero tiene formas de expresión y abordaje culturales que se van desarrollando y conformando en los procesos de aprendizaje (act. Innatas/ act. Aprendidas)

Cuando las practicas de salud trascienden de lo natural (innata /aprendida) para buscar el “bienestar”, se entiende como Cuidado de la Salud.

Cuidados Personales

Cuidados de Salud

Finalidad cuidado de la salud:

- Mejorar / mantener la salud
- Recuperar la salud
- Evitar complicaciones de la enfermedad
- Adaptarse a la enfermedad

Responsabilidad de los Cuidados de Salud.

- La propia persona
- De los cercanos
- De la enfermera

Los cuidados de los enfermeros; tienen la finalidad la satisfacción de los cuidados de Salud de la persona y/o grupo, por lo que han de ser estudiados, analizados y producidos dentro de un contexto que contemple a la persona, su salud y entorno.

Evolución cuidados de los enfermeros

- Hacia el entorno
- Hacia la enfermedad
- Hacia la persona
- Hacia la interacción

ORINTACION DEL CUIDADO			
Centro de los cuidados	Enfermedad	Persona	Interacción personal / Entorno
Finalidad	Eliminar el problema	Integridad de las personas	Estabilidad / Bienestar
Enfermedad	Actuar por la persona	Actuar para las personas	Actuar con la persona
Organización de los Cuidados	Fragmentación de los cuidados en tareas	Plan de cuidados	Promover el potencial de las personas

Cuidar

El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad. Cuidar es promover la vida, es realizar todas las actividades posibles. Promover la vida no consiste solo en quitar el mal, sino que debemos centrar nuestra actividad en que las personas, familias o comunidades desarrollen todas sus capacidades para responder a los cambios en salud.

CONCEPTO DE CUIDAR: EL CUIDADO PROFESIONAL

La idea de cuidar se ha ido modificando a lo largo del desarrollo de la enfermería

Como una disciplina. En las últimas décadas se han producido importantes cambios y avances en la concepción de cuidar como núcleo esencial del trabajo de las enfermeras.

Vale la pena detenerse y pensar en la importancia que tiene las enfermeras trabajar desde marcos profesionales enfermeros: estos centran su atención en las personas y en la ayuda a poder vivir lo mejor posible las diversas situaciones de vida y los problemas de salud.

Cuidar es acompañar a la persona en sus experiencias de vida. Por ello cuidar trata de planificar la atención desde esta perspectiva. En el cuidado, la dignidad de la persona es siempre compatible con las técnicas y medios terapéuticos. El cuidado profesional

El cuidado tiene hoy en día una concepción filosófica, antropológica, psicológica, social, espiritual, además de la biológica, ineludible. Cuidar es cuidar a la persona concreta planteando alternativas a la cosificación y consideración del paciente y su situación como un problema a resolver. Desde la perspectiva ética, este cambio tiene particular importancia, puesto que los argumentos del buen cuidado varían sustancialmente cuando el cuidado se dirige a la enfermedad y su curación, a cuando el cuidado se dirige a la salud y tiene como objetivo el bienestar. Sus objetivos generales pueden definirse alrededor de:

La salud y el bienestar, supone ayudar a la persona a conseguir el máximo nivel de bienestar en situación de enfermedad, de lesión, de incapacidad, en el proceso de la muerte y ayudarla a mejorar su nivel de salud. Procurar que las necesidades evidenciadas sean cubiertas de acuerdo a los criterios profesionales establecidos. La experiencia profesional debe proporcionar el dinamismo suficiente para poder ver la particularidad de cada situación, alejándose de soluciones igualitaristas y estandarizadas.

La autonomía, implica el respeto a la autonomía del paciente-usuario o cliente y la ayuda a que pueda expresar sus necesidades, sus creencias, y valores y que pueda obtener la información suficiente y la atención que precise. El consentimiento es la pieza clave de la autonomía, no solo como un requerimiento legal en algunas ocasiones, sino como parte integrante de cualquier cuidado o atención. Actuar sin el consentimiento del paciente solo debe hacerse cuando estamos seguros de que la autonomía de la persona esta comprometida porque no comprende el alcance, ni las repercusiones de su actuación. Todo y en estos casos el proceso de información de lo que va a realizarse y de sus motivos sigue siendo la garantía de un buen cuidado.

La dignidad, supone defender y velar por el respeto y mantenimiento de la dignidad de las personas vinculada a poder seguir siendo uno mismo, sea cual sea su situación de vida. Precisa del respeto por la persona tal y como es y tal y como quiere ser.

La veracidad, la relación con el usuario-paciente, es una relación de confianza, de seguridad. El engaño, la mentira tienen escasa cabida en ella, todo y en las ocasiones en las que la información es dolorosa por la gravedad de la situación y el pronóstico clínico. La información es entendida como un proceso porque el usuario-paciente tiene que comprender una situación dolorosa y precisa tiempo para ello, para resolver dudas, para poder llevar una adaptación saludable. La veracidad presupone la honestidad de quien cuida.

La confidencialidad, salvo en las situaciones de requerimiento legal, o en las que el paciente-usuario lo permita, la información y los conocimientos acerca de su situación y vida permanecen dentro del secreto profesional. Así mismo cuando una información debe ser revelada a algún miembro del equipo, la enfermera debe asegurar su confidencialidad.

La responsabilidad: la enfermera debe responder de los resultados del proceso de cuidados al usuario-paciente actuando de forma consecuente con los

estándares de su práctica profesional y con las responsabilidades derivadas del cuidado de enfermería.

En segundo lugar la enfermera responde a la institución en la que presta sus servicios y frente a la profesión.

El medio ambiente saludable: implica la movilización de los elementos del ambiente, la comprensión de su interrelación con la situación, y la promoción de ambientes saludables necesarios para llevar a cabo cuidados seguros, competentes y éticos.

Cuidar es cubrir las necesidades cotidianas de manera que se hace posible el desarrollo y permanencia de los seres vivos. La profesión enfermera mediante la profesionalización del cuidado ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades de salud cuando ellas no pueden hacerlo por si mismas. La cualidad ética del cuidado entonces, se deriva en la posibilidad de realizar los cuidados según la misma persona haría, por lo que el respeto por las múltiples formas de vida es esencial para el trabajo de las enfermeras.

Todas las definiciones de enfermería incluyen la importancia de realizar cuidados considerando la dignidad y el respeto por la vida de la persona tal y como ella la conciba. Cuidar contempla la totalidad de la persona, sus relaciones con el entorno, sus posibilidades, creencias, valores y formas de vida.

El cuidado es un acto de respeto por la vida de quien necesita cuidados, por lo que el sentido ético del cuidado viene de su definición y puede resumirse en:

El principal protagonista es el paciente o usuario: la valoración, planificación, actuación y evaluación se lleva a cabo desde su perspectiva. El cuidado se plantea desde la comprensión de la vivencia de la persona que hace frente a momentos de vida difíciles como son la enfermedad o la muerte.

El cuidado ayuda a las personas, familias y grupos a participar a partir de su propio saber, su cultura y sus medios, en la búsqueda y puesta en práctica de los mejores medios para vivir en salud, o morir dignamente. Se trata de ayudar a que la persona movilice sus propios recursos ayudándola a poder adaptarse lo mejor y más saludablemente posible a su nueva situación, ayudándole a comprenderla mejor y adoptar conductas más saludables.

Los argumentos éticos del cuidado ayudan a tomar las decisiones y a llevar a cabo las acciones desde el mejor interés para el paciente o usuario. Suscitan el desarrollo del máximo potencial de la persona y de sus propias capacidades y posibilidades, entre las que se encuentra su familia, allegados y contexto en que vive, para promover, restablecer y mantener la salud.

Cure (Cuidados de curación) Están relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida. Estos cuidados son utilizados para el tratamiento de la enfermedad además de los cuidados habituales. Entran aquí

los cuidados de tipo terapéuticos.

Por lo tanto se pueden ubicar aquí toda la práctica, persigue la curación de la enfermedad individual, grupal, familiar o comunitaria.

3.2.4. Tecnología para el cuidado

“El hombre necesita una tecnología para trabajar, no una maquinaria que trabaje por él. Necesita una tecnología que extraiga la mejor de la parte de la energía y de la imaginación personal y no una tecnología que le esclavice y le programe”.

La Convivialite, París, Seuil. 1973

Por tecnología hay que entender un arte, un conocimiento de los instrumentos, es decir de todo lo que muestra su elaboración, su creación, la justificación de su utilización apropiada y de la manera de servirse de ella.

La técnica corresponde a la forma únicamente de utilizar tal o cual instrumento. Es un instrumento que es objeto de aprendizaje y crea un saber. Aislada de un planteamiento tecnológico, pierde su significación y puede hacerse peligrosa, incluso perjudicial.

Ninguna profesión puede ejercerse sin la utilización de instrumentos. Estos, determinan la práctica profesional que orientan y ayudan a identificar.

Todo oficio recurre a instrumentos cuyas propiedades es indispensable conocer, así como la manera de emplearlas: las técnicas.

Los cuidados, y entre ellos los cuidados de enfermería, han recurrido a tecnologías diversas, siendo las principales todas aquellas que sirven para el mantenimiento de la vida: cuidados habituales de higiene, de alimentación, y también de relajación, de apariencia. Estos cuidados han estado siempre acompañados de una relación de base indisociable del acto de cuidar. Luego se han unido instrumentos y técnicas de curación cada vez más complejas a las que habrá de añadir todas las tecnologías de la información.

El estudio de las tecnologías utilizados por los cuidados de enfermería es un campo que hay que explorar por completo, ya que la tecnología no ha sido considerada por la enfermería como un elemento fundamental del proceso de cuidar, solamente si se estudian sus propiedades, sus obligaciones, y sus limitaciones de la misma manera que otros conocimientos, se pueden volver a situar en su justa medida sus efectos, reconocerlos como fundamentales y al mismo tiempo relativizarlos, sustituyéndolos en el conjunto de las circunstancias, elementos y medios que constituyen el proceso de los cuidados de enfermería.

¿CUALES SON LAS TECNOLOGÍAS UTILIZADAS?

EL CUERPO, EL PRIMER < INSTRUMENTO> DE LOS CUIDADOS

El cuerpo en si ha sido el primer instrumento usado por una persona que prestaba cuidados, y sigue siendo el instrumento principal de los cuidados de enfermería, en el sentido de que es el vehículo, el mediador de los cuidados; de ahí de volver a descubrir las propiedades del cuerpo: energéticas, propioceptivas, térmicas, mecánicas, etc., propiedades desarrolladas o inhibidas que se traducen en mecanismos de defensa bio-psico-afectivos o en relaciones de empatía.

Esto puede llevarnos a preguntar por la utilización del cuerpo para cuidar y por el uso de los sentidos para diferenciar y prestar cuidados.

En primer lugar, el tacto, es el primer sentido utilizado en la presentación de cuidados. Se podría hacer un análisis completo del tipo de cuidados de enfermería prestados en un servicio, investigando todo lo que hacen las manos para cuidar, recopilando todos los verbos que traducen las acciones realizadas por las manos en el proceso de la prestación de los cuidados.

El sentido del oído transmite un mensaje, es el vehículo de la escucha, que sólo tiene sentido si se puede analizar y compartir para entenderlo. El oído intenta comprender el simbolismo de las palabras.

La vista sitúa a las personas en su entorno, descubre sus rostros, descifra los mensajes enviados por todo el cuerpo según la actitud que este presente.

Hablar del cuerpo como el primer instrumento privilegiado del cuidado no es tan sólo mencionar los sentidos, sino también redescubrir la sensibilidad. Redescubrir lo que siente, buscar lo que sienten los demás e intentar ser mas claro con lo que uno mismo siente.

Después del cuerpo, principal vehículo de los cuidados habría que tener en cuenta:

- Las tecnologías relacionadas con los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida.
- Las tecnologías para la curación.
- Las tecnologías de la información.

TECNOLOGÍAS PARA EL MANTENIMIENTO DE LA VIDA

Son todas las tecnologías y los instrumentos que sirven para garantizar el mantenimiento de la vida cotidiana. Su uso requiere por parte de los cuidadores un estudio de los hábitos de vida que se refieren al aseo, al tipo de alimentación, el significado de la ropa o la manera de moverse, a la organización del espacio entero de la habitación, a la vivienda etc.

Están relacionados con las tecnologías que compensan defectos funcionales, tienen como objetivo paliar un daño funcional y permitir la realización de la actividad obstaculizada por este daño.

La gran mayoría de estos instrumentos compensan las deficiencias de la motricidad, asegurando, por lo tanto la recuperación de la autonomía indispensable para atender las obligaciones cotidianas de la alimentación, el vestido, del aseo, de la eliminación, del desplazamiento, etc.

Estar al corriente de la existencia de estos medios de compensación, utilizarlos, aconsejarlos, y enseñar a servirse de ellos, forma parte del dominio de los cuidados de enfermería.

TECNOLOGÍAS DE LA CURACIÓN

Las tecnologías para la curación, al igual que las tecnologías para la investigación de las causas de enfermedad, han invadido progresivamente el campo de los cuidados de enfermería. Van desde los instrumentos más sencillos hasta las máquinas más completas, y plantean el difícil problema del límite de su utilización y de su finalidad real.

Basado esencialmente en las técnicas, es decir en <<el modo de empleo>> de los instrumentos de curación, en el <<saber utilizar>>, el aprendizaje de enfermería ha omitido con frecuencia el desarrollo de una reflexión sobre su utilización, así como sobre los límites de su uso.

Todo instrumento para la curación requiere de una justificación de su utilización con respecto a la naturaleza del mal, de la deficiencia o del daño funcional que espera curar o suplir. Además hay que volverlo a centrar con respecto a las costumbres y las actividades de la vida.

TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN

En el proceso de prestar cuidados hay que apelar a unos instrumentos y técnicas de recogida de análisis y consignación de la información, así como a instrumentos de transmisión y coordinación de la información. Muchos de estos instrumentos, por haber sido pensados más en la organización de las tareas que al sentido de los cuidados, se muestran poco significativos y han interferido considerablemente con los cuidados de enfermería y con la acción sanitaria y social.

Los instrumentos de información necesarios para los cuidados han tenido dos grandes defectos: su multiplicación y la falta de pertinencia de contenido.

La multiplicación se encuentra tanto en el hospital como fuera de él, donde las tecnologías de la información consumen un tiempo considerable: multiplicación de interrogatorios, de documentos de recogida de información, de cuestionarios, etc.

El fraccionamiento de la información aísla cada aspecto de la situación, y hace que se tomen unas medidas tras otras, algunas de las cuales pueden dañar a la persona y a los que la rodean porque no guardan ninguna relación con lo que es importante para ella.

Las tecnologías de la información se reúnen actualmente alrededor de dos tipos de instrumentos principales. Los que constituyen las historias de enfermería o de acción sanitaria, y los que contribuyen al ostión del servicio de enfermería.

La historia de Enfermería, instrumento fundamental de coherencia y de continuidad de los cuidados, consiste en recoger las bases de un proyecto de cuidados establecidos a partir de un tipo de problemas de orden físico, psíquico o afectivo que se le plantean al enfermo por su enfermedad y por las distintas deficiencias que ésta produce, así como la naturaleza de los cuidados que requieren: cuidados para el mantenimiento de la vida, cuidados para la curación (exploración y tratamiento). Se recogen también datos sobre el tiempo: duración del proyecto, frecuencia de los cuidados y cualquier chequeo que permita evaluar el proceso de los cuidados.

De igual modo, la historia de acción sanitaria y social es la expresión escrita del análisis de una situación familiar enfocada a identificar la naturaleza de las dificultades o los problemas que se les plantean a las familias, para desarrollar líneas de acción, calcular su duración y evaluar los resultados.

¿CUÁL ES EL SIGNIFICADO Y EL EFECTO DE LAS TECNOLOGÍAS UTILIZADAS EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA?

Preguntarse por el efecto y el significado de las tecnologías utilizadas en las situaciones que se plantean al cuidar, es igual que preguntarse por su valor de uso. ¿Son convenientes para la vida? ¿Qué vida? ¿Cómo satisfacen el conjunto de necesidades de la vida? ¿O es sólo que cumplen una necesidad aislada desconectada de la trama de la vida de la persona, de su familia y de su grupo social?

Así, la clase de cuidados de enfermería que le ofrecemos a los usuarios estará mejor identificada se determinamos la conveniencia de los instrumentos que empleamos y de la forma que tenemos de utilizarlos.

INTEGRACIÓN DEL PROCEDIMIENTO TECNOLÓGICO Y DEL PROCESO DE RELACIÓN

El significado y el impacto de las tecnologías empleadas también dependen estrechamente del vínculo que se establece entre las tecnologías utilizadas y la relación que la acompaña.

Para poder ayudar a vivir, facilitar la vida de alguien, la utilización de instrumentos y técnicas en los cuidados requiere no estar dissociada del soporte de relación que le confiere todo su significado. Cuidar sólo puede tener sentido si el uso de las técnicas está integrado en el proceso de la relación.

Esta integración de los procedimientos tecnológicos y del proceso de relación es también inseparable de los cuidados curativos.

Las nuevas formas de organización del trabajo debidas al desarrollo de las

tecnologías al final del siglo XIX, la aceleración del ritmo de vida y la división de las tareas, han impregnado progresivamente todo el proceso de los cuidados, en primer lugar, separando los cuidados de mantenimiento y los cuidados de curación de su apoyo de relación, y posteriormente desarticulándoles y haciéndoles perder una gran parte de su significado.

Este empobrecimiento no sólo ha afectado a la enfermería, sino a todos los cuidados, incluyendo a los más antiguos del mundo: los cuidados maternos, los cuidados proporcionados dentro de la familia, que a menudo sufren de ésta misma desintegración.

En los servicios sanitarios, la organización de las tareas ha ido prevaleciendo sobre su significado, mientras que la valoración de las tareas, desposeídas de todo contenido de relación, se ha llevado a efecto dentro de la complejidad cada vez mayor de las tecnologías, hasta el punto de llegar a servir de escala para medir el valor económico y social de los cuidados y del personal de enfermería.

Es necesario reconsiderar la utilización de los instrumentos y de las técnicas empleadas en los cuidados dentro de la amplitud de la dimensión de las relaciones, ya que éstas son las que les dan sentido.

¿HA DESARROLLADO LA ENFERMERÍA INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS PROPIOS DE ELLA?

IMAGINAR, CREAR TECNOLOGÍAS PARA LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Uno de los determinantes fundamentales que permiten caracterizar e identificar un oficio como una profesión está constituido por el instrumento y la técnica utilizada en el ejercicio profesional.

Gracias a las corrientes que proceden de la psiquiatría y de las medicinas paralelas, los enfermeros y las enfermeras comienzan a iniciarse en nuevos enfoques y a integrarlos a sus cuidados.

Los cuidados de enfermería deben nutrirse de todo tipo de campos y de tecnologías variadas, recrearlas, volverlas a pensar, adaptarlas para la aplicación de cuidados.

TECNOLOGÍAS SENCILLAS

Concluir esta descripción sobre las tecnologías, es citar las tecnologías sencillas de los cuidados habituales, de los cuidados primarios, es decir, aquellas utilizadas en el primer nivel de los cuidados que previenen cualquier agravamiento, lo que limita considerablemente las necesidades de cuidados de curación cuando las personas han podido beneficiarse a tiempo al tener acceso a servicios próximos a su domicilio con horarios bien adaptados a ellas. Es aprender a utilizar instrumentos y técnicas variadas y sencillas, adaptadas a la población y que pueden ser utilizadas por los mismos usuarios.

CREENCIAS Y VALORES

Una profesión tiene creencias que son la base de las ideologías que determinan su comportamiento.

Los cimientos de la enfermería han sido las creencias religiosas de mujeres consagradas que hacían una profesión de fe antes de definirse por la moral profesional, dando lugar a comportamientos y actitudes determinadas respecto a la responsabilidad de servir; creencias que durante muchos decenios dan prioridad a la actitud en el trabajo más que al trabajo en sí mismo. Así, comportamientos y actitudes son de alguna manera la clave de esta profesión.

Sin embargo, las primeras aportaciones de conocimientos especializados y de instrumentos técnicos han motivado que las antiguas creencias desaparezcan mientras que otras las suceden. Por esto, es fundamental identificar las concepciones, las creencias y los valores con los que se relaciona el enfoque de los cuidados de enfermería.

FUNDAMENTO DE LAS CREENCIAS

Las creencias son una forma de conocimiento integrado, interiorizado a partir de las costumbres, las cuales, representan en sí mismas y desde el principio de la humanidad todo un conjunto de formas de hacer enfocadas a asegurar la continuidad de la vida.

A medida que se repiten y se asientan, las costumbres dan lugar a la adhesión del grupo que cree que tal o cual forma de hacer es buena y por lo tanto deseable, o mala y por consiguiente indeseable, son la base de los hábitos de pensamiento que se transformarán en creencias. Cualquier creencia es un hábito, una costumbre a la que se adhiere un grupo y a través de él, las personas que lo integran.

Todas las creencias se basan en los conceptos de *bien* y de *mal*, a partir de la interpretación simbólica de un modo de hacer las cosas que da la forma de ser en un universo determinado.

Todo lo que no es considerado como bueno, es decir, saludable para la vida del grupo, está prohibido para proteger al grupo de todo lo que le puede perjudicar y, por lo tanto, causar la muerte.

Tanto las costumbres como las creencias se elaboran a partir de los medios de vida y son tributarias de las características del espacio, del territorio donde vive el grupo. El espacio es la base de los comportamientos y de la red de relaciones instauradas por las costumbres: relación entre las personas y también relación con los objetos

Costumbres y creencias están reglamentadas por el tiempo que les marca un ritmo, las acentúa a merced del día o de la noche, las dispersa al filo de las estaciones, las repite, las recuerda y las conmemora en forma de ritos; constituyen el elemento que representa la permanencia y la estabilidad del

grupo; aseguran y garantizan el sentimiento de pertenencia y permiten forjar una identidad gracias a formas de actuar que determinan como centrarse e identificarse; aseguran también la continuidad de la vida del grupo (etnia, profesión, institución).

NATURALEZA DE LAS COSTUMBRES Y LAS CREENCIAS

Las costumbres, al igual que las creencias, encuentran sus orígenes en el principio de las prácticas relativas a la alimentación y al cuerpo: cuidados del cuerpo, prácticas sexuales, cuidados de higiene corporal, es decir, todo lo que inicialmente se pensó que era bueno o malo para asegurar, según los grupos culturales, el desarrollo del cuerpo.

Los valores están vinculados a las costumbres y a las creencias, siendo el valor el grado de importancia y de estimación social que se atribuye a tal o cual creencia, lo que hace que el grupo necesite protegerla para así mantenerla. Los valores se basan en el reconocimiento de las costumbres que los distintos grupos consideran que hay que mantener, se apoyan en las creencias que alientan y mueven en forma de comportamientos y actitudes.

Los valores fundamentales son aquellos que tienden a conservar y mantener todas las prácticas indispensables para la supervivencia del grupo y en ningún caso se pueden modificar por encima de un cierto umbral sin correr el riesgo de que el grupo muera.

Costumbres, creencias, ritos y valores integran la cultura que relaciona a los hombres de una comunidad entre sí y determina sus relaciones con el mundo, sus criterios del bien y del mal, constituye un todo estructurado donde las conductas y las costumbres están relacionadas con los valores y con las motivaciones que cualquier civilización tiene institucionalizadas y jerarquizadas.

Los cuidados de enfermería se aplican cuando confluyen personas – las personas cuidadas y los cuidadores – con costumbres y, por tanto, creencias diferentes y están sometidas a fluctuaciones en sus diferentes medios de vida.

TRANSMISIÓN Y MODIFICACIÓN DE LAS COSTUMBRES Y LAS CREENCIAS DE UN GRUPO

Tanto las costumbres como las creencias con las que se relacionan los grupos, se transmiten por herencia cultural y, son susceptibles de modificarse o de ser llamadas a transformarse aisladamente o interrelación:

- Cuando existe un contacto que da lugar a relaciones con otros grupos que tiene costumbres diferentes como ocurre con viajes, guerras, exploraciones, etc. y con más frecuencia en la vida cotidiana con la ampliación progresiva de las relaciones entre diferentes medios: familiar, escolar, de trabajo, de clase social, etc.
- Cuando surge un replanteamiento de una costumbre o una creencia en una persona que empieza a dudar. Esta es la razón por la que los nuevos conocimientos surgidos de cualquier investigación científica

alteran las creencias anteriores sometiendo a juicio su certeza.

- Cuando nuevos conocimientos dan lugar a la transformación de instrumentos y a la invención de otras tecnologías, y éstas a su vez cambian las costumbres, las creencias y los valores con los que están relacionadas.

Todo este proceso de formación, estabilización, mutación de costumbres y creencias interviene y actúa en el seno de cualquier grupo e institución social. Las costumbres y las creencias actúan como mecanismos de defensa culturales; vigilando estas nuevas formas de actuar, desempeñan un papel protector con respecto al movimiento de los cambios

FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS CREENCIAS Y LOS VALORES E INSPIRAN LA CONCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los cuidados de enfermería se sitúan en una encrucijada de sistemas de creencias y de valores que entran en acción e interfieren mutuamente.

Siendo competencia de una profesión, los cuidados de enfermería están influidos por creencias y valores heredados y transmitidos dentro del grupo profesional, y por los de otros grupos que participan en los cuidados, también están influidos por el terreno institucional y el sistema de costumbres y valores tecnológicos, económicos, sociales e incluso jurídicos que segrega y genera el medio institucional.

Frente a la complejidad de creencias de origen y de simbolismos tan diversos, heredados de un pasado, frente a la gran cantidad de conocimientos y las variadas tecnologías y frente a la influencia determinante del medio de trabajo, cualquier profesión, y entre ellas la enfermería, tiene el riesgo de refugiarse tras una ideología generalizante y generalizable <<todo por el enfermo>>.

La ideología es la construcción de un sistema de ideas que sustituye a la realidad, hasta tal punto que se llega a pensar y a creer que estas ideas son la realidad.

La realidad es la inserción de las situaciones en el medio de trabajo, directamente influidas por las costumbres, las creencias y los valores transmitidos en este medio.

INCIDENCIA EN LA PRÁCTICA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Aunque parece difícil e irreal que sólo exista un único cuerpo de creencias y valores sobre el que se pueda basar la práctica de los cuidados de enfermería, también parece fundamental que la enfermera sea capaz de comprender y conocer lo que influye en su práctica de aplicación de cuidados y la del grupo a que pertenece, para que pueda ser capaz de aclarar lo que le motiva e influye en su práctica, así como la coherencia entre los fines que propone y los medios que utiliza en función de las situaciones.

Es importante conocer y comprender las creencias y los valores heredados del pasado: lo que ha dado origen a la práctica de aplicación de cuidados. Lo que

ha orientado su evolución a través de las costumbres que valoran la fecundidad y el grupo social y, las que valoran el cuerpo enfermo, pobre y desprovisto y que aíslan cada vez más al individuo para relegarle al mal que padece.

Todo proceso de aplicación de cuidados se inserta en un sistema de creencias y valores de los que son portadores las personas que participan en los cuidados, tanto las personas cuidadas como los cuidadores; por eso es importante comprender mejor el funcionamiento de las creencias, su naturaleza, la forma en que se transmiten y se modifican, todo ello para tomar conciencia de la variedad de sistemas de creencias y de valores que pueden influir en la concepción de los cuidados de enfermería y su incidencia sobre la práctica de los mismos.¹

3.3 Proceso atención de enfermería

3.3.1 Antecedentes Historia

El término PAE (proceso atención de enfermería) fue creado por Hall en el año de 1955. Desde entonces, se ha descrito de diferentes modos.

Para Wiedenbach (1963) el proceso consta de tres partes: Observación, prestación de ayuda y validación. Más tarde Knowles (1967) sugirió cinco fases para la práctica de enfermería: Descubrir, Investigar, Decidir, Hacer y Distinguir.

En 1967, la Western Interstate Commission on Higher Education (WICHE), describió cinco fases: percepción, comunicación, interpretación, actuación y evaluación. La WICHE definió el proceso como “La interrelación de un cliente con una enfermera en un momento dado, que incorpora la conducta del paciente y de la enfermera y la interacción resultante”.

También en 1967, la facultad de enfermería de la Catholic University of America propuso cuatro componentes para el PAE: Valoración, Planificación, ejecución y Evaluación.

En 1973, la American Nurses' Association (ANA), publicó los criterios de la práctica de enfermería siguiendo las fases del proceso. A partir de aquí, en varios estados se revisaron las historias de enfermería para considerar estos aspectos. Como el proceso de enfermería se desarrolló de ambas maneras, teórica y clínicamente, el término de enfermería ganó un considerable reconocimiento en la literatura de la enfermería, desarrollado entre los años 1950 y 1960, se aplicó a la identificación de problemas y necesidades del cliente. El término no fue aceptado tan fácilmente, aunque muchos autores de enfermería consideraron el diagnóstico de enfermería como básico para la enfermería profesional.

Aproximadamente una década más tarde, Bloch definió los términos que fueron cruciales en enfermería, y encontró que el término diagnóstico, todavía era bastante controvertido.

En 1973, Gebbie y Lavin en St. Louis University School of Nursing ayudaron a organizar la primera conferencia sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería. Los participantes de esta conferencia definieron el diagnóstico de enfermería como la “Conclusión o juicio que tiene lugar como resultado de la valoración de enfermería”. Dichas conferencias se celebraron cada dos años ganando apoyo e interés y en 1982, el grupo de conferencia acepta el nombre de Northon American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

En 1980, la ANA declaró que “la enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud actuales y potenciales”.

EN 1982, EL Nacional Council of State Boards of Nursing, definió y describió las cinco fases del PAE en términos propios de enfermería: Valoración, Análisis, Planificación, Ejecución y Evaluación.

3.3.2. Concepto

El proceso atención de enfermería (PAE) es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería.

Según Rosalinda Alfaro. (1993) “Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales”. En el término paciente se incluye también a la familia o la comunidad.²⁸

3.3.3 Objetivos

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

- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad
- identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, estableciendo planes para resolver las necesidades identificadas, y actuar de forma específica para resolverlas.

3.3.4 VALORACIÓN

a) Concepto

Consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del nivel de salud del cliente. La información de los aspectos físicos, emocionales, del desarrollo,

²⁸ MA. DE JESÚS GARCÍA GONZÁLEZ, El Proceso de Enfermería y El Modelo de Virginia Henderson, en El proceso de enfermería, según el Modelo de Virginia Henderson, Pág. 21

sociales, intelectuales y espirituales. Se obtiene de varias fuentes, y es la base de la actuación y la toma de decisiones en fases. Para realizar esta primera fase del proceso, son esenciales las técnicas de observación, comunicación y entrevista.

b) Objetivos

- Reunir la mayor información posible, para tener una imagen lo más completa y apegada a la realidad, sobre los problemas del cliente.
- Identificar los problemas específicos del cliente y orientar las siguientes etapas del proceso.

c) Métodos de valoración.

Observación: consiste en recoger información a través de los cinco sentidos, aunque es más utilizada la vista, todos los sentidos se implican en una observación cuidadosa dentro de esta se implican dos aspectos:

- Reconocer los estímulos.
- Seleccionar, organizar e interpretar los datos.

La observación es una técnica consistente e intencionada que se desarrolla a través del esfuerzo y de un enfoque organizado. Por consiguiente, la observación implica discriminar entre estímulos.

Entrevista: es una comunicación planificada o una conversación con una finalidad, sus posibles objetivos son recoger datos, dar información identificar problemas o preocupaciones mutuas, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo y aconsejar o realizar una terapia. La entrevista puede ser como un proceso que aplica en la mayoría de las fases el proceso de enfermería, existen dos planteamientos en la entrevista:

Dirigible o Directa: es muy estructurada y obtiene una información específica. La enfermera establece el propósito de la entrevista y la controla por lo menos en principio, preguntando cuestiones cerradas que reclaman un número de datos específicos. Las entrevistas directas son, a menudo, utilizadas para recoger y dar información en un tiempo determinado.

No Dirigible: la enfermera permite al cliente controlar el propósito, asunto del tema y llevar el paso. Se utiliza para ver el problema, aconsejar y valorar la realización.

Normalmente una combinación de planteamientos dirigibles y no dirigibles se apropia durante la entrevista para recoger la información. Las metas de la entrevista para recoger la información son recolectar los datos y dar a conocer el informe.

Tipos de preguntas de una entrevista.

Preguntas cerradas: son usadas en las entrevistas dirigibles, son restringidas y generalmente requieren solo respuestas cortas que den información específica. A menudo comienzan por Cuando, Donde, Quién, Qué, Haces (hizo, hace), Es (son, era), y a veces Como.

Preguntas abiertas: asociadas a las entrevistas no dirigibles, son las que dirigen o invitan al cliente a investigar (elaborar, clarificar e ilustrar) sus aspectos o sentimientos. Dan al cliente la libertad de hablar sobre lo que ellos quieren. También sitúan la responsabilidad sobre el cliente para indagar y entenderse a si mismo en ves de recibir el consejo de otro.

Una cuestión abierta es amplia, especifica solo el tema que se va a tratar y anima a una respuesta mas larga que una o dos palabras. La respuesta también puede expresar actitudes y creencias que tiene el cliente. La principal desventaja es una pregunta abierta en la que el cliente puede emplear mucho tiempo en dar información irrelevante.

Exploración física: se realiza para obtener objetivos y completar la fase de reconocimiento del proceso de enfermería. En la exploración física se registra una impresión general sobre el aspecto completo del cliente y su estado de salud.

Tipos de datos.

Datos objetivos: son aquellos que se pueden observar o verificar mediante criterios establecidos, a través de los sentidos.

Datos subjetivos: son aquellos que son evidentes para la persona afectada y únicamente ella puede describirlos o verificarlos.

d) Fuentes de información

- Fuentes Primaria
- Fuentes Secundarias

Las primarias de información son las que proporciona el cliente y las secundarias la que la información se obtendrá a través de:

- La Historia clínica del cliente, actual o anterior
- La familia y el entorno del cliente
- El intercambio con los demás miembros del equipo de salud
- Libros, artículos y obras referidas al tema

f) Técnicas

La entrevista enfermera y la valoración física

La entrevista y la valoración física se complementan y clarifican mutuamente.

La entrevista enfermera

Su capacidad para establecer una relación de confianza, formular preguntas, escuchar y observar es la clave para una interrelación enfermera-cliente positiva y es esencial para conocer los hechos. La persona que demandan cuidados de salud, ya tengan una enfermedad aguda o no, están en posición extremadamente vulnerable; necesitan saber que están en buenas manos y que sus principales preocupaciones serán atendidas.

Considere las siguientes guías que pueden ayudarla a realizar una entrevista que inicie una relación terapéutica, inspire confianza, cree una actitud positiva y reduzca la ansiedad.

Guía: entrevista centrada en el usuario (sintetizada)

Cómo establecer una relación de confianza.

Antes de iniciar la entrevista:

- Organícese. Centrar la atención en la persona.
 - No se fíe de la memoria. Usar una guía general, un plan escrito o impreso.
 - Dedique tiempo suficiente. De media a una hora.
- Asegure la intimidad. Entorno tranquilo, sin interrupciones ni distracciones.
- Mantenga centrada su atención. Decir mentalmente: "lo más importante en este momento es el paciente"²⁹
 - Véase a sí misma como segura, cálida y atenta.

Cuando empiece la entrevista:

- Preséntese dando su nombre y posición. Como un mensaje de que acepta la responsabilidad y que está dispuesta a responder de sus acciones.
- Verifique el nombre de la persona y pregúntele cómo le gusta que la llamen.
- Explique brevemente su propósito. Ej., "Estoy aquí para hacerle la entrevista inicial que nos ayudará a planificar sus cuidados de enfermería).

Durante la entrevista:

- Dedique a la persona toda su atención. No enfrascarse en sus notas o leer el impreso de valoración.
- No corra. Ir de prisa demuestra falta de interés en lo que la persona le cuenta.

Cómo escuchar:

- Sea una oyente empática (ponerse en el lugar del otro).
- Utilice frases suplementarias cortas que haga saber a la persona que la entiende y que la estimulen a continuar.
- Escuche los sentimientos tanto como las palabras.
- Ponga en conocimiento de la persona cuando vea un lenguaje corporal que envía mensaje contradictorio con el mensaje verbal.
- Deje que la persona acabe las frases.

²⁹ ALFARO-LEFEVRE: Rosalinda. Aplicación del Proceso Enfermero, Guía paso a paso. ED. Masson, 4ta ed., Barcelona, España, 2002 Pág.

- Tenga paciencia si la persona tiene un bloqueo de la memoria.
- Evite el impulso de interrumpir
- Permita que haya pausas en la conversación.

Como formular las preguntas (interrogatorio)

- Pregunte en primer lugar por el problema principal.
- Focalice sus preguntas para obtener información específica sobre los signos y síntoma.
- No haga preguntas dirigidas. Inducen a la persona a dar una respuesta específica.
- Use formulaciones exploratorias. Preguntas que empiecen con palabra como: diga, describa, explique y elabore.
- Use técnicas de comunicación que refuercen su capacidad para pensar críticamente e infórmese de los hechos.
- Evite las preguntas cerradas (las que requieren de una respuesta monosilábica).

Cómo observar (observaciones)

- Use sus sentidos. ¿Ve, oye o huele algo anormal?
- Note la apariencia general.
- Observe el lenguaje corporal.
- Fíjese en los patrones de interacción. Sea conciente de la respuesta de la persona a su estilo de entrevista.³⁰

La observación: En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la frase de recolección de datos por la observación, que continúa a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la observación tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o destacados.

Cómo terminar la entrevista

- Pida a la persona que resuma sus preocupaciones más importantes, luego resúmalas usted desde su perspectiva.
- Ofrézcase usted misma como recurso. Explique que espera que surjan nuevas necesidades y que le gustara estar informada para poder introducir los cambios necesarios.
- Acabe con una nota positiva y estimule a la persona a convertirse en un participante activo... No vacile en ofrecer sugerencias o hacer preguntas en cualquier momento.

³⁰ ALFARO, ROSALINDA. Aplicación del Proceso Enfermero. 2002 Ibíd. Pág. 44, 45, 46.

Valoración física

La clave para llevar la valoración física es ser minuciosa, sistemática y técnicamente hábil.

Las habilidades para la valoración física incluyen lo siguiente:

Inspección. Observar cuidadosamente usando para ello sus dedos, ojos, oídos y sentido del olfato.

Auscultación. Escuchar con un estetoscopio.

Palpación. Tocar y presionar para comprobar la presencia de dolor y sentir las estructuras internas, como el hígado.

Percusión. Golpear suavemente directa o indirectamente la superficie corporal para determinar los reflejos (como un martillo de percusión) o para comprobar si un área contiene líquido (como suave golpeteo de los dedos sobre la superficie).

La mejor forma de ser minuciosa y sistemática en la valoración física es elegir una buena manera de organizar su abordaje y usarla de forma que se vuelva automática.

La manera de organizar su valoración depende de dos cosas:

1. El estado de la persona. Si está enferma, empiece examinando en primer lugar el área donde aparecen los problemas antes de pasar a otras partes del cuerpo. Por ejemplo, si encuentra a una persona inconsciente examinará primero la permeabilidad de las vías aéreas, la respiración y la circulación, de acuerdo con las reglas básicas de la resucitación Cardiopulmonar (RCP).
2. Sus propias preferencias. Por ejemplo, puede elegir un abordaje de cabeza a pies, en el que empieza por valorar la cabeza y el cuello y continúa descendiendo por el tórax, abdomen, piernas y pies, por este orden. O puede preferir un enfoque por sistemas corporales empezando por el aparato respiratorio (nariz, boca, garganta, pulmones) y siguiendo con el estado cardíaco, circulatorio, neurológico, gastrointestinal, genitourinario, músculo esquelético, tegumentario.³¹

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermera, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro

³¹ ALFARO, LEFEVRE, ROSALINDA, Aplicación del Proceso Enfermero, 2002 Op. Cit, Pág. 46, 47,48.

técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación; antes mencionada.

Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estado o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color textura, aspecto, movimiento y simetría).

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.

Percusión: Implica dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonido que podemos diferenciar son: aparecen cuando se percuten músculos, o huesos. Mates aparecen sobre el hígado y el bazo.

Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire, y

Timpánicos: se encuentran al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando sólo la oreja sobre la zona a explorar.

Existen diferentes formas de abordar un examen físico:

Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación "de enfermería son":

- a) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta al paciente, los familiares y el equipo sanitario.

- b) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- c) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, “normal”, “regular”, etc.
- d) Los hallazgos deben describir de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- e) La anotación debe ser clara y concisa.
- f) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- g) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán sólo las abreviaturas de uso común³²

La referencia precedente alude a lo que debe ser parte de la identificación del gremio de enfermería (la búsqueda de la calidad y calidez al brindar el cuidado), pues al realizar notas u observaciones de enfermería, éstas, plasmadas en un papel, se vuelven un documento legal en donde se afirma el cuidado enfermero que se prodiga al paciente, y cumple la función de abogar por él; si permitimos errores al escribir o al comunicarnos. Además nos permiten confirmar errores de omisión e inclusión acerca del tratamiento o rehabilitación del paciente.

Control de pruebas diagnósticas y de laboratorio:

El control de las pruebas diagnósticas y de laboratorio es esencial para realizar una valoración completa. Estos estudios son una especie de “informe” de cómo funciona el cuerpo. Con frecuencia proporcionan evidencias clave que le ayudan a determinar el estado de salud. Por ejemplo, puede controlar en la valoración unos datos perfectamente normales y comprobar luego que existe un nivel bajo de potasio, lo que requiere evaluación y tratamiento, puesto que crea el riesgo de arritmias cardíacas. O puede sospechar un problema de salud, como por ejemplo deshidratación, que se confirmará con los estudios de laboratorio, por ejemplo, con un hematocrito alto.³³

El examen físico general.

Al principio conviene familiarizarse con el examen físico general. Se recomienda detenerse en analizar los rasgos de normalidad y las alteraciones que se pueden encontrar. Las secciones del examen físico general son:

1. Posición y decúbito.
2. Marcha o deambulación.
3. Facie y expresión de fisonomía.
4. Conciencia y estado psíquico.
5. Constitución y estado nutritivo. Peso y talla.
6. Piel y anexos.
7. Sistema linfático.
8. Pulso arterial.

³² DUEÑAS F., José R. El Proceso de Atención de Enfermería. Actualización: 22 Oct. 2000
<http://www.terra.es/personal/dueñas/pac.htm>. Compilado 20/12/2005

³³ DUEÑAS F., J.R. El Proceso de Atención de Enfermería. Ibíd.

9. Respiración.
10. Temperatura.
11. Presión arterial.

Es aconsejable que se vean distintas lesiones de la piel, palpen ganglios linfáticos, tomen el pulso, la presión arterial, etc.

A medida que se revisa el examen físico en sus diferentes secciones detenerse a analizar las distintas alteraciones que se pueden encontrar (Ej.: pulsos con distintas características, la mejor forma para tomar la presión arterial, etc.).³⁴

1. Técnicas para efectuar un buen examen físico: A medida que se va avanzando en el examen físico es conveniente enseñar y practicar algunas técnicas. Ellas son fundamentalmente la observación, la palpación, la percusión y la auscultación. En este sentido aprender la forma de palpar (ejem.: el ápex del corazón, las vibraciones vocales, etc.), de percutir (ejem.; precisar la altura de las bases pulmonares o la extensión del hígado), y la auscultación (ejem.; reconocer las características de los soplos cardiacos o de los ruidos pulmonares).
2. El examen físico segmentario: Después de adiestrado en el examen físico general, procede seguir con el examen físico segmentario, que comprende fundamentalmente:

Examen de la cabeza: En esta sección del examen físico conviene destacar el examen de los ojos, (ejem.; pupilas, movimientos, ejes oculares, campo visual, agudeza visual. Fondo de ojo, etc.), boca y faringe (ejem.; aspecto de las mucosa, de la faringe, estado de la dentadura, movimiento del velo paladar, etc.), oídos (ejem.; audición, otoscopia, etc.).

Examen del cuello: Se revisan las yugulares, el pulso, se buscan soplos carotídeos, adenopatías y se palpa la glándula tiroides.

Examen de la caja torácica y de las mamas: Se inspeccionan posibles alteraciones de la caja torácica y, si las condiciones se prestan, respetando la privacidad y con la anuencia de la paciente, se efectuara el examen de las mamas.

Examen de los pulmones: Esta es una parte muy importante del examen físico y se debe practicar muchas veces. Es necesario adiestrarse en las técnicas de palpación, percusión ya auscultación. Interesa aprender a distinguir un derrame pleural de una condensación pulmonar. Reconocer sibilancias y roncus. Distinguir un pulmón enfisematoso, o con fibrosis pulmonar, etc.

Examen del corazón: Esta es otra sección del examen físico. La auscultación juega un rol muy importante y es necesario entrenarse. Conviene complementar esta parte del examen revisando programas de ruidos cardiacos que están disponibles (ejem.; el www.blaufus.com).

³⁴ ESCUELA DE MEDICINA. Etapas a desarrollar con el tutor. Curso integrado de Clínicas Médico-Quirúrgicas-MEC.-231^a_2004. http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercer/integradotercer/etapas_desarrollar.htm1 Compilado: 19/12/2005

Examen del abdomen y regiones inguinales: En esta parte del examen físico interesa adiestrarse en el examen del abdomen, partiendo con la inspección, la palpación superficial y profunda, percusión y auscultación. También se debe precisar el tamaño del hígado, el bazo y los riñones. Finalmente se deben examinar las regiones inguinales.

Examen de los genitales externos: El examen de los genitales externos requiere de privacidad. Además, se tratará de no incomodar al apaciente. En todo caso, en la medida que sea posible, conviene efectuar esta parte del examen. En casos superiores se debe insistir más, incluyendo examen rectal y ginecológico.

Examen de la columna vertebral y de las articulaciones: El examen de estas partes del cuerpo también requiere de ciertos conocimientos y habilidades (ejem.; identificar signos inflamatorios en las articulaciones, pesquisar un derrame articular en las rodillas, etc.).³⁵

Examen vascular periférico: Interesa examinar tanto la circulación arterial como la venosa (ejem.; palpación de pulsos periféricos, identificar signos de isquemia, evaluar una insuficiencia venosa, saber cuando plantear una trombosis venosa profunda, etc.)

Examen neurológico: Conviene practicar muchas veces esta parte del examen. La información obtenida se puede presentar siguiendo el siguiente esquema:

- A. Conciencia y examen mental.
- B. Nervios craneales.
 - 1. Nervio olfático
 - 2. Nervio óptico y fondo de ojo
 - 3. Nervio motor ocular común
 - 4. Nervio troclear o patético
 - 5. Nervio trigémino
 - 6. Nervio abducente o motor ocular externo
 - 7. Nervio facial
 - 8. Nervio auditivo
 - 9. Nervio glossofaríngeo
 - 10. Nervio vago
 - 11. Nervio espinal accesorio
 - 12. Nervio hipogloso
- C. El sistema motor (movimientos, fuerza, tono, reflejos, coordinación).
- D. Examen de la sensibilidad (dolor y temperatura, posición y vibración, tacto superficial)
- E. Signos de irritación meníngea.

Exámenes de laboratorio y gabinete:

- A. Radiografía de tórax: conviene aprender a verlas e interpretarlas.

³⁵ Ibíd.

- B. Electrocardiograma: se exigen conocimientos básicos (ejem., identificación del ritmo, frecuencia, y algunos signos frecuentes).
- C. Interpretación de gases arteriales, perfil bioquímico, orina y otros.³⁶

3.3.5 DIAGNÓSTICO

a) Concepto

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud / proceso de vida.

Es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo, y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar de forma independiente. (Rosalinda Alfaro, 1993)

El diagnóstico de enfermería, es la expresión del problema de un paciente, a la cual se llega haciendo deducciones sobre los datos recogidos. Este problema puede ser corregido por la propia enfermera. (Mundinger y Jauron, 1975)

b) Objetivo

- Orientar en la búsqueda del problema del cliente y favorecer la satisfacción de sus necesidades.
- Aportar las bases para la selección de las actuaciones de enfermería para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable.

c) Etapas

- Proceso de datos
- Determinación del nivel
- Formulación del diagnóstico.

Procesamiento de datos: consiste en procesar los datos recogidos e implica:

La organización: recogidos los datos, necesitan ser clasificados en un marco útil para la enfermera y que pueda tener acceso a ellos.

La comparación de estándares: la enfermera compara los datos con una variedad de estándares y utiliza sus propios conocimientos y experiencia cuando realiza sus comparaciones.

La asociación o agrupación: determina la relación de los hechos y el hallazgo de los patrones de los hechos, siendo este el principio de la síntesis. Se examinan los datos para determinar si los datos representan incidentes aislados, y si los datos son significativos.

³⁶ ESCUELA DE MEDICINA. Etapas a desarrollar con el autor. 2004. *Ibíd.*

La identificación de omisiones e incoherencias o contradicciones de los datos: las ausencias son información perdida necesaria para determinar un patrón de datos. La inconsistencia de los datos que incluyen errores de medición probabilidades o informes conflictivos o no veraces.

Determinación del nivel de salud del cliente: una vez que los datos se procesan la enfermera y el cliente identifican el nivel de salud de éste de forma conjunta. Siendo fundamental un proceso de toma de decisiones.

Formulación del diagnóstico: es la etapa final del diagnóstico, la enfermera formula una relación causal entre el problema de salud y los factores asociados. Estos factores pueden ser tanto ambientales como sociológicos, fisiológicos, psicológicos o espirituales, teniendo en cuenta que un problema de salud esta relacionado con mas de un factor.

d) Clasificación.

Diagnóstico de enfermería reales. Se refiere a un problema que existe en el presente, es decir que existe en realidad la siguiente fórmula permite enunciar de manera clara y concisa un diagnóstico de enfermería real (presente o actual).

Diagnóstico de Enfermería Real.	=	Problema del paciente	+	Causa (si se conoce)
---------------------------------------	---	-----------------------	---	----------------------

El diagnóstico real se trata de un diagnóstico que describe un problema actual o simplemente un diagnóstico real.

Diagnóstico de enfermería de alto riesgo. Es un juicio clínico de de que es más probable de que un individuo, una familia o una comunidad sean más vulnerables que otros a desarrollar un problema en la misma situación o en una similar, para este la enfermera utiliza el siguiente formato.

Diagnóstico de Enfermería de Alto riesgo.	=	Problema	+	Factores de riesgo.
---	---	----------	---	---------------------

enfermera lo establece con una finalidad preventiva, convirtiéndose en un poderoso instrumento de prevención.

Diagnósticos de enfermería posibles. La enfermera puede escribir un diagnóstico de enfermería como un enunciado incompleto de un problema, puesto que la propuesta del trabajo es incierta pero se considera una posibilidad con base en la forma en que muchos pacientes reaccionan o acondicionan a situaciones o condiciones similares.

e) Formato PES (Problema, etiología, signos y síntoma)

Para escribir un diagnóstico de enfermería real, se recomienda usar el formato PES para su descripción, es una formulación en tres partes que incluye lo siguiente:

Los términos que describen el problema (P) se refiere al título o etiqueta de categoría diagnóstica, es una descripción del problema de salud (actual o potencial) del cliente (individuo, familia y comunidad).

Etiología del problema (E) identifica las causas probables de la alteración del problema de salud, y da la dirección a la terapia de enfermería requerida. La etiología puede incluir los factores de su entorno mental, conductas del cliente, falta de capacidad motora, deterioro perceptual o consciente.

Las características definidas o los grupos de signos y síntomas (S) las características definidas aportan la información necesaria para llegar a la etiqueta de la categoría diagnóstica. Cada categoría diagnóstica está asociada a signos y síntomas que ocurren como una entidad clínica. Los signos y síntomas principales son aquellos que tienen que estar presentes para hacer un diagnóstico válido.

f) Etiquetas Diagnósticas de la NANDA

PATRÓN 1: INTERCAMBIO

1.1.2.1 Alteración de la nutrición: por exceso

1.1.2.2 Alteración de la nutrición: por defecto

1.1.2.3 Riesgo de alteración de la nutrición: por exceso

1.2.1.1 Riesgo de infección

1.2.2.1 Riesgo de alteración de la temperatura corporal

1.2.2.2 Hipotermia

1.2.2.3 Hipertermia

1.2.2.4 Termorregulación ineficaz

1.2.3.1 Disreflexia

1.2.3.2 Riesgo de disreflexia autónoma

1.3.1.1 Estreñimiento

1.3.1.1.1 Estreñimiento subjetivo

1.3.1.1.2 Estreñimiento crónico

1.3.1.2 Diarrea

1.3.1.3 Incontinencia fecal

1.3.1.4 Riesgo de estreñimiento

- 1.3.2 Alteración de la eliminación urinaria
 - 1.3.2.1.1 Incontinencia urinaria: de esfuerzo
 - 1.3.2.1.2 Incontinencia urinaria: refleja
 - 1.3.2.1.3 Incontinencia urinaria: de urgencia
 - 1.3.2.1.4 Incontinencia urinaria: funcional
 - 1.3.2.1.5 Incontinencia urinaria: total
 - 1.3.2.1.6 Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia
- 1.3.2.2 Retención urinaria

- 1.4.1.1 Alteración de la perfusión tisular (especificar) (renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica)
- 1.4.1.2 Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos
 - 1.4.1.2.1 Exceso de volumen de líquidos
 - 1.4.1.2.2.1 Déficit de volumen de líquidos
 - 1.4.1.2.2.2 Riesgo de déficit de volumen de líquidos
- 1.4.2.1 Disminución del gasto cardíaco

- 1.5.1.1 Deterioro del intercambio gaseoso
- 1.5.1.2 Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- 1.5.1.3 Patrón respiratorio ineficaz
 - 1.5.1.3.1 Dificultad para mantener la ventilación espontánea
 - 1.5.1.3.2 Respuesta disfuncional al destete del respirador (RDDR)

- 1.6.1 Riesgo de lesión
 - 1.6.1.1 Riesgo de asfixia
 - 1.6.1.2 Riesgo de intoxicación
 - 1.6.1.3 Riesgo de traumatismo
 - 1.6.1.4 Riesgo de aspiración
 - 1.6.1.5 Riesgo de síndrome de desuso
 - 1.6.1.6 Respuesta alérgica al látex
 - 1.6.1.7 Riesgo de respuesta alérgica al látex
- 1.6.2 Alteración de la protección
 - 1.6.2.1 Deterioro de la integridad tisular
 - 1.6.2.1.1 Alteración de la membrana mucosa oral
 - 1.6.2.1.2.1 Deterioro de la integridad cutánea
 - 1.6.2.1.2.2 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
 - 1.6.2.1.3 Alteración de la dentición

- 1.7.1 Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal

- 1.8 Alteración del campo energético

PATRÓN 2: COMUNICACIÓN

- 2.1.1.1 Trastorno de la comunicación verbal

PATRÓN 3: RELACIONES

- 3.1.1 Deterioro de la Interacción social

- 3.1.2 Aislamiento social
- 3.1.3 Riesgo de soledad

- 3.2.1 Alteración en el desempeño del rol
 - 3.2.1.1.1 Alteración parental
 - 3.2.1.1.2 Riesgo de alteración parental
 - 3.2.1.1.2.1 Riesgo de alteración del apego parental lactante/niño
 - 3.2.1.2.1 Disfunción sexual
- 3.2.2 Alteración de los procesos familiares
 - 3.2.2.1 Sobreesfuerzo en el rol de cuidador
 - 3.2.2.2 Riesgo de sobreesfuerzo en el rol de cuidador
 - 3.2.2.3.1 Alteración de los procesos familiares: Alcoholismo
 - 3.2.3.1 Conflicto del rol parental

3.3 Alteración de los patrones de sexualidad

PATRÓN 4: VALORES

- 4.1.1 Sufrimiento espiritual
- 4.1.2 Riesgo de sufrimiento espiritual
- 4.2 Potencial de mejora del bienestar espiritual

PATRÓN 5: ELECCIÓN

- 5.1.1.1 Afrontamiento individual: ineficaz
 - 5.1.1.1.1 Trastorno de la adaptación
 - 5.1.1.1.2 Afrontamiento defensivo
 - 5.1.1.1.3 Negación ineficaz
- 5.1.2.1.1 Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante
- 5.1.2.1.2 Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido
- 5.1.2.2 Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo
- 5.1.3.1 Potencial de mejora del afrontamiento comunitario
- 5.1.3.2 Afrontamiento comunitario ineficaz
- 5.2.1 Manejo ineficaz del régimen terapéutico: Personal
 - 5.2.1.1 No seguimiento del tratamiento (especificar)
- 5.2.2 Manejo ineficaz del régimen terapéutico: Familiar
- 5.2.3 Manejo ineficaz del régimen terapéutico: de la comunidad
- 5.2.4 Manejo eficaz del régimen terapéutico: Personal
- 5.3.1.1 Conflicto en la toma de decisiones (especificar)
- 5.4 Conductas generadoras de salud (especificar)

PATRÓN 6: MOVIMIENTO

- 6.1.1.1 Trastorno de la movilidad física
 - 6.1.1.1.1 Riesgo de disfunción neurovascular periférica

- 6.1.1.1.2 Riesgo de lesión perioperatoria
- 6.1.1.1.3 Dificultad para caminar
- 6.1.1.1.4 Dificultad para manejar la silla de ruedas
- 6.1.1.1.5 Dificultad en la habilidad para trasladarse desde la silla de ruedas
- 6.1.1.1.6 Dificultad para moverse en la cama
- 6.1.1.2 Intolerancia a la actividad
- 6.1.1.2.1 Fatiga
- 6.1.1.3 Riesgo de intolerancia a la actividad

- 6.2.1 Alteración del patrón del sueño
- 6.2.1.1 Deprivación del sueño

- 6.3.1.1 Déficit de actividades recreativas

- 6.4.1.1 Dificultades para el mantenimiento del hogar
- 6.4.2 Alteración en el mantenimiento de la salud
- 6.4.2.1 Retraso en la recuperación quirúrgica
- 6.4.2.2 Deterioro de la capacidad del adulto para mantener su desarrollo

- 6.5.1 Déficit de autocuidado: alimentación
- 6.5.1.1 Deterioro de la deglución
- 6.5.1.2 Lactancia materna ineficaz
- 6.5.1.2.1 Interrupción de la lactancia materna
- 6.5.1.3 Lactancia materna eficaz
- 6.5.1.4 Patrón de alimentación ineficaz del lactante
- 6.5.2 Déficit de autocuidado: baño/higiene
- 6.5.3 Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento
- 6.5.4 Déficit de autocuidado: uso del orinal/váter

- 6.6 Alteración del crecimiento y desarrollo
- 6.6.1 Riesgo de alteración del desarrollo
- 6.6.2 Riesgo de alteración del crecimiento

- 6.7 Síndrome de estrés por traslado

- 6.8.1 Riesgo de conducta desorganizada del lactante
- 6.8.2 Conducta desorganizada del lactante
- 6.8.3 Potencial de mejora de la organización de la conducta del lactante

PATRÓN 7: PERCEPCIÓN

- 7.1.1 Trastorno de la imagen corporal
- 7.1.2 Trastorno de la autoestima
- 7.1.2.1 Baja autoestima: crónica
- 7.1.2.2 Baja autoestima: situacional
- 7.1.3 Trastorno de la identidad personal

- 7.2 Alteraciones senso-perceptivas, (especificar) (visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias)
- 7.2.1.1 Desatención unilateral

7.3.1 Desesperanza

7.3.2 Impotencia

PATRÓN 8: CONOCIMIENTO

8.1.1 Déficit de conocimientos, (especificar)

8.2.1 Síndrome de interpretación alterada del entorno

8.2.2 Confusión aguda

8.2.3 Confusión crónica

8.3 Alteración de los procesos de pensamiento

8.3.1 Trastorno de memoria

PATRÓN 9: SENSACIONES

9.1.1 Dolor

9.1.1.1 Dolor crónico

9.1.2 Náuseas

9.2.1.1 Duelo disfuncional

9.2.1.2 Duelo anticipado

9.2.1.3 Aflicción crónica

9.2.2 Riesgo de violencia dirigida a otros

9.2.2.1 Riesgo de automutilación

9.2.2.2 Riesgo de violencia autodirigida

9.2.3 Síndrome post-traumático

9.2.3.1 Síndrome traumático de violación

9.2.3.1.1 Síndrome traumático de violación: reacción compuesta

9.2.3.1.2 Síndrome traumático de violación: reacción silente

9.2.4 Riesgo de síndrome postraumático

9.3.1 Ansiedad

9.3.1.1 Ansiedad ante la muerte

9.3.2 Temor

3.3.6 PLANEACIÓN

a) Concepto

Es el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del cliente que se han identificado durante el diagnóstico.

La planificación de los cuidados es el punto en que desembocan las etapas precedentes del proceso. Es una etapa esencialmente orientada hacia la acción. Después de haber elaborado su diagnóstico de cuidados, la enfermera elabora de alguna manera, una prescripción que puede tener efectos positivos sobre el estado físico y mental del cliente y que puede reducir los efectos del problema de dependencia.

Planificar cuidados significa establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se deben tomar. En realidad, se trata de organizar las intervenciones de acuerdo con una estrategia definida de antemano.

Ante todo, esta planificación debe determinar en forma precisa el objetivo que se persigue, es decir los objetivos de los cuidados, y las intervenciones que habrán de llevarse a cabo.

Esta etapa, que se llama también “plan de intervenciones” o “plan de cuidados”, está compuesta de dos elementos: los objetivos de cuidados y las intervenciones.³⁷

b) Objetivos

- La planeación tiene como objetivo establecer un plan de acción, programar sus etapas y los medios que se van a utilizar para las actividades que hay que realizar.
- Orientar las actividades de la enfermera, tanto en relación con un cliente determinado como con el conjunto de clientes que están bajo su responsabilidad.

c) Etapas.

Consta de seis componentes.

- Establecer prioridades
- Fijar los objetivos del cliente y los criterios de resultado
- Planificar las estrategias.
- Redactar las prescripciones de enfermería
- Registrar el plan de cuidados
- Consulta.

Establecer prioridades: es el proceso de establecer un orden preferencial para las estrategias. Para establecer prioridades, tanto la enfermera como el cliente ordenan los diagnósticos de enfermería por orden de preferencia. Se pueden agrupar los diagnósticos en prioridad alta, media y baja.

Fijar los objetivos del cliente y los criterios de resultado: un objetivo del cliente es un resultado o cambio deseado en la conducta del cliente dirigido a la salud. El logro de objetivos refleja la resolución de la preocupación o problema de salud del cliente que se especifica en el diagnóstico de enfermería. Por lo tanto los objetivos del cliente son afirmaciones generales sobre los cambios esperados o deseados en su nivel de salud.

³⁷ PHANEUF, MARGOT. “La planificación de cuidados: tercera etapa del Proceso de Cuidados” en Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería AR. Carlos Ma. López González y Julieta López Ruiz, Mc. Graw Hill Interamericana, Madrid, 1993. pp. 100-122

Y los criterios de resultado. Son afirmaciones que describen las respuestas del cliente de forma específica, observable y cuantificable. Determinan si el objetivo fue alcanzado y, por lo tanto son fundamentales para la evaluación.

Tiene cuatro finalidades:

- Dirigir las actividades de enfermería
- Proporcionar tiempo para planificar las actividades
- Servir como criterios de evaluación de la evolución hacia el logro del objetivo.
- Hacer que la enfermera y el cliente sean capaces de determinar cuándo se ha resuelto el problema.

Planificación de estrategias de enfermería: son acciones de enfermería elegidas para tratar un diagnóstico de enfermería específico con el fin de lograr los objetivos del cliente. Las actuaciones deben centrarse en las medidas para reducir los factores concurrentes del cliente.

La selección de estrategias de enfermería es un proceso de toma de decisiones. La planificación de estrategias de enfermería implica generar una serie de acciones de enfermería alternativas que tengan probabilidad de solucionar el problema del cliente, teniendo en cuenta las consecuencias de cada acción alternativa y eligiendo una o más estrategias de enfermería.

Redacción de prescripciones de enfermería: son las acciones específicas que la enfermera debe realizar para ayudar al cliente a alcanzar los objetivos establecidos del cuidado de su salud. Estas deben incluir cinco componentes.

- Fecha: en la que se escriben y se revisan, revisión que debe ser regular a intervalos que dependen de las necesidades del cliente.
- Verbo: encabeza la prescripción y es necesario que sea al principio.
- Contenido y área: contiene el donde y el que de la prescripción.
- Tiempo: contesta cuándo, durante, cuánto y cada cuanto.
- Firma: la firma de la enfermera que prescribe la descripción demuestra responsabilidad y tiene un significado legal.

La prescripción de enfermería se puede clasificar como:

- Prescripciones para dar tratamiento de enfermería a un problema
- Prescripciones para recoger datos adicionales para definir mejor el problema y facilitar su tratamiento.
- Prescripciones para ser extensiva la información sobre el tratamiento.

Redacción del plan de cuidados de enfermería: es una guía por escrito que organiza la información sobre el cliente en un conjunto significativo y centra las actividades de enfermería necesarias para solucionar el problema diagnosticado y alcanzar el objetivo. La enfermera comienza el plan en cuanto el cliente llega a la institución.

Los fines del plan de enfermería son:

- Proporcionar un cuidado individualizado al cliente.
- Asegurar la continuidad del cuidado.
- Dirigir las anotaciones a realizar en hojas de evolución.
- Ayudar a organizar el trabajo en el servicio.
- Servir como guía para el reembolso de las compañías de seguros médicos.

El plan se puede organizar en cuatro columnas o categorías:

- a. Diagnósticos de enfermería o listas de problemas.
- b. Objetivos.
- c. Estrategias, actividades ó prescripciones de enfermería.
- d. Resultados o criterios de evaluación.

Se puede añadir otra columna para la valoración o utilizar un formato con solo tres y poner los criterios de evaluación con los objetivos y metas.

Consultar: es deliberar entre dos personas. Las enfermeras consultan con una diversidad del personal incluyendo a otras enfermeras, durante todo el proceso de enfermería. Este proceso de consulta tiene seis pasos:

1. Identificar el problema.
2. recoger los datos pertinentes sobre el cliente.
3. seleccionar al consultor.
4. comunicar el problema y la información pertinente
5. comentar las recomendaciones con el consultor
6. Incluir las recomendaciones en el plan de cuidados de enfermería.

d) Tipos de intervenciones.

Independientes:

Las que la enfermera está capacitada para atender y están incluidas en el campo del diagnóstico y tratamiento de enfermería.

Interdependientes:

Son las que se desarrollan mediante una labor de equipo.

Dependientes:

Son las actividades que la enfermera desarrolla de acuerdo con las órdenes médicas. (Iyer y Colaboradores, 1989)

3.3.7 Ejecución

a. Concepto

Acción autónoma basada en el razonamiento científico que se ejecuta para beneficiar al cliente de una forma prevista en relación con el diagnóstico de enfermería y con los objetivos establecidos.

Es la puesta en práctica de lo planeado en la fase anterior. Las fases de planeación y ejecución tienen una relación muy estrecha y en la práctica se puede encontrar dificultad en marcar la diferencia, la clave está en que durante la planificación se proponen las actividades y en la ejecución se ponen en práctica.³⁸

b. Objetivos

- Poner en práctica lo planeado en la etapa anterior, llevando a cabo las acciones necesarias para conseguir el logro de los objetivos.

3.3.8 Evaluación

a. Concepto

Es la última etapa del proceso en donde consiste en emitir un juicio sobre el trabajo de la enfermera en relación a los datos obtenidos es una realidad, de un interrogatorio y una reflexión sobre el conjunto de acciones y orientaciones decididas por la enfermera.

La última fase del Proceso de Enfermería es la evaluación. Se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería.³⁹

b. Objetivo

- Comprobar la eficacia y la adecuación de los cuidados
- Revisarse lo más pronto posible
- Que las intervenciones se conviertan en una garantía para la calidad de los cuidados de Enfermería.

³⁸ MA. DE JESÚS GARCÍA GONZÁLEZ, Modelo Jerárquico con los niveles de Maslow y las necesidades de Virginia Herndwrsen, en El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, México 1997 Ed. Progreso. Pág. 42-43

³⁹ IYER.P.W. Op. Cit. Pág. 13

3.4 Modelo conceptual de Virginia Henderson

3.4.1 Antecedentes históricos de Virginia Henderson

VIRGINIA AVENEL HENDERSON (1897-199

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.

- 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la escuela de enfermería del ejército en Washington D. C.
- 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- 1922 inicia su carrera como docente.
- 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.
- 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.
- 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la definición de Enfermería de Virginia Henderson.
- 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.
- 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- 1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.
- 1953 hasta 1958 trabajo en el proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una encuesta nacional sobre la investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

- Catholic University.
- Pace University.
- University of Rochester.
- University of Western Ontario.
- Yale University.
- Old Dominion University.

- Boston College.
- Thomas Jefferson University.
- Emery University.

Es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de Estados Unidos, fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

- 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

La biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

- 1978 publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.
- 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.
- Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.

3.4.2 Influencias teóricas

Se consideran tres los factores que condujeron a Virginia Henderson a definir la enfermería el primero de ellos fue al revisar el texto escrito por Bertha Harmer, el segundo factor fue por la participación en el Teacher's College que se dedicaba a la revisión del Curriculum Guide en 1937, y como tercer factor su propio interés por definir las funciones de la enfermería.

Virginia Henderson durante su formación se relaciono con diferentes profesionistas que también se desempeñaban en el área de la salud, con ello le permitió ir conceptualizando o definiendo la práctica de la enfermería más que una teoría, gracias a las influencias de:

Annie Warburton Goodrich fundadora de la Army School of Nursing de Washington DC y posteriormente decana fundadora de la Yale University School of Nursing. Ella ejerció una profunda influencia sobre Virginia Henderson ya exaltaba sus reflexiones, percibía que el rol de enfermera era muy importante y que la enfermería requería de toda una vida de estudio.

Caroline Stackpole profesora de anatomía, fisiología y filosofía en el Teacher's College de la Universidad de Columbia, en la ciudad de Nueva York. Ella

influyo en Virginia Henderson en darle la debida importancia de mantener el equilibrio fisiológico.

Jean Broadhurst profesora de microbiología en el Teacher's College. Aquí Virginia Henderson aprendió la gran importancia de la higiene y la asepsia.

Dr. Edward Thorndike psicólogo en el Teacher's College e investigador de las necesidades básicas de los seres humanos. Con ello Virginia Henderson definió a la enfermedad como algo más que un estado patológico y rescato la importancia que Thorndike le daba a las necesidades básicas del ser humano las cuales no eran atendidas dentro del hospital, cuando el atenderlas tiene que ver con la esencia de la enfermería.

Dr. George Deaver médico en el Institute for the Crippled and Disabled y posteriormente en el Bellevue Hospital. De aquí Virginia Henderson observa como principal objetivo que al rehabilitar se logra la independencia del paciente.

Bertha Harmer enfermera de origen canadiense, autora original del *Textbook of the Principles and Practice of Nursing* y quien compartía la misma idea que Virginia Henderson a cerca de la visión de enfermería y que esta nace y se da de acuerdo a las necesidades del hombre.

Ida Orlando enfermera psiquiátrica americana y quien desarrollo un trabajo innovador en enfermería psiquiátrica en la Universidad de Yale y descrito en el libro *The Dynamic Nurse-Patient Conflict* publicado por Putnam, considerándose el origen del proceso de enfermería a dicho trabajo.

Ida Orlando desarrollo un programa genérico donde se aprendió a practicar la enfermería atendiendo el área psíquica y el área emocional así como se le da la importancia a lo físico.

Dentro de las influencias existieron otras personas que no tuvieron tanta relevancia, tal es el caso del Mayor Muscovitch médico del hospital Mount Sinai, otra fue Isabel Stewart una enfermera canadiense jefa del departamento de enfermería, por mencionar algunos.

3.4.3 Principios, postulados o supuestos principales del modelo conceptual de Virginia Henderson.

Desde el punto de vista de Virginia Henderson el movimiento de las teorías, modelos y conceptos no era algo innovador. Desde sus orígenes la enfermería era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, y no como ciencia, el conocimiento científico apareció con la primera teoría de enfermería, como referencia se tenía a la primera que nació con Florence Nightingale y que a partir de allí nacieron nuevos modelos con los cuales aportaban la filosofía de entender la enfermería y el cuidado, por ello Virginia Henderson formando parte del Teacher's College que se dedicaba a la revisión del Curriculum Guide en 1937, trata de definir la enfermería.

Así a través de diversos estudios Virginia Henderson considero que era

fundamental adaptar el cuidado de enfermería de acuerdo a las necesidades del paciente, interpretando y valorando, las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, así también la enfermera puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad, y pensar en todos los aspectos de su vida, tener en cuenta que es un ser biopsicosocial. Considero que la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible,

El papel que desempeña la enfermera en el paciente puede ser más eficiente comparando por ejemplo, el tiempo que esta dedica al paciente en relación a la del mismo médico, sin embargo afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería.

Explicaba la importancia de la independencia de enfermería con respecto a otras ramas dentro del área de la salud. Sin embargo pensaba en la separación que había entre médico y enfermera, puesto que si los dos perseguían un mismo fin, no debía suceder esto porque el más afectado era el paciente.

El modelo de Virginia Henderson se centro y partió de las necesidades humanas como núcleo para la acción de enfermería y fue clasificado por las teóricas, en el grupo de La Enfermería Humanística, por considerar a la Profesión de Enfermería como una ciencia y un arte.

Virginia Henderson afirma que la enfermera obtendrá una gratificación inmediata al ver los progresos del paciente para lograr su independencia.” La enfermera debe hacer un esfuerzo por entender al paciente” y afirma con énfasis “la enfermera ha de meterse en su piel” a fin de comprenderlo.

SUPUESTOS

“Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud”.⁴⁰

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

“Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente”. Esto implica que el individuo tenga los conocimientos, la fuerza y la voluntad elementos necesarios para ejecutar las acciones que se requieren para conservar o recuperar la salud.

⁴⁰ García G. Ma. de Jesús. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Pp. 11

ENFERMERIA

“La enfermera tiene una función propia, aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales”. La enfermera que orienta su práctica según las directrices de un modelo conceptual, tendrá una identidad profesional más concreta.

“Cuando la enfermera desempeña el papel de médico, delega su función primaria en personal preparado de forma inadecuada”. La enfermera que no tiene claro su propio papel, lo cederá con facilidad a algún otro proveedor de cuidados, que puede no tener los conocimientos requeridos.

“La sociedad busca y espera este servicio, de la enfermería y ningún otro trabajador es tan capaz de ofrecerlo como la enfermera”. La enfermera debe su existencia al hecho de que satisface una necesidad de la sociedad, al igual que cualquier otra profesión de servicios.⁴¹

Una enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiera.

Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.

PERSONA

El paciente debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. Porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

La persona es capaz de aprender durante toda su vida.

El paciente requiere de ayuda para conseguir su independencia. Sus necesidades están incluidas en los catorce componentes de enfermería.

El paciente y su familia conforman una unidad.

SALUD

La considera un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Por lo tanto enfermedad es un estado de dependencia e interdependencia motivada por la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades.⁴²

La salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo, (salud es la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las catorce necesidades).

Es la calidad de la salud más que la vida en sí misma, ese margen de vigor físico y mental, lo que le permite a una persona trabajar con máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.⁴³

⁴¹ Ibíd. Pág. 12

⁴² Ibíd. Pág. 13

⁴³ Ibíd. Pág. 14

Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

ENTORNO

El medio ambiente en que el individuo desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede inferir en tal capacidad, por lo tanto las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.⁴⁴

Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

Virginia Henderson identifica tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente:⁴⁵

1. La enfermera como sustituto del paciente.
2. La enfermera como ayuda del paciente.
3. La enfermera como compañera y orientadora del paciente.

En estado de enfermedad grave, la enfermera puede considerarse como un sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse “completo” o “independiente”.

Como ayuda del paciente, la enfermera da apoyo al paciente para recuperar su independencia.

Como compañera y orientadora, la enfermera imparte educación sobre la salud, al paciente y familia, junto con el paciente y la familia, formulan juntos el plan de cuidados, lo ejecutan y evalúan.

Para Virginia Henderson “La enfermera es temporalmente, la conciencia del inconsciente, la pierna del amputado, un medio de locomoción para el niño, conocimiento y seguridad para la madre joven”.

3.4.4 Principales conceptos

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los

⁴⁴ Ibíd. Pág. 14

⁴⁵ Ibíd. Pág. 15

seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades se denominan por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

a. Independencia

Es la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud en base a sus propias necesidades.

b. Dependencia

Puede ser considerada una doble vertiente. Por una parte en un sentido la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer sus 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

c. Rol de enfermería

Los cuidados básicos son conceptualizados con acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Como menciona Henderson "Este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación" Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

d. Concepto de Necesidad

En primer lugar, debemos aclarar que entendemos por necesidad primaria, a diferencia de una necesidad secundaria. Todo ser vivo necesita obtener recursos de su entorno para poder sobrevivir. Por recurso entendemos cualquier forma de materia y/o energía que pueda serle útil para sobrevivir.

Una necesidad primaria, o el recurso primario que la satisface, es aquella que es imprescindible para la supervivencia de un ser vivo y que no puede ser substituida o satisfecha por ningún otro recurso disponible. Por ejemplo, para la inmensa mayoría de los seres vivos, el oxígeno es una necesidad primaria, es decir, que sin una determinada cantidad de oxígeno disponible no podemos sobrevivir. El oxígeno no puede ser substituido por ningún otro gas o sustancia. Es único y esencial para la supervivencia.

Para saber si un recurso satisface una necesidad primaria debemos ser capaces de observar que su ausencia, por debajo de un cierto límite, produce

inevitablemente la enfermedad y la muerte de un ser vivo. Además, debemos comprobar que no puede sustituirse de ninguna otra forma, es decir que es único.

Además del oxígeno los seres vivos tienen varias necesidades primarias que, en general, son conocidas por todos. El calor, el alimento y el agua, además del oxígeno, son necesidades primarias de la mayoría de seres vivos. Sin alguno de estos elementos o con una cantidad insuficiente de alguno de ellos, un ser vivo no puede sobrevivir.

Por lo contrario, llamamos necesidad secundaria aquellas que, mejorando las probabilidades de supervivencia, no son imprescindibles, para este fin o que pueden ser sustituidas por otras. Por ejemplo, el territorio es una necesidad para la gran mayoría de los animales, puesto que, normalmente, de él depende su capacidad para obtener alimento y agua, pero todos sabemos que un animal puede sobrevivir sin territorio si se le ofrece suficiente agua y alimento. También, una clase determinada de alimento es una necesidad secundaria en la medida que puede ser sustituida por otra.⁴⁶

e. Causas de dificultad

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

1. Falta de fuerza. Se interpreta por fuerza no solo en la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas y capacidad intelectual, etc.
2. Falta de conocimientos se refiere a las cuestiones esenciales acerca de la propia salud y situación de enfermedad, la persona auto conocimiento y sobre los recursos propios y ajenos de los que dispone.
3. Falta de voluntad se entiende como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una situación adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacerlas.

3.4.5 Las catorce Necesidades de Virginia Henderson

Las catorce necesidades básicas de Henderson son muy similares a las de Abraham Maslow: de la 1 a la 7 están relacionadas con la fisiología, de la 8 a la 9 con la seguridad, la 10 está relacionada con la autoestima, de la 10 a la 11 con el afecto y la pertenencia y de la 11 a la 14 con la autorrealización.

⁴⁶ E. BARRULL, P. GONZÁLEZ Y P. MARTELES, 2000, El afecto es una necesidad primaria del ser humano, http://www.biopsychology.org/biopsicología/articulos/afecto_necesidad_primaria.htm.

Considerando las 14 Necesidades básicas de forma conjunta, proporcionan un enfoque holístico de la enfermería.⁴⁷

Henderson identificó 14 necesidades básicas del paciente, que integran los elementos del cuidado enfermero. Estas son:

- 1º. Respirar con normalidad.
- 2º.- Comer y beber adecuadamente.
- 3º.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada
- 5º.- Descansar y dormir.
- 6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7º.- Mantener la temperatura corporal.
- 8º.- Mantener la higiene corporal.
- 9º.- Evitar los peligros del entorno.
- 10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14º.- Estudiar descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

3.5 Proceso Atención de Enfermería y Modelo Conceptual de Virginia Henderson

El reconocimiento de la enfermería como disciplina profesional, como ciencia y arte de los cuidados, se ha conseguido gracias a los esfuerzos realizados para definir un cuerpo exclusivo de conocimientos científicos que sustente y guíe su práctica.

Objetivos:

- Conocer y poner en práctica un modelo que oriente la práctica de enfermería, para dar una atención integral.
- Conocer las cinco etapas del Proceso Atención de Enfermería.
- Aplicar la hoja de valoración para la recolección de datos. Jerarquizar las necesidades de acuerdo al modelo conceptual.
- Formular los diagnósticos de enfermería integrando la taxonomía de la NANDA y el Modelo de Henderson⁴⁸.

Modelo conceptual.

El modelo conceptual es el conocimiento usado para la práctica, mientras que el proceso es el método usado para aplicar el modelo; el modelo es el

⁴⁷ PHANEUF. M Cuidados de enfermería. Op. Cit. Pág. 18

⁴⁸ García G. M. de J., "El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería", Progreso, México, 1997.

contenido; el proceso es la forma de usar este contenido⁴⁹. Es una guía para la práctica de enfermería, además de que, clarifica la meta de nuestra profesión y da pautas para la educación y la investigación.

La integración de un Modelo Conceptual de Enfermería y del Proceso de Enfermería constituye la base para la práctica profesional, ya que no puede funcionar el uno sin el otro.

Modelos de Enfermería y Proceso de Enfermería.

El modelo conceptual de Virginia Henderson, se sustenta en las necesidades básicas del ser humano.

3.5.1. Valoración

Virginia Henderson describe al cliente/usuario como un ser único y total con 14 necesidades básicas, que debe satisfacer por sí mismo para ser independiente; por ello, en esta etapa se valora el grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades, y las causas de la dificultad en la satisfacción de las mismas (fuerza, conocimiento y voluntad)

3.5.2. Diagnóstico

A esta segunda etapa, o diagnóstico, se llega a través del análisis y síntesis de los datos que permiten la identificación y definición de los problemas.

De acuerdo con Henderson se llega a la definición de los problemas de dependencia relacionándolos con las causas que los originan.

3.5.3. Planificación

Comprende la determinación de prioridades, el enunciado de los objetivos a alcanzar por el cliente/usuario y las actividades a llevar a cabo por el equipo de enfermería, por el cliente/usuario y por la familia.

De acuerdo con el modelo de Henderson, los objetivos se establecerán en términos de niveles de independencia, de acuerdo con la causa de dificultad identificada, y los modos de intervención irán dirigidos a añadir, aumentar, reemplazar, reforzar, completar y/o sustituir la fuerza, el conocimiento y/o la voluntad.

3.5.4. Ejecución

En esta etapa se realizan las actividades establecidas en el plan de cuidados. Implica realizar actividades que el paciente no puede llevar a cabo de forma independiente o que están recogidas en el plan del médico.

Ayuda al cliente a satisfacer las 14 necesidades básicas.

Depende de la relación enfermera-cliente que permite a la enfermera una mejor comprensión de las necesidades del cliente y lleva a cabo medidas para satisfacer dichas necesidades.

⁴⁹ Fernández F. C., Garrido A. M., Santo Tomás P. M., Serrano Parra M., "Enfermería. Enfermería fundamental", Masson, Barcelona, 2000.

3.5.5. Evaluación

En esta etapa, la enfermera evalúa la eficacia de las intervenciones de acuerdo con los objetivos marcados. El modelo de V. Henderson, describe como meta de los cuidados el ayudar al individuo a conseguir su máxima independencia en la satisfacción de las necesidades lo más rápidamente posible, y de acuerdo con sus propias actividades y recursos; en consecuencia, en esta etapa la enfermera determina si se han mantenido o han aumentado los niveles de independencia a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados⁵⁰

⁵⁰ Ídem 1

INTRODUCCIÓN AL MARCOTEÓRICO ESPECÍFICO, CENTRADO EN LAS NECESIDADES QUE SE ENCUENTRAN ALTERADAS

Con el objetivo de cumplir con el propósito de la elaboración del Proceso Atención de Enfermería se vio la necesidad de realizar una investigación sobre como el entorno influye de manera directa sobre la salud mental del individuo, ya que el estudio de caso, nos revelo que la cliente en cuestión, sufrió el secuestro de su hijo varón de 10 años de edad, situación que ha propiciado una serie de alteraciones emocionales en la cliente y que ha repercutido en la dinámica familiar.

El resultado de esta investigación se integra por la justificación y cuatro capítulos, en el primer capítulo se hacen mención de la salud mental como fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos.

En el segundo capítulo abordaremos el tema del secuestro, uno de los males sociales presentes en nuestro país en los últimos años. En las últimas décadas, se han gestado cambios fundamentales en el mundo, la globalización económica no sólo genera nuevas determinaciones de soberanía de los pueblos, sino también diversos cambios sociales, dentro de estos destacan la inseguridad pública que produce la violencia social.

El secuestro es uno de los delitos con mayor afectación social. La conducta repercute en un fuerte impacto psíquico y moral, donde sus manifestaciones desbordan en una crueldad hacia las víctimas.

El tercer capítulo trata sobre el trastorno de estrés postraumático, el cual se define como el desarrollo de síntomas característicos tras la exposición a un agente estresante grave o extraordinario, que a diferencia de otras enfermedades psiquiátricas que se vinculan causalmente con la composición psicosocial y biológica de un individuo, el trastorno de estrés postraumático sólo se da en respuesta a una experiencia vital traumática.

En el capítulo cuarto se aborda el tema de Descanso y Sueño como una Necesidad, ya que el sueño como impulso fisiológico nos lleva al descanso y reposición de la energía y el equilibrio orgánico, y la alteración del sueño trae consigo una serie de alteraciones físicas y psicológicas que pone en riesgo el bienestar del individuo.

El capítulo quinto se realiza un pequeño resumen del caso clínico.

En el sexto capítulo, se concentran los instrumentos de valoración que fueron utilizados para identificar la independencia o el grado de dependencia del cliente, para ello se utilizaron métodos, fuentes, técnicas e instrumentos que permitieron obtener información acerca de los factores biológicos, sociales, culturales, emocionales y espirituales que afectan a cada necesidad para con ello, en los caso de dependencia se pudiera identificar la causa de dificultad y esto permitiera la elaboración de un Plan de Intervenciones de Enfermería.

JUSTIFICACIÓN

La influencia del entorno y las modificaciones que ha sufrido este sobre las personas, sus conductas y actitudes; y la influencia de estas sobre el medio, las sociedades, las grandes potencialidades de impacto del factor humano sobre el entorno, las conductas degradantes, las concepciones y modos de vida en general. Son dos enfoques que tienen un denominador común: la relación ser humano – medio ambiente. El entorno siempre se ha visto como factor determinante para la formación de hábitos y costumbres dentro de una familia o de una sociedad, cuando este es favorable las expectativas de un desarrollo normal y exitosa son muchas, pero sin embargo cuando se encuentra un entorno lleno de conflictos económicos, emocionales, políticos, de inseguridad, violencia, la expectativas de vida del individuo cambian. Las nuevas políticas, producto de la globalización, han traído como consecuencia en muchos países, como el nuestro un aumento de la pobreza, situación que ha repercutido en la salud física y mental de sus habitantes, el desempleo con índices tan altos en los últimos años ha influido en la proliferación de actos delictivos que ponen a la población en un estado de estrés constante, ya que se ve amenazado en su integridad física y psicológica.

La violencia en México se ha convertido en un problema de salud pública por el alto índice de accidentes, homicidios producto de asaltos a mano armada, secuestros, violaciones etc., así como también el incremento de los suicidios.

Alrededor de 3.3 millones de hogares en el país, es decir uno de cada siete (14 por ciento) reportó al menos uno de sus miembros fue víctima de algún delito. Los delitos más comunes (robos, lesiones en asaltos, secuestros, violaciones, daños en propiedad ajena y amenazas entre otros).

Se reporta que uno de cada cuatro personas ha abandonado en el último año actividades o transformado hábitos cotidianos por la inseguridad.

Dentro de la inseguridad, el secuestro es uno de los delitos que se han incrementando ya que en la actualidad se dan secuestros a grandes empresarios con el fin de obtener grandes sumas de dinero a cambio de su libertad, pero también se han presentado casos de secuestro ha familias de escasos recursos con el fin de pedir mínimas cantidades de dinero, pero que para una familia de bajos recursos es difícil pagar o también el caso de secuestro para lucrar con órganos vitales (corazón, hígado etc.), o bien para el mercado de la prostitución o pornografía infantil.

El secuestro en México es un delito en medio de la injusticia e impunidad.

Miedo, sufrimiento familiar, dolor, luto, trauma psicológico... son alguna de las consecuencias de sufrir un secuestro.

Este delito ha ido en aumento en nuestro país al grado de causar psicosis tanto entre quienes han sido víctimas como en quienes no lo han sufrido.

El secuestro se ha convertido en un gran negocio para la delincuencia, prueba de ello es el dramático segundo lugar que ocupa México en número de secuestros cometidos, sólo después de Colombia.

A pesar de que no es un delito nuevo, en las últimas semanas el tema ha sacudido al país y mantiene en vilo a miles de mexicanos, y evidenciando a México en el extranjero como un país “desangrado por los secuestros”.

El secuestro es uno de los delitos con mayor afectación social. La conducta repercute en un fuerte impacto psíquico y moral, donde sus manifestaciones desbordan en crueldad hacia las víctimas.

Para quienes tienen la suerte de no morir en el secuestro, deben pasar por una rehabilitación tanto física como psicológica, por lo que es imprescindible un tratamiento integral, existen varios centros de ayuda a víctimas del secuestro en donde trabajan con equipos interdisciplinarios en forma conjunta, integrando a la familia, en pos de que los pacientes alcancen su máxima potencia y puedan reinsertarse en el ámbito familiar, social y laboral.

Por todo lo anterior podemos decir que un entorno negativo y violento afecta el estado emocional y espiritual del individuo, afectado a todos los integrantes de una familia, es por ello la necesidad de realizar acciones exitosas de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar, ya que pueden resultar incapacitantes, y que como consecuencia disminuyen o frenan el potencial de desarrollo de las personas y por tanto de los núcleos familiares.

CAPITULO 1 FUNDAMENTACIÓN DE LAS NECESIDADES A ATENDER: DE SEGURIDAD PARA MANTENER LA SALUD Y LA VIDA Y COMUNICACIÓN

1. ELEMENTOS PARA ENTENDER LA SALUD MENTAL

1.1 DEFINICIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es el “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”.¹

1.2. La salud mental como necesidad básica.

Dentro de las necesidades básicas del ser humano se encuentra la salud, es por ello que gobiernos, comunidades, familias y personas se preocuparan siempre por conservar y mantener niveles óptimos o “saludables”.

Len Doyal y Ian Gough definen las necesidades humanas básicas y estipulan lo que las personas deben lograr si han de evitar el daño serio y sostenido. En estos términos, daño serio, se entiende como “estar fundamentalmente incapacitado para perseguir lo que uno considera lo bueno”. El argumento desemboca en las necesidades básicas: “Puesto que **la sobrevivencia física y la autonomía personal son precondiciones de cualquier acción individual en cualquier cultura** y constituyen las necesidades humanas más básicas (aquellas que deben satisfacerse en algún grado antes que los actores puedan efectivamente participar en su forma de vida buscando alcanzar otras metas)”.

□□ La sobrevivencia no es suficiente, ya que constituye una necesidad humana básica la salud física. Para desempeñarse adecuadamente en sus vidas diarias la gente no sólo necesita sobrevivir, necesita también poseer una módica salud básica.

□□ El nivel de autonomía, entendida como la capacidad de iniciar una acción, la capacidad de formular propósitos y estrategias, e intentar ponerlas en acción, está determinado por tres variables según Doyal y Gough: el nivel de entendimiento de nosotros mismos, de nuestra cultura, y de lo que se espera de nosotros; la capacidad psicológica de formular opciones para uno mismo (su salud mental); y las oportunidades objetivas de actuar en consecuencia y la libertad implicada en ello.⁵¹

⁵¹ La autonomía crítica (pp. 60-69) Boltvinik Julio. Una teoría de las necesidades humanas. La Jornada, México DF. 7 de Junio 2002.
<http://www.jornada.unam...mx/2002/jun0/020607/022n>

Para Virginia Henderson el ser humano es un ser con necesidades bio-psico-sociales y espirituales que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento, que forma parte de una familia y de una comunidad y que, el entorno en que desarrolla sus actividades es muy significativo, para la conservación de la salud.

Así mismo, se acepta que en toda persona se da una jerarquía de necesidades pero que éstas se perciben y manifiestan de manera distinta en cada individuo y se modifican por las condiciones del medio. La misma persona por sus capacidad de discernir, elegir y decidir, puede afrontar las exigencias que la situación le está pidiendo, modificando su comportamiento y ambiente.⁵²

Un país que presente serios problemas en la salud de sus habitantes tendrá problemas para llevar adelante un plan nacional de desarrollo de sus propios pobladores, del uso de sus riquezas y del bienestar de sus habitantes.

Así, los gobiernos integran sistemas nacionales de salud, que dan atenciones a la población para mejorar sus condiciones de vida y desarrollo, disminuyen los impactos mortales de las enfermedades, previenen hábitos nocivos que ayudan a una mejor calidad de vida, investigan las características de las enfermedades y procuran llevar a la mayoría de la población, atención suficiente y adecuada.⁵³

Cabe mencionar, con base a lo anterior, que cuando se habla de salud, la palabra generalmente remite a la prevención y atención a las enfermedades, o a las circunstancias que atentan contra la integridad física y biológica del individuo. Esto conlleva, que la gran mayoría de acciones, programas, recursos e infraestructura se encuentren encaminados a atender este aspecto: el abordaje biológico y físico, y menos el mental.

Nótese que el ser humano no solo es soma⁵⁴, sino también psique⁵⁵, por lo que es preciso considerar todos los elementos que integran a la salud. Es decir, entender al humano como un ente bio- psico - social, con una visión integral, comprendiendo que existen varios aspectos que forman parte de un solo fenómeno.

1.3 Calidad de Vida

a) Concepto de calidad de vida.

El estudio de la calidad de vida constituye un área de interés que atañe a múltiples profesiones. El término "calidad de vida" apareció en el año 1975 y, aunque los orígenes de este concepto se sitúan en el ámbito de la medicina, el

⁵² MA. De Jesús García González, El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, en Conceptos Básicos del Modelo de Enfermería de V. H. , Pág. 10, 1ª Ed. México 1977 Ed. Progreso, S.A.

⁵³ Secretaría de Salud, Programa de Salud 2000 – 2006, <http://www.ssa.gob.mx/>

⁵⁴ Relativo a lo orgánico

⁵⁵ Relativo a lo psíquico o mental.

interés por él se ha extendido a otras disciplinas, como la sociología y **la Psicología** (Moreno y Ximénez, 1996).⁵⁶

El concepto de calidad de vida -según TEVA Inmaculada- es “difícil de definir, ya que se trata de un término global y multidisciplinar. Además, hay que considerar los aspectos objetivos y subjetivos al momento de definirla. Por otra parte, es necesario tener en cuenta que el concepto de calidad de vida debe considerarse desde una perspectiva cultural, puesto que cambia dependiendo de las culturas, el momento histórico y la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida implicaría una serie de componentes,⁵⁷ todos ellos de carácter objetivo, que son la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos.”⁸

Ardila (2003) propone a su vez una definición de calidad de vida más integradora y actual:

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos, el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.⁵⁸

2 La Salud Mental: causas y efectos

2.1 La vulnerabilidad como causas de trastornos mentales

La necesidad de que todos los miembros de la familia se integren al mercado laboral, incluyendo a madres con niños pequeños y los niños mismos, así como la migración internacional, aún cuando representan oportunidades para el progreso económico, incrementan los riesgos para los problemas mentales, ya que en las familias se cambian los roles tradicionales de la mujer y el hombre, además de crear un ambiente poco propicio para la comunicación y supervisión de todos los miembros de la familia, provocando estrés adicional que puede llevar a la depresión y la ansiedad.⁵⁹

a) Pobreza (Secretaría de Salubridad y Asistencia.). La pobreza como problema de mala nutrición, carencia de servicios básicos, marginalidad acceso limitado a los servicios educativos y de salud, repercute directamente en las condiciones de vida de la familia y de la sociedad. Este es un problema

⁵⁶ Moreno y Ximénez, 1996, citados por Teva, Inmaculada, Et al. Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH. En *Psicología y Salud*. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana Vol. 14, Núm. 1 México. Jul – Dic 2004, ISSN 1405 – 1109, Pág. 229 - 235

⁵⁷ TEVA, Inmaculada, Et, al. Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH. Op.cit PÁG.229

⁵⁸ Ibidem

⁵⁹ MEDINA Mora, Ma. Elena y Jorge Villatoro. La epidemiología de la salud menta en México. Boletín especial de salud mental. Resumen del trabajo “La salud mental en México, Reos y perspectivas” Epidemiología y Ciencias Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) <http://www.conadic.gob.mx/doctos/epidism.htm>

complejo, en el que la dimensión de la carencia, la privación o la marginalidad son los rasgos que habitualmente se destacan. Encuestas recientes han demostrado que las familias pobres tienen una mayor prevalencia de **depresión** y **trastornos de ansiedad**; los niños que viven en la pobreza se encuentran más expuestos a enfermedades médicas, **estrés** familiar, apoyo social inadecuado y a **la depresión de los padres**. La pobreza se asocia con la falta de apoyo y de estimulación, ambientes caóticos, estrés psicológico y bajo control en las familias.⁶⁰

Hablar de los trastornos mentales significa hablar de la pobreza: ambos están encerrados en un círculo vicioso⁶¹

En tanto que los trastornos mentales generan costos por concepto de tratamientos de largo alcance y de productividad perdida, se puede argumentar que esos trastornos contribuyen considerablemente a la pobreza. Al mismo tiempo, la **inseguridad**, un bajo nivel educacional, la vivienda inadecuada y la sub-nutrición han sido reconocidos como factores asociados con los “trastornos mentales comunes”.

Existe, según la OMS, evidencia científica que la depresión prevalece de 1,5 a 2 veces más entre las personas de bajos ingresos de la población. La pobreza de la Organización Mundial de la Salud puede entonces considerarse un determinante importante de los trastornos mentales, y viceversa. De tal manera que ambos aparecen unidos en un círculo afectando diversas dimensiones del desarrollo individual y social.⁶²

b) Trabajo (Personas desempleadas) tienen más **síntomas depresivos** que las que encuentran trabajo (Bolton y Oakley, 1987; Kessle). Inclusive, las personas con empleo que perdieron su trabajo tienen un riesgo doble de estar deprimidas que las que mantienen su empleo (Dooley et al., 1994).⁶³

c) Educación (Bajo nivel educacional). Varios estudios han demostrado una Asociación significativa entre la prevalencia de “trastornos mentales comunes” y **el bajo nivel educacional** (Patel y Kleinman, 2003). Más aún, un bajo nivel de educación dificulta el acceso a la mayoría de trabajos profesionales, aumenta la **vulnerabilidad** e inseguridad y contribuye al mantenimiento de un capital social disminuido. El analfabetismo o el escaso nivel educacional y la enfermedad están íntimamente ligados en el ámbito de la pobreza.⁶⁴

d) Violencia y trauma. En comunidades afectadas por la pobreza, la **violencia y el abuso** son frecuentes. Ellas afectan el bienestar mental general y pueden inducir trastornos mentales en los más vulnerables.⁶⁵

e) Mujeres trabajadoras (Programa de Acción de la Secretaria de Salubridad y

⁶⁰ Secretaria de Salud. Programa de Acción: Salud Mental. Op. Cit. Pág.m36

⁶¹ Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. 2004

⁶² Organización Mundial de la Salud. Intervenir en Salud Mental. Op. Cit.

⁶³ Idem

⁶⁴ Idem

⁶⁵ Idem

Asistencia, SSA). Las familias mexicanas se encuentran en un complejo momento de transición debido al **cambio de los roles en el hogar** y a una doble carga para las mujeres, en la que además de cumplir con las labores del hogar, aportan una mayor contribución económica, esto ha provocado un incremento en su intervención en las decisiones familiares, se ha traducido en un fuerte aumento en las tensiones, lo que ha incrementado de manera considerable la incidencia de la **problemática mentales** en este grupo. Un ejemplo de esta situación es la **depresión en la mujer** que tiende a interpretarse como un estado “natural” y poco importante, para la pareja, la familia, y para el personal de salud. Asimismo, la mayor participación de las mujeres en el mundo del trabajo incrementa a su vez el número de menores que crecen al margen del cuidado y la vigilancia de ambos padres, así como de aquello que ingresan de manera temprana al mercado informal de trabajo.⁶⁶

Con base en lo expuesto, la OMS señala que en ausencia de inversiones bien dirigidas y estructuradas en salud mental el círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales será perpetuado. Esto impedirá el alivio de la pobreza y el desarrollo.⁶⁷

⁶⁶ Secretaría de Salud. Programa de Acción: Salud Mental. Op. Cit. Pág. 37

⁶⁷ Organización Mundial de la Salud. Intervenir en Salud Mental. OP. Cit. Pág. 25

2.2 La epidemiología de la salud mental en México.

a) Trastornos psiquiátricos en la Población Adulta.- En 1994, los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en zonas urbanas, detectaron la prevalencia de trastornos mentales entre el 15 y el 18% de la población en general; en esta encuesta se observa que la depresión es el trastorno más frecuente tanto en hombres como en mujeres, con 4.9% y 9.7%, respectivamente. Los resultados del estudio concuerdan con los realizados en otros países e indican que **una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada**; esto significa que, en nuestro país, para una población aprox. de 100 millones de personas, padecen trastornos mentales aproximadamente 15 millones, lo que equivale a una sexta parte de nuestra población.⁶⁸ (Ver Cuadro 1, que indica los porcentajes para los trastornos mentales abordados por la Encuesta citada)

CUADRO 1. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en población adulta en zonas urbanas en 1994. México

TRASTORNO	HOMBRES %	MUJERES %	TOTAL %
1. Depresión	4.9	9.7	7.30
2. Epilepsia	3.4	3.9	3.65
3. Probable psicosis	3.2	2.6	2.90
4. Probables trastornos limítrofes	1.6	0.8	1.20
5. Trastorno obsesivo	1.6	3.0	2.30
6. Probable esquizofrenia	1.2	0.9	1.05
7. Manía	0.3	0.2	0.25
8. Psicosis inespecífica	0.7	0.6	0.65
9. Trastorno bipolar	0.7	0.6	0.65
Trastorno de ansiedad	0.3	1.6	0.95

Fuente: Caravelo y Cols. Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una Encuesta Nacional en Hogares. AN. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1994

⁶⁸ Secretaría de Salud. Programa de Acción: Salud Mental. Op. Cit. Pág. 44

2.3. La Salud Mental desde una nueva perspectiva: vista como crucial para lograr el bienestar.

La OMS declaró al 2001 el Año de la Salud Mental. En ese año el Día Mundial de la Salud fue un éxito rotundo. **“La salud mental**, abandonada por largo tiempo, es crucial para lograr el bienestar de los individuos, sociedades y países y debe ser vista desde una nueva perspectiva”. Este fue el mensaje de 130 Ministros participantes en la Asamblea Mundial de la Salud. Más de 150 países organizaron actividades que descollaron por su importancia, entre ellas, proclamaciones por parte de las más altas autoridades de los países y la adopción de leyes actualizadas y programas de salud mental.

El tema del Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 fue la salud mental, y sus 10 recomendaciones fueron recibidas de forma muy positiva por todos los Estados Miembros.

Como resultado de las actividades del 2001, en el año siguiente se creó el **Programa Mundial de Acción en Salud Mental**. Este Programa constituye un nuevo y enérgico esfuerzo que busca implementar las 10 recomendaciones y se apoya en cuatro estrategias para lograr su propósito final: **mejorar la salud mental de las poblaciones.**⁶⁹

1. Aumentar y mejorar la información destinada a los decisores y transferir Tecnologías a fin de elevar la capacidad de los países
2. Concientizar acerca de los trastornos mentales por medio de la educación y la abogacía a fin de elevar el respeto por los derechos humanos y reducir el estigma.
3. Asistir a los países en la formulación de políticas y en el desarrollo de servicios integrales y efectivos. La escasez de recursos obliga un uso racional
4. Construir o fortalecer la capacidad en los países pobres para investigar en salud mental pública

a) Sobre el tratamiento a pacientes con trastornos mentales.

Los progresos científicos y tecnológicos del mundo moderno se reflejan en la salud mental de la población. Las nuevas alternativas de tratamiento para los pacientes con trastornos mentales han reducido considerablemente el periodo de hospitalización. La **calidad de vida** para aquellos que antes estaban condenados a una existencia dolorosa, ahora pueden vivir fuera de las instituciones y hasta llevar una vida activa.

La epidemiología, ha permitido tener un mejor conocimiento de las características de los pacientes con diversos desórdenes, lo que posibilita tener congruencia entre las necesidades del paciente y las modalidades de tratamiento, así como identificar las variables que predicen el resultado del

⁶⁹ Organización Mundial de la Salud. Intervenir en Salud Mental. Op. Cit. Pág. 40 y 41

mismo y determinar los porcentajes de uso de los servicios, las vías de la atención y las barreras para buscar atención.⁷⁰

2.4. Los impactos: médico, económico y social.

La salud mental como fenómeno complejo determinado por múltiples factores como es social, ambiental, biológico y psicológico requiere acciones de salud pública.

En este sentido, los impactos que la falta de visión integral del ser humano han producido en las estrategias y políticas de acción, se pueden observar en la incidencia de trastornos mentales, y también, en el grado de conocimiento y estudio que se tiene en el entorno social económico del país.⁷¹

2.4.1. Impactos médicos

a) Los trastornos mentales como causas de pérdida de vida saludable

□□ De acuerdo con la Secretaría de Salud.

Entre las quince principales causas de pérdida de vida saludable (AVISA) en México, se encuentran las enfermedades psiquiátricas neurológicas; seis de ellas están relacionadas de alguna manera con este tipo de trastornos y con las adicciones como son: homicidios y violencia, accidentes de vehículos de motor, enfermedad cerebro vascular, cirrosis hepática, demencias consumo de alcohol y trastornos depresivos, representando cerca del 18% del total de AVISA.⁷²

Para la Secretaría de Salud, las principales causas de pérdida de años de vida saludable en México en 1998, relacionados con los trastornos mentales eran:

Homicidios y Violencia 4.8

Accidentes de vehículos de motor (Choques) 4.0

Demencias 1.7

Consumo de alcohol 1.6

Trastornos depresivos 1.6

Fuente: Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud. 2000 – 2006. Cuadro 1.4. Principales causas de pérdida de años de vida saludable en México, 1998.<http://www.ssa.gob.mx/>

2.4.2. Efectos sociales de los problemas de la salud mental

a) **Ausentismo laboral.** En muchos países desarrollados, 35% al 45% del ausentismo laboral es debido a los problemas de salud mental.⁷³ Estas cifras indican la importancia y gravedad que los trastornos mentales generan en muchos países.

⁷⁰ Medina Mora, MA. Elena y Jorge Villatoro. La epidemiología de la salud mental en México. Op. Cit.

⁷¹ González Salvador. La salud mental en México. Director General de los servicios de Salud Mental <http://www.conadic.gob.mx/doctos/salmen.htm>

⁷² Secretaría de Salud. Programa de Acción: Salud Mental. Op. Cit. Pág. 18

⁷³ Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Op. Cit. Pág. 19

b) **La depresión.** Produce **falta de energía para producir**, una **propensión mayor a las enfermedades físicas** y una **falta de apego a las responsabilidades familiares y personales.**

c) **El alcoholismo y adicción a drogas**, están presentes en la mayoría de las **acciones Violentas (homicidios, suicidios y violencia intrafamiliar y social, pandillerismo y delitos en general**, así como **contagio por VIH-SIDA).**

d) **La epilepsia** provoca convulsiones con relativa frecuencia, son impredecibles y es preciso **medicación de por vida.**

e) **El retardo mental**, la **esquizofrenia** y los **cuadros demenciales dañan la relación del sujeto con su entorno social** y nos recuerdan lo precaria y relativa que puede resultar nuestra identidad y salud mental.

f) El **suicidio** es otro de los problemas crecientes en nuestro país, en 1970, el índice para el grupo entre 15 y 24 años fue de 1.9 por 100,000 habitantes, en 1997 llegó al 5.9%, un incremento del 212%.⁷⁰

2.5 Trascendencia y relevancia del estudio de la salud mental

Algunas consideraciones que tienen que ver con la trascendencia de estudiar y de investigar la salud mental son que, según Escandón Carrillo, de ella depende(n):

- Un desarrollo infantil psíquico armónico.
- La capacidad para relacionarnos en pareja y con la familia.
- El funcionamiento como padre o madre,
- La capacidad para disfrutar la vida en todas sus manifestaciones.
- Una adecuada capacidad de adaptación social y de mantener relaciones interpersonales de buena calidad.
- Tener responsabilidad social, profesional, laboral y familiar.
- La capacidad de sentir libremente nuestras emociones y poder expresarlas de manera asertiva (respetuosa, directa y honesta) a los demás.
- En gran medida los índices de seguridad pública, pues la mayor parte de los delincuentes procede de hogares y familias disfuncionales (familias desintegradas o patológicas) que son generadoras de sociopatías (niños maltratados física o emocionalmente, con problemas con la autoridad y con una deficiente estructuración de la personalidad).
- Muchos casos de la deserción escolar, bajo rendimiento académico y frustración consecuente para el individuo como para su familia, escuela y sociedad, con la consiguiente pérdida de recursos económicos que se habían invertido.⁷⁴

La relevancia de la problemática de los padecimientos mentales es que:

□□ De acuerdo con la Secretaría de Salud, se estima, que por lo menos una quinta parte de la población mexicana padecen en el curso de su vida de algún

⁷⁴ ESCANDÓN Carrillo, Roberto. ¿Qué es salud mental? (Un panorama de la salud mental en México). Op. Cit. Pág 17

trastorno mental: cuatro millones de adultos presentan depresión; medio millón padece esquizofrenia, un millón de personas tienen epilepsia y la demencia la padecen el diez por ciento de los mayores de 65 años; en una tendencia creciente de estos padecimientos, en los próximos diez años la demanda de servicios de salud mental en México constituirá una de las principales presiones para el sistema de salud.⁷⁵

□□ Asimismo, en este sentido, Gómez Mena señala que:

Parte del problema, es que estas cifras en la incidencia de los trastornos mentales tienden a aumentar debido a que el país atraviesa por una acelerada transición demográfica que influye en el cambio del perfil epidemiológico, por lo que se espera que fenómenos como la **depresión**, la **demencia**, así como el **consumo descontrolado de alcohol y otras sustancias adictivas** se vean incrementados.⁷⁶

Todos estos trastornos requieren generalmente de supervisión especializada médica, psicológica y medicamentosa, lo que compromete fuertemente a los sistemas de salud pública de cualquier país, no siendo México la excepción. Si bien –señala Medina Mora- la salud mental no es un “frente ruidoso ni visible”, es una “trinchera” que requiere atención urgente.⁷⁷

2.6 Necesidades de información y estrategias para mejorar la salud mental.

Las transiciones demográficas, sociales y económicas deben ser tomadas en cuenta cuando se pretende realizar un diagnóstico de la situación de la salud mental en cualquier país, y México no es la excepción. Los resultados obtenidos de los diversos estudios realizados hasta el momento, dentro de este contexto, de acuerdo con lo anterior y con los especialistas, Medina y Villatoro, invitan a tener en cuenta que:

□□ **El abuso y dependencia al alcohol, entre los hombres, y la depresión, entre las mujeres, son los problemas con mayor prevalencia. Sin embargo, se espera que en el futuro próximo la carga de los trastornos mentales aumentara debido al incremento del abuso de drogas⁷⁸, la exposición a la violencia y la inseguridad social que también se refleja en el importante incremento de los índices de suicidio, incluyendo a la población joven. El índice de prevalencia es más alto en las zonas urbanas, sin embargo -afirma Medina Mora- la carga de la enfermedad es mayor entre los habitantes de las zonas rurales, probablemente por el incremento del riesgo derivado de la pobreza y la escasez de servicios.**

□□ **Al utilizar nuevos indicadores de la carga de la enfermedad los trastornos psiquiátricos se hacen más evidentes, por tanto, se deben**

⁷⁵ Secretaría de Salud. Programa De Acción: Salud Mental. Op. Cit. Pág. 18

⁷⁶ GOMEZ MENA, Carolina. <http://www.jornada.unam.mx/2001/may01/010525/047n2soc.html>

⁷⁷ GOMEZ MENA, Carolina...<http://www.jornada.unam.mx/2001/may01/010525/047n2soc.html>

⁷⁸ MEDINA Mora, Ma. Elena y Jorge Villatoro. La epidemiología de la salud mental en México. Op. Cit.

hacer mayores esfuerzos por integrar dichos trastornos en la agenda de salud.⁷⁹

□□ Es conveniente, incrementar la conciencia tanto de los trabajadores de la salud, como del público general, respecto a los avances en la clasificación y el tratamiento, con el propósito de reducir los conceptos equivocados y, por lo tanto, eliminar las barreras para solicitar atención, aumentando el apoyo de la comunidad y la familia para aquellos que sufren el trastorno y facilitar la incorporación de los pacientes a la sociedad.

□□ Comparaciones transculturales permitirán entender mejor que tan específicamente afectan los contextos culturales a la calidad de vida basada en conceptos sobre la enfermedad mental, accesibilidad de los servicios y barreras para la atención.

□□ Se requiere una nueva agenda para la atención de los trastornos de salud mental, la cual deberá estar inmersa en el contexto de una iniciativa de desarrollo que permita romper el ciclo de la reproducción de la pobreza, disminuir riesgos como el hambre, el desempleo, la exposición a la violencia y el aumento del estrés, conjuntamente con mejores actitudes públicas para aquellos que han desarrollado un trastorno psiquiátrico, con la posibilidad de proporcionar servicios de alta calidad para el mejor tratamiento en cada caso.⁸⁰

2.7 El inexistente o insuficiente presupuesto para la salud mental en países, con ingresos bajos, medios bajos, medio altos y altos según la Organización Mundial de la Salud.

Los países más pobres tienen reducidos presupuestos de salud e invierten aún en menor proporción en salud mental; esto resulta en una limitación marcada de los recursos. Una baja oferta de atención en salud mental conlleva resultados pobres, recaídas que podrían evitarse y acciones escasas de rehabilitación.⁸¹

3 Las acciones del Poder Ejecutivo en materia de salud mental y adicciones (2000 – 2006)

3.1 Recursos para la atención.

Se observa que ante la gravedad del problema que, como se ha dicho anteriormente, esta aumentando y la cobertura de los servicios de salud para atender este sector ha disminuido.

Según los datos del Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS):

Los recursos del **primer nivel de atención** están conformados por más de doce mil núcleos básicos de salud (integrados por un médico y dos enfermeras), de los cuales operan completos menos del 30%, ninguno de ellos contempla servicios de salud mental.

⁷⁹ Ídem

⁸⁰ Ídem

⁸¹ Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Op. Cit. Pág. 37

En lo referente al **segundo nivel**, el Distrito Federal concentra el 41% de los psiquiatras y psicólogos institucionales para la población abierta, únicamente siete estados tienen suficiencia de psiquiatras y cuatro de psicólogos (uno por 100 mil y uno por 40 mil habitantes respectivamente). En Campeche, Chihuahua, Quintana Roo y Zacatecas la carencia de psiquiatras es casi absoluta, Campeche y Quintana Roo sufre una situación similar respecto a los psicólogos. Además, en las entidades de la República estos profesionales se concentran en las ciudades de mayor tamaño y desarrollo.⁸²

El **tercer nivel de atención** está conformado por 28 hospitales de especialidad (psiquiátricos) y cuatro hospitales generales con posibilidad de internamiento de individuos con trastornos mentales. La seguridad social dispone de cuatro hospitales y existen ocho en el ámbito privado.⁸³

3.2. Sobre la transformación del modelo de atención mental tradicional en la Secretaría de Salud

Con base en la Segunda Reunión Nacional de Salud Mental, Virginia González Torres explicó que la infraestructura hospitalaria es insuficiente, obsoleta, está mal, distribuida y es de difícil acceso. Cuenta con la mitad del personal especializado que se requiere, funciona como un sistema asilar ya inoperante, y padece de una crónica escasez de recursos económicos¹⁰¹, por lo que durante este sexenio (2000-2006) se cerrarán 18 de los 28 nosocomios psiquiátricos con que cuenta la Secretaría de Salud (SSA) en el país, con el objetivo de poner fin al modelo de atención mental tradicional, en el que a los enfermos se los recluye “por muchos años o por siempre” en hospitales psiquiátricos. Estos nosocomios, serán remplazados por hospitales de corta estancia y villas de transición, dos de las principales estructuras del nuevo sistema terapéutico denominado Modelo Hidalgo.⁸⁴

3.3. Modelo Hidalgo de atención Mental como parte de una nueva visión

Como parte de la CONADIC, la Dirección General de Rehabilitación Psicosocial, Participación Ciudadana y Derechos Humanos¹⁰³ es el área donde la atención mental ha tomado una opción alternativa de atención a la salud pública: el Modelo Hidalgo.

Objetivo.- Establecer las pautas, políticas, lineamientos, coordinación, supervisión y evaluación que de los servicios del Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental se deriven, además vincularse con las autoridades estatales correspondientes de todo el país para la implementación del Modelo. Así como asesorar a los grupos de sociedad Civil y Comités Ciudadanos de apoyo para la ayuda a los usuarios, tanto para garantizar que reciban un trato digno, como para garantizar el respeto a sus derechos y darles la oportunidad de tener una vida independiente con acceso a capacitación y a vivienda.

⁸² GONZÁLEZ Salvador. La salud mental en México. Op. Cit.

⁸³ Ídem.

⁸⁴ GOMEZ MENA, Carolina. Cerrará SSA 18 de sus 28 hospitales psiquiátricos, La Jornada, Op. Cit.

Con este marco de referencia, y de acuerdo con González Salvador, se hace evidente la necesidad de enfrentar los retos planteados para los servicios de salud: equidad, calidad en el servicio y protección financiera de la población. Además de que en el caso de salud mental es indispensable dar continuidad en la elaboración de normas y lineamientos, así como establecer los modelos de evaluación de las acciones que se desarrollen, con el propósito de hacer los ajustes requeridos.⁸⁵

Por otra parte, es necesario elaborar los programas nacionales que habrán de dar un marco institucional técnicamente eficaz y eficiente, además de estar comprometido con el desarrollo humano, los cuales deberán estar fundamentados en la dimensión epidemiológica del problema, y contener elementos sustanciales como son:

- Definición de las medidas para el registro y vigilancia epidemiológica.
- El marco normativo para la identificación y control del problema.
- Los dispositivos e insumos esenciales para su mejor resolución.
- Las formas y nivel de participación ciudadana y social en las acciones.
- Las necesidades de capacitación y adiestramiento de personal.
- La definición de prioridades en materia de investigación científica.
- El establecimiento de mecanismos de evaluación del impacto de las acciones.⁸⁶

Debido a lo anterior, el modelo de Atención en Salud Mental contempla la creación de nuevas estructuras de atención que respeten los derechos de los usuarios, sobre una base sólida dando énfasis en:

La prevención.- la cual se desarrolla principalmente por medio de la difusión de información sobre salud mental y el diagnóstico oportuno que se otorga a los usuarios en los Centros de Salud.

La hospitalización.- en la cual se da una atención integral al usuario para lograr su rehabilitación y pasar al siguiente nivel, a través de la Unidad de psiquiatría en Hospital General con comité ciudadano o bien la Villa de Transición Hospitalaria, según sea el caso.

La reintegración social.- misma que contempla estructuras dentro de la comunidad que apoyan al usuario en su proceso de reintegración social, llevándose a cabo casas de Medio Camino, Residencias Comunitarias, Departamentos Independientes, Residencias para Adultos Mayores, Talleres protegidos, Cooperativas Mixtas, Clubes Sociales, etc.

Así mismo, y de acuerdo a las necesidades crecientes de atención y en salud mental, las cuales requieren programas de intervención, creativos y científicamente probados y que el tratamiento de cualquier padecimiento debe considerar el entorno en el que se desarrolla el individuo, propiciando su integración a la sociedad y, tomando en cuenta sus derechos humanos como

⁸⁵ GONZÁLEZ Salvador. La salud mental en México. Op. Cit.

⁸⁶ Ídem.

una guía a seguir para la atención que se le brinde al usuario de los servicios de salud mental opinamos que:

- Es de suma importancia brindar tratamiento integral médico-psiquiátrico para elevar la calidad de vida del usuario, así como favorecer a que éste se integre a las actividades de rehabilitación psicosocial y establecer mecanismo de apoyo y seguimiento en el medio al que se integre.
- En congruencia con los avances en esta área, a nivel mundial, se debe buscar, basándose en nuevos métodos, el paulatino y definitivo cierre de los hospitales psiquiátricos asilares.
- Que en todas las estructuras de la red de servicios se genere un ambiente de amabilidad y eficiencia, y se respeten los derechos humanos de los usuarios.
- Que las entidades y la Secretaría de Salud deben mantener comunicación permanente sobre el funcionamiento y avances del modelo a aplicar, buscando así resolver las problemáticas que se susciten y se logre un impulso decidido a este modelo y lograr la rehabilitación de las personas recluidas en hospitales psiquiátricos, para usuarios con padecimientos crónicos y colaborar en su regreso a la comunidad, para que logren desenvolverse y manejarse en ella con la mayor autonomía y calidad de vida posibles.

CAPÍTULO II EL SECUESTRO EN MÉXICO

2.1 El Secuestro: Uno de los Males Sociales del mexicano

En los primeros tiempos del siglo XXI y en las últimas décadas del siglo pasado, se han gestado cambios fundamentales en el mundo, la globalización económica no sólo genera nuevas determinaciones de soberanía de los pueblos, sino también diversos procesos sociales. Dentro de éstos destaca la inseguridad pública que produce la violencia social.

La seguridad es una condición humana indispensable que permite la sobrevivencia de los ciudadanos y a la cual las sociedades han respondido generando mecanismos institucionales para salvaguardarla. El origen de la palabra seguridad proviene de securitas, que deriva de securus que en general significa estar libre de cuidados. Esta noción fue convirtiéndose en una meta de alcances utópicos, pero en su defecto, la viabilidad de atacar la inseguridad pública se materializa como un bien indispensable para la vida.

En diversas etapas de la evolución de las sociedades humanas se instrumentaron acciones concretas para combatir la inseguridad ciudadana, un claro ejemplo son las características de las ciudades de la Edad Media, verdaderas fortalezas, que generalizaban o provenían cualquier amenaza a la seguridad de sus pobladores.⁸⁷

Nuestras raíces desde la colonización española bajo la presencia y anuencia de la iglesia católica, se han identificado con el sufrimiento de vejaciones, que hasta después de arduas luchas se logró la independencia y dio inicio a un lento proceso de transformación de esa situación de esclavitud. Han pasado quinientos años desde que nuestro país inició su vida independiente, sin embargo, aún permanecen vestigios de trescientos años de dominación y sometimiento. En la actualidad aparecen nuevas formas de sometimiento y dominación de un nuevo poder hegemónico (EEUU) que incorpora a las manifestaciones violentas existentes, históricamente acumuladas, sus propias expresiones de violencia.

Ante esta ecuación y dentro de un marco de globalización, la violencia enmarca y estructura el binomio inseguridad-criminalidad.

El concepto violencia viene del latín VIS, que en términos modernos significa: sujeción, subordinación, dominación, imposición, arbitrariedad, fragmentación, autoritarismo, fuerza, desgarró, desmemoria, olvido, hacia lo colectivo, discriminación y prejuicio, entre otras posibles definiciones. De los conceptos encontrados, el que contiene la Biblia es el más antiguo, después reaparece “en el derecho romano; por lo que podemos aventurarnos a decir que este concepto es una construcción social del mundo occidental”⁸⁸

⁸⁷ ACUÑA, PEDRO PABLO, Seguridad e inseguridad urbana, Santiago de Chile, 1998.

⁸⁸ ROSEMBERG SEIFER, FLORENCE, Las formas que toma la violencia en el mundo contemporáneo en frente al silencio, México, UAM –ILEF, 1999

De acuerdo con la amplitud moderna del concepto, la violencia social y el estudio de su causalidad adquieren nuevas interrogantes y una problemática de mayores complejidades. Su campo interpretativo transita desde los planteamientos biologicistas (instintos, genes, tipos de cráneos, mentones, sustancias de serotonina y de pamina en el cerebro, etcétera) hasta las propuestas que tratan de enmarcar la realidad a las necesidades de modelos econométricos o epidemiológicos.

La violencia social y sus diversas manifestaciones suceden en un contexto histórico-social y su causalidad es de origen multidisciplinario. De lo anterior resulta que abordar el estudio de la violencia tiene especificidades según el área de conocimiento que se trate. Desde la perspectiva jurídica, la violencia está asociada con transgresiones a la ley y los acontecimientos violentos se enmarcan dentro de los hechos criminales.

Tales hechos delictivos, a su vez inciden en las relaciones sociales de los implicados y en la vida socioeconómica del entorno de su vida. En esta dirección abordaremos desde las creencias sociales y criminalísticas, las implicaciones de uno de los hechos que ha causado y causa mayores estragos de toda índole a los que lo sufren y a los que se encuentran a sus alrededor: el secuestro.

El secuestro en México es un delito en medio de la injusticia e impunidad.

Miedo, sufrimiento familiar, dolor, luto, trauma psicológico... son alguna de las consecuencias de sufrir un secuestro.

Este delito ha ido en aumento en nuestro país al grado de causar psicosis tanto entre quienes han sido víctimas como quienes no lo han sufrido.

El secuestro se ha convertido en un gran negocio para los delincuentes, prueba de ello es el dramático segundo lugar que ocupa México en el número de secuestros cometidos, solo después de Colombia.

A pesar de que no es un delito nuevo, en las últimas semanas el tema ha sacudido al país y mantiene en vilo a miles de mexicanos, y evidenciado a México en el extranjero como un país “desangrado por los secuestros”.

El secuestro es uno de los delitos con mayor afectación social.

La conducta repercute en un fuerte impacto psíquico y moral, donde sus manifestaciones desbordan en crueldad hacia las víctimas.⁸⁹

⁸⁹ <http://www.terra.com.mx/especiales/noticias/articulo/136761/>, mayo 2006

2.2 EL SECUESTRO: MANIFESTACIÓN DE LA VIOLENCIA SOCIAL

Las sociedades modernas han hecho cada vez más complejas las relaciones entre los individuos, uno de los resultados de este nuevo tipo de relaciones ha sido la agudización de problemáticas específicas producto de las condiciones materiales de existencia. Algunos de los problemas más agudos a los que se enfrentan las ciudades modernas son los de las conductas llamadas “antisociales” que dañan en cierto grado la armonía deseada en las sociedades.⁹⁰

Estas conductas antisociales han y siguen estando presentes al interior de la sociedad, sólo que ahora constituyen una parte importante del entramado social, ya que recurrentemente se han ido modificando. Una parte importante de la sociología se abocó al estudio de estas conductas antisociales, siendo uno de los más citados E. Durkheim.

Para Durkheim algunos conflictos sociales como el homicidio, el suicidio o en este caso, el secuestro estarían vistos como un proceso en el que el actuar individual se separa del orden social, de las normas y los valores morales como resultado de un relajamiento del tejido social.

Para Durkheim son muy importantes los valores morales ya que cumplen en los individuos una función inhibitoria y restrictiva, y son un límite a los apetitos de los hombres y, por consiguiente, una manera de impedir la insaciabilidad anímica. Además, el papel de los valores morales es visto como fuente de solidaridad social en el sentido de que son fuerzas mantenedoras de pautas y equilibradoras en lo social. La moralidad es lo que contribuye a la solidaridad social y es útil para ella, porque:

Si el individuo se aísla, es que los lazos que lo unían a los otros seres se han aflojado o roto, es que la sociedad, sobre los puntos por donde él se halla en contacto con ella, no está bastante fuertemente soldada. Estos vacíos que separan las conciencias y las hacen extrañas unas a otras, proceden precisamente del relajamiento del tejido social.

Por esta razón, para que los asesinatos desaparezcan, es necesario que el horror a la sangre derramada sea más profundo en los campos sociales en donde se reclutan esos criminales; pero para que ello ocurra, es necesario que cobre mayor intensidad en toda la extensión de la sociedad.⁹¹

En particular, el secuestro reduce al mundo a sus exclusivas demandas y puede cambiar el horizonte sicosocial de una sociedad, por lo que es necesario estudiarlo como una problemática que al igual que otros hechos de tipo criminal

⁹⁰ CASTRO RIVERA, MARTHA, “Características sociológicas del suicidio y del homicidio en el Distrito Federal”, Tesis, octubre de 1991.

⁹¹ DURKHEIM, E., El suicidio, Buenos Aires, Chapiro, 1965

afectan notoriamente la tranquilidad, seguridad y la paz de los ciudadanos, en especial en la vida actual de los mexicanos.

La etimología de la palabra secuestro proviene del vocablo latino *sequestrare* que significa apoderarse de una persona para exigir rescate o encerrar ilegalmente a una persona. Se conoció en la antigüedad con la denominación de “plagio”.

El secuestro es generalmente perpetuado con el fin de obtener un rescate monetario, pero también es llevado a cabo con propósitos políticos u otros. En la década de los setenta el secuestro se convirtió en la táctica más común de los grupos revolucionarios en Latinoamérica.

Durante décadas el crimen, y en particular el secuestro en México:

...desplaza en libertad y sin el menor riesgo miles y millones de pesos en efectivo, todos los días, sin que ningún banco o secretaría se pregunten por su origen o su destino. La vigorosa escalera de negocios marginales y la capitalización concentrada por obra y gracia del presidencialismo asimiló sin obstáculos cada una de las reformas especialmente urbanas de la llamada modernidad...,⁹² situación que se repite en distintos momentos en los países latinoamericanos.

A la táctica de los grupos revolucionarios se agregaron otras formas de secuestro por parte de individuos o bandas agrupadas que afectan directamente a la ciudadanía en general, así, en esta década vuelve a generar notoriedad por el secuestro de diplomáticos, hombres de negocios y oficiales públicos, por altas sumas de dinero.

Adicionalmente aparece el secuestro express “mediante el cual las víctimas son obligadas a vaciar sus cuentas bancarias, además de incluir el automóvil que a su vez emplean para su prolongada tarea de intimidación y amenazas terribles para evitar la denuncia. Otros de selección al azar conducen al rehén hasta su domicilio y ahí desmantelan sus bienes familiares” la socialización de este tipo de delitos no para en esos grupos sociales, sino hoy encontramos a los más pobres, atacados por secuestradores que les exigen cantidades pequeñas de dinero, pero que para las víctimas representan verdaderos impactos en su estabilidad financiera.

2.3 ASPECTOS HISTÓRICOS DEL SECUESTRO

El secuestro no es único ni particular a una región, nación, o periodo de tiempo. Desde hace siglos esta forma de agresión ha sido usada para extorsionar a la sociedad. Podemos citar que las tribus vikingas, las célticas y germanas usaban constantemente el secuestro y rapto de mujeres o bienes para conseguir sus propósitos.

⁹² ROBLES, MARTHA, Periódico Excelsior, martes 28 de agosto de 2001. p. 12 – A.

A pesar de que se piensa que el secuestro es una nueva modalidad de delito, o mejor, un producto de la época moderna; dicho acto tiene vigencia desde los tiempos primitivos cuando, según la tradición, hubo casos innumerables de secuestros de príncipes, princesas, héroes etcétera. No solamente con el propósito de obtener beneficios y recompensas en especie y dinero, sino también para fijar condiciones de guerra.

Desde la Colonia, México ha padecido ciclos de gran inseguridad y violencia criminal. Aunque se tienen pocas evidencias de secuestros, en algunas notas impresas se han detectado raptos.

Durante el Porfiriato aumentó la vigilancia en los barrios pobres y se impusieron castigos muy severos a los criminales. En la primera etapa de la dictadura los asesinatos de delincuentes a manos de los policías no eran cosa excepcional, pero más tarde el castigo severo se legalizó adecuando la letra de la ley con el espíritu de la época. El primer secuestro del siglo XX en México se llevó a cabo el nueve de febrero de 1913 por la banda del automóvil gris.

Durante los dos primeros tercios del siglo XX no pasó de ser un evento aislado, fue hasta la segunda mitad de la década de los setenta en donde se manifestó de manera importante y con carácter de tipo político, que amenazaba al poder político establecido.

En Latinoamérica, la subversión empieza a dedicarse al secuestro en los años sesenta. Luego del triunfo de la Revolución cubana se desató una corriente de simpatías y de solidaridad con la gesta revolucionaria, especialmente entre la juventud de inclinación marxista y comunista. Desde 1968, el terrorismo se ha ido internacionalizando cada vez más con el crecimiento hasta proporciones de epidemia, de los secuestros aéreos y el raptos de diplomáticos, especialmente en Latinoamérica.

El secuestro ya no es solamente el arma de extremistas revolucionarios contra un determinado gobierno, se ha convertido en una industria en crecimiento en Latinoamérica, Europa y Asia.

El secuestro refleja el carácter de los delincuentes que lo cometen. Pero en cierto grado refleja el carácter entero de la sociedad.

De esta manera el secuestro en Latinoamérica ha alcanzado cifras aterradoras ya que dichos grupos criminales y extremistas lo usan como medio de lucha que cumplen dos propósitos: causar impacto psicológico y financiar sus causas políticas o delictivas.

Otra de las cosas que hay que considerar es la mutación que está teniendo la delincuencia organizada, que antes se dedicaba al narcotráfico y que, por motivos de sus pugnas internas o por otras razones, se ve impedida para continuarlo, por lo que han encontrado en el secuestro una actividad de poco riesgo que genera grandes ganancias. De igual manera las pequeñas bandas que se ocupaban, entre otras actividades al abigeato, han cambiado de actividad, para dedicarse al secuestro de personas del medio rural.

Los secuestros no afectan únicamente a los grandes empresarios, a personas con gran capacidad económica o a sus familiares.

De hecho, por los riesgos que corren se han visto obligados a extremar medidas de seguridad; por ello los secuestradores se fijan en objetivos más accesibles aunque el monto a obtener como rescate sea menor.

Se sabe que han sido víctimas de este tipo de delitos personas pertenecientes a la clase media o baja, por quienes han solicitado cantidades irrisorias para su liberación. Así, tenemos que a la larga lista de empresarios o hijos de éstos, estudiantes, ganaderos, periodistas, legisladores, sacerdotes, narcotraficantes, funcionarios; se agreguen campesinos, burócratas y maestros, quienes también han sufrido las consecuencias de los secuestros.

Ese ciudadano común que no tiene ninguna razón para creer que constituye un blanco de secuestro, puede verse elegido entre otras posibles víctimas, para el logro de los fines, ya sean políticos o, lo que es más frecuente en nuestro país, para la obtención de un rescate.

El secuestro, al igual que cualquier otro delito, no son acontecimientos esporádicos. Son parte del comportamiento humano a través de la historia. Algunos filósofos consideran que el hombre es esencialmente bueno y que, dotado de oportunidades, se desarrollará como en una buena persona. Otros conciben que el hombre es esencialmente malo y creen que debe ser controlado para su propia protección y la existencia de una sociedad ordenada.

Para los primeros, la libertad es esencial como medio del desarrollo integral del hombre. Para los últimos, la libertad sólo traerá las debilidades básicas, el egoísmo y ambición inherente en el hombre, quien por ende debe ser disciplinado y controlado de sus instintos más básicos.

Todas aquellas cualidades que determinan quiénes somos, también son en parte, las que causan nuestra capacidad de cometer crímenes. Herencia y ambiente, la interacción del individuo y la sociedad, la totalidad de las experiencias humanas y su naturaleza humana, hacen de tales elementos la base para el origen del crimen. Ninguno de estos elementos por sí solos puede darnos la respuesta para prevenir efectivamente las conductas antisociales, especialmente aquellas que llevan al individuo a cometer un secuestro.

Lo que sabemos a ciencia cierta es que el secuestro es perpetuado por individuos a quienes les importa muy poco la vida de otros, tienen tan poco respeto al sistema legal y normativo de la sociedad en la que se desenvuelven y su objetivo los lleva a vejaciones, que pueden terminar inclusive con la vida de su víctima.

En tanto la sociedad tenga individuos así y las condiciones de impunidad-corrupción no cambien, los secuestros continuarán.

Sin importar la efectividad del gobierno en combatir y controlar este tipo de crimen; mientras existan ciudadanos dispuestos a violar la ley, y la sociedad y

sus autoridades no lleven a cabo los cambios estructurales fundamentales, la competencia de antemano está ganada por la delincuencia.

México no escapa a este entramado panorama, en los últimos seis meses de 2001 fueron secuestrados más de cien ejecutivos de empresas, con demandas cada vez más cuantiosas que sobrepasan los dos millones de dólares, a lo anterior debe agregarse que la situación está relacionada con impunidad y corrupción, basta con señalar que en el caso de México, la policía se ha visto involucrada en varios secuestros de sus propios ciudadanos y extranjeros. Entonces los ciudadanos empiezan a ver con ojos llenos de miedo a sus ciudadanos prójimos, al igual que a las autoridades.

2.4 PRINCIPALES CAUSAS Y TIPOS DE SECUESTRO

Las causas del secuestro son varias, principalmente sociales, psicológicas, económicas, culturales y aún religiosas. Indudablemente que la causa más común es el dinero, el cual se encuentra generalmente en las raíces de todo crimen. Las ganancias ostentosas obtenidas por los delincuentes han hecho de este delito, junto con el narcotráfico, uno de los de mayor impacto y daño social.

Es difícil realizar una clasificación de los secuestradores debido a lo variado del crimen. Sin lugar a dudas los factores comunes que tales individuos comparten son la falta de ética y valores morales, combinado con la falta de respeto a la vida y dignidad humana. La magnitud de estas fuerzas o la falta de las mismas son quizá los factores determinantes que conducen a dichos individuos a cometer tal crimen.

También debemos admitir que algunos secuestros son realizados por presiones de la sociedad o su situación específica, sea económica y mental, lo cual lleva a ciertos individuos a cometer actos sin pleno control de sus facultades e ignorando sus principios morales y éticos.

2.5 CLASIFICACIÓN DEL DELITO DE SECUESTRO

1. Secuestro simple

Esta figura se establece en el caso de arrebatar, sustraer, retener u ocultar a una persona, pero con fines o propósitos diferentes a la exigencia de un rescate. Este fenómeno se clasifica así:

A. Rapto

Ejecutado normalmente por familiares, sobre todo cuando se trata de menores de edad y son arrebatados por uno de sus padres, abuelos y empleadas del servicio. También es frecuente el caso de amantes cuando uno de ellos es menor de edad.

B. Simple propiamente dicho

Cuando se trata de ocultar a una persona con fines distintos a los extorsivos.

2. Secuestro extorsivo

Consiste en arrebatar, sustraer, retener u ocultar a una persona con el propósito de exigir por su libertad un provecho o cualquier utilidad, para que se haga o se omita algo, con fines publicitarios o políticos. El secuestro extorsivo a su vez se subdivide en económico y político.

A. Económico

Llevado a cabo por los delincuentes con fines absolutamente de orden pecuniario, es en la actualidad el de mayor comisión por parte de bandas organizadas, grupos rebeldes o delincuentes que se unen solamente para ejecutar la acción delictiva.

B. Político

Secuestros que son realizados con un propósito exclusivo y con demandas específicas, ya sea para darle publicidad a una acción de carácter político, para exigir la acción u omisión con respecto a políticas o acciones de un gobierno. Igualmente los que demandan la abolición de una medida de carácter gubernamental.

3. Secuestro profesional

Ejecutado por grupos entrenados y bien organizados que trabajan con un plan diseñado. La víctima, igualmente, ha sido bien seleccionada por reunir ciertos factores. Estos casos se presentan en áreas urbanas y semiurbanas, aun cuando la víctima pueda ser trasladada de inmediato a una zona rural.

4. Secuestro improvisado

Efectuados por criminales sin experiencia y generalmente sin mucha educación, quienes llevados por la ambición e ignorancia creen que las acciones son fáciles para el logro de sus objetivos.

Los criminales de esta categoría son muy variados y se encuentran desde campesinos hasta menores de edad.

5. Secuestro de aviones

Esta modalidad delictiva del terrorismo aéreo expone al peligro a un número mayor de personas. Su ejecución siempre ha estado bajo la autoría de grupos extremistas que con sus acciones espectaculares han puesto al mundo a la expectativa.

6. Secuestro de vehículos y otros bienes

Se diferencia al robo común de vehículos en el sentido que el auto es arrebatado del propietario del vehículo a quien se le exige el pago de una cierta

cantidad para la devolución del mismo.

En los últimos acontecimientos aparece la extorsión de los padres, por medio de autosequestro, organizado por alguno de los hijos(as) en compañía de amigos(as), y que les exigen a los padres cantidades necesarias para su propia satisfacción de necesidades inmediatas. Situación que da cuenta de una verdadera descomposición social e individual con carencia de los mínimos valores.

7. Autosequestro

En los últimos meses el autosequestro se ha convertido en una jugosa inversión. Este hecho delictivo va desde aquel que se autorroba, transportistas, empresarios, comerciantes, estudiantes, parejas en conflictos y jóvenes que solicitan cantidades de dinero a sus padres para vengarse o solventar gastos extras.

2.6 CONFORMACIÓN DE UNA BANDA DE SECUESTRADORES

Los secuestradores pueden ser personas que en su vida ordinaria simulen ser ciudadanos dedicados a un trabajo honesto, abnegados padres de familia y cumplidos esposos, pero que como actividad oculta, dedican su tiempo extra a esta ocupación que es considerada como una de las más desagradables del mundo del hampa.

Generalmente una banda de secuestradores comunes está conformada de la siguiente manera:

Iniciador: es la persona que suministra la información de la víctima a la banda.

Plantero: individuo que facilita y financia los recursos necesarios para llevar a cabo el objetivo.

Grupo de aprehensión o "levante": delincuentes encargados de aprehender a la víctima y trasladarlo al lugar de cautiverio.

Grupo de vigilancia: se encarga de la vigilancia, cuidado y mantenimiento del secuestrado en el lugar de cautiverio.

Negociador: persona o personas encargadas de negociar la liberación de la víctima. También recogen el dinero acordado con la familia del secuestrado.

Las organizaciones delincuentes dedicadas al secuestro, tienen un esquema similar a una empresa legalmente establecida, donde cada uno de sus miembros tiene funciones específicas a realizar.

Para cada secuestro se requiere en promedio de seis a ocho individuos destinados a distintas labores.

2.7 PLANIFICACIÓN DEL SECUESTRO

Una vez seleccionada la víctima y con el objeto de preparar el plan, los delincuentes se dedican a observar y recolectar la siguiente información:

1. Ubicación de la residencia.
2. Lugar de trabajo.
3. Hora de salida de la residencia.
4. Ruta de desplazamiento entre la residencia y lugar de trabajo.
5. Hora de ingreso al sitio de trabajo.
6. Lugar de estacionamiento del vehículo.
7. Trayecto recorrido a pie.
8. Lugares que acostumbra a visitar dentro de su horario de trabajo.
9. Personas que normalmente lo acompañan.
10. Hora de regreso a la residencia y rutas.
11. Lugares de diversión que frecuenta, días y horas.
12. Actividades que acostumbra los fines de semana.
13. Propiedades que posee y capital representado.
14. Facilidad en la obtención del dinero líquido, ya sea con venta de propiedades, créditos bancarios o préstamos de terceros.

El secuestro trae consigo consecuencias en todos los campos de la sociedad. El alto riesgo de ser secuestrado en América Latina, y en particular en México, es uno de los factores influyentes en las decisiones de inversión de las multinacionales y esto puede afectar en diferentes grados la economía, igualmente puede citarse el efecto en la industria del turismo.

El factor psicosocial sería el más golpeado por las consecuencias del secuestro. Se tienen en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Obstaculiza la seguridad de los servicios públicos y los hace costosos.
2. Genera aumentos injustificados del gasto público, afectando proyectos que están encaminados a cubrir las deficiencias sociales.
3. En cuestiones de salud, las víctimas quedan sufriendo el trauma emocional para toda la vida.
4. Los gastos multimillonarios para combatir este crimen incrementan los montos del endeudamiento externo e interno, cuando el dinero que debió destinarse a otros servicios públicos son gastados en equipo tecnológico, militar y entrenamiento de las fuerzas policiales en tácticas antisequestros, originándose la espiral creciente de las deudas y el incremento de la insatisfacción de las necesidades básicas de la población, cuyas consecuencias a la postre desembocan en inestabilidad social y económica y en la mala imagen de cada país.
5. Al afectar los valores culturales y morales; el secuestro es uno de los crímenes más abominables y su adopción por parte de miembros de la sociedad muestran un deterioro y degeneración de las costumbres, de

la pérdida de los valores políticos, morales y culturales de los ciudadanos de una nación.

La pérdida de los valores se refleja en la violencia institucional, delincuencia y guerrillera, en violación de los derechos humanos, en el deterioro ambiental, en la indisciplina social, y en la crisis de autoridad.

2.8 ILUSTRACIÓN CUANTITATIVA DEL SECUESTRO Y SUS OPERADORES

2.8.1 En Latinoamérica

Es indudable que el secuestro por rescate ha alcanzado una cifra escandalosa en Latinoamérica, así extranjeros, técnicos especializados, misioneros, ejecutivos adinerados, jefes de policía y sus respectivas familias están especialmente en riesgo. Oficialmente hubo más de 6,500 secuestros en 1995; sin embargo, los números actuales pudiesen ser tres o cuatro veces esa cifra.

En las décadas anteriores, el secuestro estuvo confinado en gran parte a los grupos izquierdistas que buscaban financiar sus actividades revolucionarias. En la actualidad, el secuestro se ha convertido en una industria criminal multimillonaria.

Los secuestradores de hoy en día son varios: guerrillas, ex guerrillas, pandillas criminales, carteles de droga, criminales comunes y policías corruptos.

La apertura de los mercados latinoamericanos, conjuntamente con la búsqueda de inversión extranjera, trajo el flujo de extranjeros y locales para diferentes oportunidades de negocio, esto a su vez ha traído oportunidades para los secuestradores. Al mismo tiempo, la creciente disparidad entre los ricos y los pobres crean un ambiente de inestabilidad socioeconómica que se refleja en la escalada de estadísticas criminales. Sin embargo, las estadísticas existentes con respecto al secuestro no son un reflejo de la realidad debido a que la mayoría de casos no son reportados. Aun así el total de 6,500 secuestros en 1995 es un número mayor que en cualquier otra región del mundo. Colombia es el líder de este mercado, con más de 1,500 secuestros al año, seguido por Brasil y México.

Si bien es cierto que el secuestro ya se había convertido en un problema grave en varios países latinoamericanos desde los años ochenta; en esta década el miedo al secuestro se ha convertido en terror general debido a la variedad de éstos y a la organización criminal de los mismos. Los secuestradores operan de una manera más amplia y sofisticada. Uno de los cambios más notables es el secuestro de ciudadanos no tan adinerados, tales como empresarios o industriales de la pequeña industria, profesionistas, comerciantes, etcétera, quienes tienen acceso a dinero efectivo, y quienes por naturaleza son más fáciles de secuestrar por no contar con guardaespaldas, como los ejecutivos de alto rango de empresas multinacionales.

En México el secuestro ha adquirido un grado virulento de aproximadamente 1,500 a 2,000 secuestros de ejecutivos en 1995, en consecuencia, muchas

corporaciones emplean personal de seguridad altamente entrenado a un costo muy elevado. Los pagos de rescate son tan variados que pueden ser de apenas 1,000 dólares a varios millones de dólares. En los últimos meses el secuestro se ha “democratizado” ya se practica en barrios pobres o zonas rurales donde el pago del rescate no sobrepasa los cientos de pesos.

Debe admitirse que parte del problema en Latinoamérica es la desconfianza de la población en la policía y el sistema judicial.

Expertos sospechan que miembros corruptos de la misma policía han estado involucrados en varios secuestros. Tales casos son más notorios en México.

2.8.2 En Estados Unidos

En los Estados Unidos el secuestro es castigado con la pena de muerte o cadena perpetua por ser un crimen federal; sin embargo, cada estado tiene su propia ley antisequestro. Al igual que en el resto del mundo, el secuestro se ha presentado para causar conmoción en la sociedad. Sería muy extenso hacer un recuento histórico y nos atenemos a analizar la situación actual.

Uno de los retos más grandes que enfrenta la sociedad es el alarmante incremento en el secuestro de niños. Cada año miles de niños son víctimas del mismo, raptados en jardines de infancia o en parques de recreación, a veces a la fuerza y otras con artimañas como pedirles que les ayuden a buscar un cachorro perdido, con promesas de llevarlos al cine y comprarles algo.

La mayoría de los secuestros en este país no son a largo plazo ni son muy bien planificados. Al mismo tiempo que son perpetrados por pandillas callejeras conocidas como gangs, o por personas adictas a la droga, desatinados mentales y criminales principiantes. Lamentablemente el índice de peligro y mortalidad es más elevado que en otros países debido precisamente a estas circunstancias.

2.8.3 El secuestro en México

El delito de secuestro está relacionado con toda una serie de factores que impiden se esclarezca. Uno de ellos es la impunidad, la falta de denuncia, de conocimiento y de información confiable sobre el tema.

Uno de los factores generadores de violencia en México fue en un principio, el nivel de pobreza y desempleo, que se agravó a partir de 1994, lo que indujo a muchas personas a cometer desde robos hasta asaltos a mano armada o secuestros que implicaron lesiones graves o inclusive la muerte. Sin duda la brecha económica entre grupos sociales privilegiados y la mayoría de pobres mexicanos es otro de los principales generadores de violencia.

Sin embargo, algunos delitos como el secuestro merecen un estudio más general en cuanto a las causas que lo generan, ya que la “industria del secuestro” se ha convertido en una fuente inagotable de recursos para los criminales, pues de los cientos de casos que se han cometido, muy pocos han

sido aclarados, y por ello los índices de violencia en este rubro se multiplican.

El secuestro es de los hechos delictivos que más cifra negra registra nuestro país.

Como otros antecedentes del secuestro en nuestro país, tenemos que en los años treinta y ochenta fue usado por la guerrilla de Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Puebla, como parte de una estrategia para financiar la compra de armas y como una forma de presión política.

Sin embargo, de un tiempo a la fecha esta actividad se ha diversificado, de tal manera que es una de las principales fuentes de ingreso y uno de los delitos más importantes en la mayor parte de la República Mexicana.

Actualmente estados como Sinaloa, Querétaro, Jalisco, San Luis Potosí, Zacatecas, Estado de México, Hidalgo, Michoacán, Guerrero, Oaxaca, y en especial el Distrito Federal y Morelos, presentan un alto índice de secuestro.

En la ciudad de México, en los primeros seis meses de 2001, se cometieron 74 plagios denunciados, cuando en 2000, un año antes, en los mismos meses se registraron 33 secuestros. Ello significa un incremento de más del cien por ciento, los cuales hablan y confirman esa “socialización” del secuestro y hoy no sólo están en la mira del crimen organizado las personas acaudaladas y con capacidad económica, la industria del secuestro ha extendido sus redes también a los barrios suburbanos y áreas rurales donde la gente es realmente pobre.

Por la tendencia que registra el secuestro, después de Colombia, México es el país donde ocurre el mayor número de secuestros por día, semana, mes y año en el mundo. También se encuentra entre los primeros lugares de muerte y torturas a las víctimas que oponen resistencias o simplemente no cumplen con las cifras, tiempos y condiciones exigidas. Además ostentamos “la gracia” de ocultar la información al respecto para minimizar su gravedad en todo sentido. Empezando por la ingobernabilidad que nos caracteriza.

La impunidad con que se cometen los secuestros ha dado pie a una amplia modalidad y tipos, ya que las bandas han perfeccionado sus actividades en los últimos años. Las variantes de tal delito van desde los secuestros millonarios, hasta los secuestros express. Sin embargo, en lo que compete a las medidas establecidas por los riesgos de secuestro, se puede expresar que virtualmente nadie está libre de sufrir un daño de este tipo; así lo señalan las cifras que aportan las dependencias policíacas.

El profesionalismo, productividad y sobre todo los altos rendimientos que se obtienen de los secuestros y asaltos en los estados del centro del país, han hecho que en corto tiempo, estos actos criminales se conviertan en una industria.

La “industria del secuestro” se ha convertido, de hecho, en una fuente inagotable de recursos para los criminales al amparo de que, de los cientos de

casos que se han conocido, muy pocos han sido aclarados, por ello los índices de violencia en este rubro se multiplican en perjuicio de gente de todos los estratos económicos.

Finalmente, podemos afirmar que el secuestro es un negocio rentable, tanto para las bandas organizadas dedicadas a este delito, como para las empresas que prestan sus servicios de seguridad a personas o establecimientos. Y en poco o nada han contribuido las medidas de seguridad par evitar ser secuestrado, ya que no atiende la problemática que hay de fondo en este tipo de delitos.

En resumen, puede verse que de acuerdo al registro elaborado sobre los secuestros ocurridos durante 2001 en la República Mexicana, se encontró que el Distrito Federal tiene mayor incidencia con 53%; en segundo lugar, se encuentra el Estado de México con 16.9% de la proporción de delitos ocurridos, Guerrero con 7 casos y Morelos y Sonora con 3 ocupan el tercero y cuarto lugar en incidencia, dejando a Oaxaca, Chiapas, Guadalajara, Hidalgo y Querétaro en quinto lugar con sólo 2 acontecimientos del estilo.

a) Edad de las víctimas y los victimarios

Los victimarios son entre 13 y 45 años de edad, pero entre los 18 y 24 es donde hay mayor incidencia, además, llama la atención el porcentaje que ocupan los menores de edad.

En lo que se refiere a las víctimas, puede notarse que existe gran incidencia en niños menores de 12 años y en adolescentes, que en suma ocupan 50% de los casos, luego siguen los adultos y además personas mayores de 45 años, que no se mencionan en el caso de los victimarios, quienes no pasan de 45 años de edad, al menos en los datos recopilados.

b) En cuanto a las causas de secuestro puede verse que la más popular, como era de esperarse, es el cobro de rescate (68.09%), sin embargo, también está muy relacionado con el asalto (10.64%) e incluso con problemas conyugales (2.13%) en un porcentaje menor. Se esperaría que las causas siempre fueran conocidas pero se tiene un porcentaje en el cual no pueden determinarse, lo que equivale a 19.15%.

c) Sexo de la víctima

En cuanto al sexo de la víctima existe mayor incidencia en el secuestro de mujeres que en hombres, sin embargo, sucede a la inversa en el caso de los victimarios, en donde se nota claramente que los hombres son más en proporción con las mujeres.

CAPÍTULO III TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

3.1 HISTORIA

El término trastorno por estrés posttraumático (TEPT) aparece como tal el año 1980 en la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association (DSM – III)⁹³

Podría pensarse, por lo tanto, que se trata de una enfermedad de reciente descubrimiento, pero como se comprobará era y es un trastorno conocido y, de hecho, lo que forzó a la psiquiatría americana a planteárselo como un diagnóstico diferenciado fueron la frecuencia y gravedad de los cuadros observados en los soldados repatriados de la guerra de Vietnam.

En una excelente y reciente revisión⁹⁴ se rastrea con precisión desde la antigüedad clásica todas aquellas menciones acerca de personas (soldados en situaciones de combate) que sufren alteraciones psíquicas graves como consecuencia de participar en luchas, así como descripciones de individuos que, frente a situaciones que hoy se denominarían traumatismos psíquicos, reaccionan con síntomas de ansiedad y desorganización de la conducta que pueden persistir crónicamente. Baste señalar que la primera descripción de este tipo de hechos puede remontarse a 400 años a.c. y la hace Herodoto cuando describe la batalla de Maratón.

La psiquiatría ha reseñado también, desde su mismo nacimiento, casos en los que la situación traumática actúa como un elemento patógeno de cuadros clínicos con tendencia a la cronificación.

Pinel⁹⁵ no sólo recoge lo que actualmente llamaríamos TEPT en sus observaciones acerca de personas afectadas por las acciones bélicas que se desarrollaron de la Revolución francesa, y que constituyen las primeras descripciones precisas de lo que después se conocería como “neurosis de guerra”. Describe además cómo el filósofo Pascal, tras un accidente de automóvil en el que estuvo a punto de perecer al precipitarse al Sena, cambió su carácter, se hizo más aprensivo, escrupuloso, retraído el resto de sus días pesadillas en las que se veían caer por un precipicio y que le obligaban a proteger los bordes de su cama con sillas por miedo a caer de ésta mientras

⁹³ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 3ª, ed., Washington: American Psychiatric Press, 1980.

⁹⁴ ROCQ MA., CROCQ L. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues Clin Neurosci* 2001;2: 47 – 55.

⁹⁵ PINEL PH. *Nosographie Philosophique*. Paris: Bailliére, 1978

dormía. Es la primera descripción de un cuadro postraumático en una persona afectada por un accidente y no por una situación de guerra o agresión.

A comienzos del siglo XX las observaciones aumentan y se suceden los intentos para delimitar y describir de manera adecuada estos cuadros. En 1884, Hermann Oppenheim utiliza por vez primera el término “neurosis traumática” a partir de sus observaciones sobre accidentes de ferrocarril y de trabajo; en 1907, Honigman acuña el término “neurosis de guerra” a partir de los casos estudiados en la guerra ruso-japonesa y enfatiza las similitudes de sus observaciones con los casos estudiados por Oppenheim; en la Primera Guerra Mundial se suceden las observaciones de Milian, Gaupp, Régis, Kraepelin y, en plena guerra, en 1915, las autoridades británicas, pese a las reticencias mostradas en reconocer la realidad de lo que comenzaba a llamarse “trauma del bombardeo” (shell Sock), abren una unidad especializada en el tratamiento de estos trastornos.⁹⁶

El término shell shock fue empleado por primera vez por Myers para denominar un cuadro clínico formado por pérdida de la memoria, visión, olfato y gusto en pacientes que habían sufrido la experiencia del estallido de bombas muy cerca de ellos, pero que habían resultado ilesos. Para Myers estos casos debían ser considerados formas traumáticas de la histeria.

La proliferación de estos problemas durante el conflicto bélico hizo que se planease la necesidad de determinar la forma más útil y eficaz de manejarlos. En 1917, el médico militar americano Salmon⁹⁷ propuso cinco “principios clave” para la asistencia de estos pacientes: inmadurez, proximidad al lugar de los hechos, mantener la expectativa de una pronta recuperación, simplicidad en los medios usados, y coordinación de todos los dispositivos asistenciales y de los profesionales implicados. Aunque la autoría de Salmon no es reconocida habitualmente, no cabe duda que formuló con precisión no sólo los principios del tratamiento de los trastornos mentales en momentos de guerra, sino que también enumeró con claridad los principios en los que después se basaría la corriente asistencial de lo que hoy se denomina psiquiatría comunitaria.

En la guerra de Vietnam supuso un punto de inflexión decisivo en la consideración de este tipo de trastornos. Los Trastornos psiquiátricos agudos planteados por los soldados americanos destacados en el país asiático no fueron, en principio, demasiado importante en comparación, por ejemplo, con la alta incidencia de abuso de sustancias (alcohol y drogas). Pero el problema se planteó tras la repatriación de los soldados; en efecto, se estima que más de un cuarto de veteranos que sirvieron entre 1964 y 1973 (unos 700,000 casos) presentaron tras la vuelta a EE.UU. cuadros psiquiátricos de evolución crónica que exigieron atención especializada. De estos cuadros, lo que se conocería inmediatamente como TEPT constituyó una parte importante. El aumento espectacular de este trastorno, no presente de forma relevante en la escena

⁹⁶ MERSKEY H. Posttraumatic stress disorder and shell Soc.. En: Berrios GE, Porter R, eds. A history of clinical psychiatry. London: Athlone Press, 1995.

⁹⁷ SALMON TW. Care and treatment of mental diseases and war neurosis (shell shock) in the British army. Mental Hygiene 1917; 1: 509 – 554.

social americana de los años precedentes, el DSM – III incluyera un nuevo diagnóstico bautizado como “trastorno postraumático”

Pero tras esta “admisión oficial” que dio carta de naturaleza al TEPT, el espectro de situaciones en los que dicho diagnóstico podía aplicarse se ha visto ampliado desde los cuadros en cuyo origen radicaba un acontecimiento traumático específico. Por lo general ligado a situaciones bélicas (combate, bombardeo) o a situaciones de la vida civil excepcionales (catástrofes naturales o provocadas por el hombre), a situaciones más cercanas a la vida cotidiana de la gente (accidentes de automóvil), violencia producida en el seno de la sociedad civil en situaciones de paz (violaciones, agresiones graves) y, recientemente, a problemas de salud (trasplantes cardíacos, partos de alto riesgo, madres con un hijo menor con cáncer) o a situaciones de duelo por la muerte del cónyuge.

En el momento actual, el TEPT constituye un área de investigación prioritaria en psiquiatría con más de 6.300 publicaciones específicas sobre el tema en revistas especializadas y un número considerable y creciente de monografías.

3.2 CONCEPTO

El trastorno de estrés postraumático se define como el desarrollo de síntomas característicos tras la exposición a un agente estresante grave o extraordinario. A diferencia de otras enfermedades psiquiátricas que se vinculan causalmente con la composición psicosocial y biológica de un individuo, el trastorno de estrés postraumático sólo se da en respuesta a una experiencia vital traumática.

Los acontecimientos traumáticos capaces de causar el trastorno de estrés postraumático comprenden los desastres naturales, los desastres humanos accidentales y los desastres humanos intencionales. A cualquiera de estos agentes estresantes le acompaña una muerte real o una amenaza de muerte, o una grave lesión o mutilación de uno mismo o de los demás. Además, los agentes estresantes deben ser capaces de producir un miedo intenso, desamparo u horror en las personas expuestas a ellos.

La Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1992) ha elaborado aún más la definición actual:

El TEPT surge como una respuesta tardía o prolongada a un acontecimiento o situación traumáticos (ya sea de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente grave o catastrófica que, en general, inducen un malestar general a cualquier persona (p. ej., desastres naturales o causados por el hombre, combates, accidentes graves, asistencia como testigo a la muerte violenta de otras personas, víctimas de tortura, terrorismo, violación u otras agresiones). Los factores predisponentes, como los rasgos de la personalidad (p. ej., compulsivos asténico) o los antecedentes previos de enfermedad neurótica, reducen a veces el umbral para la aparición del síndrome o agravan su evolución, pero no son necesarios ni suficientes para explicar su génesis.

3.3 DEFINICIÓN DEL CRITERIO DE ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO

Uno de los elementos capitales en este campo es la definición y observación del episodio traumático. El DSM – III adoptó la definición de acontecimiento traumático como “todo elemento que pueda suponer un malestar intenso para casi todas las personas” (American Psychiatric Association, 1980, Pág. 247). El clasificador establece que “el rango esencial... es la aparición de síntomas característicos después de un acontecimiento psicológicamente perturbador, cuya intensidad exceda la habitual para la experiencia humana” (American Psychiatric Association, 1980, Pág. 247). Los elementos traumáticos descritos comprenden el combate, los desastres naturales, las catástrofes accidentales o los desastres deliberadamente inducidos por el género humano. Además, alguno de estos elementos produce a menudo el trastorno (p.ej., tortura), mientras que otros sólo lo hacen de manera ocasional (p. ej., accidentes de tráfico).

Esta definición se aclaró más en el DSM – III – R: “Los traumas más comunes suponen una grave amenaza para la vida o para la integridad física; una grave amenaza o daño para los hijos, el cónyuge u otros familiares o amigos; la destrucción repentina del hogar o de la comunidad; o la visión de otra persona que haya sido recientemente herida de gravedad o matada como consecuencia de un accidente o de agresión física” (American Psychiatric Association, 1987, Págs. 247 – 248).

El DSM – IV (American Psychiatric Association, 1994) introdujo una nueva dimensión al definir el criterio de acontecimiento traumático:

1. “La persona ha experimentado, presenciado o afrontado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás” (Pág. 427).
2. “La persona ha respondido con miedo, desesperanza u horror intensos. Nota: entre los niños, estas respuestas pueden expresarse por comportamientos desorganizados o agitados” (Pág. 428).

Esta definición admite la posibilidad de una respuesta subjetiva personal a un hecho de gravedad significativamente mayor.

3.4 FENOMENOLOGÍA DE LA RESPUESTA AL ESTRÉS TRAUMÁTICO

En el DSM – IV – TR (American Psychiatric Association, 2000) se describen tres criterios fundamentales:

1. Recuerdos del acontecimiento traumático a través de rememoraciones intrusitas, sueños e imágenes retrospectivas.
2. Evitación física o emocional de estímulos asociados con el trauma o bien embotamiento de la reactividad global (que incluye síntomas como una restricción de la vida afectiva, sensación de desapego de los demás e incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma).
3. Persistencia de los síntomas de activación, como alteraciones del sueño, dificultad para la concentración y respuesta exagerada de sobresalto.

Las pruebas demuestran que este mismo patrón sintomático emerge tras una serie de acontecimientos traumáticos, como los desastres naturales (McFarlane, 1988), los accidentes (Schottenfeld y Cullen, 1986) y las experiencias bélicas (Foy y cols., 1987; Keane y Fairbank, 1983). Esto indica que el proceso subyacente de formación de los síntomas está determinado más por una diátesis común de respuesta que por el patrón traumático específico del sufrimiento. La dimensión crítica del TEPT que lo separa de otros trastornos psiquiátricos es el reconocimiento de que episodios sumamente traumáticos pueden ocasionar un trastorno con un patrón sintomático específico, en el que la exposición desempeña una función etiológica organizadora capital.

En estos momentos, se utilizan dos sistemas diagnósticos diferentes: el DSM-IV-TR y la CIE-10 (World Health Organization, 1992). Pese a las numerosas críticas efectuadas a los criterios diagnósticos del DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV Y CIE-10, la aportación de definiciones precisas ha permitido realizar multitud de investigaciones. Los estudios epidemiológicos y fenomenológicos han resultado esenciales y han puesto a prueba las definiciones y sus límites. La definición del TEPT, al establecer una referencia, supuso un paso decisivo hacia delante, sobre todo porque permitió explorar la naturaleza de las reacciones a estos tipos de acontecimientos.

La singularidad del TEPT radica en el criterio B del DSM-IV-TR. En esencia, como destacaron van der Kolk y van der Hart (1991), es un trastorno de memoria, en el que la experiencia traumática no se integra de la forma habitual. Así se refleja en el dominio que la memoria ejerce en la conciencia del paciente. Por eso, la reexperimentación de los síntomas supone la característica primordial del trastorno. La definición de la CIE-10 pone el énfasis en este rasgo y no exige una conducta de evitación continua. La existencia de las definiciones de la CIE-10 y del DSM-IV-TR, que se diferencia en cuanto a la definición del acontecimiento traumático y el grado de evitación, posibilita el uso alternativo de estos sistemas y puede, como es natural, causar conflictos de tipo médico-legal.

3.4.1 RECUERDOS INTRUSIVOS

Los recuerdos involuntarios pueden repetirse de forma espontánea o desencadenarse con una serie de estímulos reales o simbólicos, a saber, recuerdos sensoriales y visuales intensos del acontecimiento, que se acompañan, o no, de malestar fisiológico y psicológico extremo. A veces ocurren con calidad disociativa, propia de las imágenes retrospectivas, o también durante el sueño.

3.4.2 EVITACIÓN DE LOS ESTÍMULOS Y EMBOTAMIENTO

El segundo patrón de respuesta que puede dominar el cuadro clínico se caracteriza por la conducta de evitación y el embotamiento. En este caso, la persona pasa a un estado de desapego, embotamiento afectivo y ausencia relativa de sensibilidad frente al entorno. Todo ello se acompaña de la

incapacidad para obtener el mismo grado de placer de sus actividades y conducta de evitación de las situaciones evocadoras del trauma.

3.4.3 SÍNTOMAS DE HIPERACTIVACIÓN

Por último la persona manifiesta una activación exagerada, como lo reflejan los trastornos del sueño, los problemas de memoria y de concentración, hiperactivación, irritabilidad y respuesta exagerada de sobresalto. En las formas más crónicas del trastorno, este patrón de hiperactivación y evitación tiende a predominar en la clínica.

Las manifestaciones del TEPT se pueden interpretar como derivadas de varios procesos simultáneos. En primer lugar, la repetición de los recuerdos traumáticos es un hecho perfectamente documentado con este tipo de experiencias.

La conducta de evitación y el embotamiento representan vías homeostáticas, por las que la persona trata de modular y detener su hiperreactividad. El trastorno surge porque algunas personas no pueden extinguir de manera progresiva o cortar la respuesta aguda al estrés, reacción ubicuitaria en los momentos de exposición a este tipo de acontecimientos.

Las personas con TEPT se quedan atrapadas de forma inusitada por una experiencia pretérita intensa, que dificulta enormemente la capacidad para participar de las actividades cotidianas y de las relaciones. El motivo es doble. En primer lugar, el embotamiento afectivo y la disminución de la sensibilidad general dificultan la obtención de las gratificaciones habituales de la relación con el entorno. En segundo lugar, su hiperactivación propicia malestar inmediato ante estímulos inesperados, lo que refuerza su retraimiento. Aparte del desapego, la propensión a experimentar recuerdos inducidos del pasado pone claramente de relieve el modo en que su organización perceptual interna está excesivamente centrada en la búsqueda involuntaria de semejanza entre el presente y el pasado traumático.

La disociación representa un tercer mecanismo. Para que una persona integre una experiencia debe grabar una situación interna coherente. Las experiencias traumáticas pueden alterar esta capacidad cerebral de procesamiento de la información. Por eso, los recuerdos traumáticos suelen depositarse como recuerdos sensoriales primarios que sólo tienen una representación cognitiva parcial. El sufrimiento asociado con la sintomatología tiende a reforzar este patrón disociativo. Una consecuencia de la disociación es que disminuye muchísimo el patrón de hiperactivación de la persona. No obstante, conforme este proceso psicológico se va haciendo cada vez menos voluntario, puede desorganizar enormemente el comportamiento, debido a la incapacidad para abordar el presente de un modo organizado e integrado.

3.4.4 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SEGÚN ELDSM-IV-TR

La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que se han dado los dos elementos siguientes:

1. La persona ha experimentado, presenciado o afrontado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes reales o inminentes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
2. La persona ha respondido con miedo, desesperanza u horror intenso.

Nota: entre los niños, esta respuesta puede manifestarse por un comportamiento desorganizado o agitado.

B El acontecimiento traumático es reexperimentado de modo persistente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento, recurrentes o intrusos, que provocan malestar y entre los que se encuentran imágenes, pensamientos o percepciones.

Nota: entre los niños pequeños, esto puede expresarse como juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar

Nota: entre los niños, puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

3. La persona actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (o incluso la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de escenas retrospectivas, incluso las que aparecen al despertarse o al intoxicarse)

Nota: los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la sensibilidad general (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el acontecimiento traumático
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener ningún empleo, casarse, formar una familia, en definitiva, llevar una vida normal).

D Síntomas persistentes de aumento de la activación (ausentes antes del trauma), tal y como lo indican dos o más de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño
2. Irritabilidad o ataques de ira
3. Dificultades para concentrarse
4. Hipervigilancia
5. Respuesta exagerada de sobresalto

E Duración del trastorno (síntomas, B, C Y D) superior a un mes

F La alteración produce un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses

Fuente: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ta Ed. Tex Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000. págs. 467-468

4 MORBILIDAD Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

La complejidad de la respuesta personal al trauma y la sencillez comparativa de la conceptualización del TEPT se ilustran en el redescubrimiento reciente de la asociación íntima entre el trauma, la disociación y la somatización (van der Kolk y cols., 1996). El trauma puede influir en cada una de las funciones individuales: biológica, psicológica, social y espiritual. Ocuparse meramente de la existencia de los síntomas de TEPT no resulta justo, pues no describe de forma adecuada la complejidad de lo que experimenta la víctima ni su grado de sufrimiento.

4.1 DISOCIACIÓN Y PERSONALIDAD

La CIE-10 ha reconocido que la personalidad puede cambiar de forma duradera después de experiencias catastróficas, como estar recluido en un campo de concentración o ser torturado. Estos cambios se caracterizan por una actitud hostil o desconfiada frente al mundo, retraimiento social, sentimientos de vacío, sensación de amenaza constante y extraña. Se ha investigado la relación entre estos cambios en la personalidad y el TEPT; los hallazgos indican que, en ausencia de un TEPT, la personalidad casi nunca cambia (Herman, 1992).

Por razones similares, tales modificaciones son bastante más probables después de un trauma infantil que tras las experiencias traumáticas de final de la adolescencia o de la vida adulta. Así pues, la etapa de desarrollo de una persona puede determinar la naturaleza y la duración de las secuelas de una experiencia traumática.

4.2 SÍNTOMAS SOMÁTICOS

No se sabe si, como parte de la respuesta traumática, surge un patrón específico de síntomas físicos asociados.

En diversos estudios se ha descrito una mayor frecuencia de síntomas somáticos entre los sujetos con TEPT (Lipton y Schaffer, 1988; Linz y cols., 1992; Shalev y cols., 1990; Solomon y Mikulincer, 1987; White y Faustman, 1989). La mayoría de los estudios que han examinado la relación entre los síntomas somáticos y el trauma se han basado en veteranos de guerra. Shalev y cols. (1990) compararon, por ejemplo, a veteranos de guerra libanesa con TEPT crónico frente a veteranos que no lo habían sufrido. Los veteranos del grupo TEPT confesaban padecer síntomas cardiovasculares, neurológicos, digestivos, auditivos y de dolor con una frecuencia significativa mayor que el grupo sin TEPT. Así pues, los síntomas somáticos están bien relacionados con un proceso psicológico o bien los pacientes con TEPT tienden a referir los síntomas de forma diferente a los pacientes sin él.

Algunos autores (Spiegel, 1988) creen que la disociación es el componente nuclear de los mecanismos psicológicos que influyen en la formación de los

síntomas y que, por tanto, predisponen a la expresión somática del malestar. Hay cada vez más pruebas de que el procesamiento de la información se altera en el TEPT y que ello explica la aparición de los síntomas somáticos (Galletly y cols., en prensa). La incapacidad para procesar y diferenciar la información relevante de la irrelevante podría constituir la raíz de los problemas de concentración y de memoria hallados en el TEPT. Este problema para definir la información destacada quizá contribuya al enfoque y a la interpretación errónea de las sensaciones somáticas.

4.3 EVOLUCIÓN LONGITUDINAL Y EFECTO SOBRE LOS SÍNTOMAS

Blank (1993) destacó que la evolución longitudinal del TEPT sigue muchas variaciones y propuso que había que separar los patrones agudo, crónico, intermitente, residual y reactivado. Además sugirió que, según los datos disponibles, era necesario establecer un síndrome de estrés postraumático cuando no se satisfacían todos los criterios diagnósticos del TEPT.

La relación entre los síntomas agudos y la aparición del TEPT es otro tema de importancia teórica y clínica considerable. Al parecer, el momento de máxima intensidad y la facilitación (kindling) de la respuesta traumática son imprescindibles para que surja la cronicidad (Weisaeth, 1989). Foa (1997) señaló que la demora en la respuesta traumática máxima augura una mala respuesta al tratamiento. Esta investigadora concluyó que una dimensión crítica para el procesamiento de estas experiencias consiste en ocuparse del recuerdo traumático. La falta o la demora en la ocupación suponen un distanciamiento entre el afecto y la intensidad del recuerdo. La ira y la disociación son dos mecanismos que interfieren con este proceso.

5 EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

La epidemiología del TEPT plantea de entrada algunas dificultades metodológicas cuya influencia sobre las cifras de morbilidad dadas por los distintos estudios es importante tener en cuenta.

El primero de ellos hace referencia a que los estudios que ofrecen cifras de morbilidad en la población general (sobre todo cifras de prevalencia) suponen la mayoría que la distribución del riesgo de padecer acontecimientos traumáticos (criterio A del diagnóstico) está uniformemente distribuido en toda la población, tanto en los individuos como en los grupos sociales y en los diferentes países. Ésta es una presunción arriesgada que hace que las cifras obtenidas en algunos de los trabajos, y repetidas sin críticas en muchas revisiones no sean fácilmente trasladables a otros contextos y otras regiones del planeta.

El segundo problema potencial se refiere a que aquellos estudios que se realizan sobre poblaciones teóricamente en riesgo de sufrir acontecimientos potencialmente traumáticos han de especificar primero la incidencia de estos acontecimientos en tales grupos para calcular posteriormente la morbilidad del TEPT. Indudablemente, los resultados de morbilidad del TEPT en grupos poblacionales sometidos a un alto nivel de probabilidad de sufrir

acontecimientos traumáticos no son tampoco extrapolables a otras poblaciones en las que la exposición al riesgo es menor. Esto es particularmente importante en el manejo en Europa de los datos procedentes de EE.UU.

Cabe señalar una tercera observación metodológica igualmente relevante. El concepto de estrés traumático es aún muy amplio, abarca situaciones de combate, accidentes de tráfico y engloba tanto acontecimientos muy excepcionales en la vida ordinaria de la sociedad civil como aspectos rutinarios de ésta. Por ello, los trabajos epidemiológicos han de tener bien especificado cuál es el criterio que ampara la determinación de la existencia del acontecimiento traumático potencialmente capaz de que el sujeto desarrolle un TEPT.

Todo parece indicar, por lo tanto, que la aplicación rigurosa del criterio A del DSM-IV, quizá reforzado por la nota de excepcionalidad que requiere la CIE-10, sea un requisito previo importante para establecer las poblaciones en riesgo y, en consecuencia, llevar a cabo estudios fiables sobre la morbilidad del TEPT.

Por último, hay que mencionar los sesgos derivados de la variedad de instrumentos empleados para la realización de los estudios. La mayor parte de ellos, sobre todo en los estudios sobre población general, han sido instrumentos generales de diagnóstico psiquiátrico y no instrumentos específicos para esta enfermedad.

Pero lo más importante quizás es hacer notar que el TEPT, desde el punto de vista epidemiológico, parece comportarse más como una enfermedad infecciosa, en cuya epidemiología es básica la población expuesta al agente patógeno y conocer sus características.

5.1 GRADO DE AFECTACIÓN

Los datos epidemiológicos señalan que el TEPT es muy prevalente y se asocia con morbilidad considerable. La bibliografía creciente detalla, además su efecto negativo sobre el sufrimiento y la afectación general del individuo. Por ejemplo, al comparar a pacientes con TEPT frente a pacientes con otros trastornos de ansiedad se comprobó que los primeros evolucionaban peor, a juzgar por una serie de dimensiones relacionadas con la actividad global (Warshaw y cols., 1993). En este estudio longitudinal realizado en un marco clínico, el TPET mostró efectos graves para la calidad de vida en casi todos los dominios, incluido un grado de depresión, tentativas y conductas suicidas y abuso de alcohol, lo que refuerza la importancia del trauma psicológico en la psicopatología y en sus secuelas.

6 TRATAMIENTO EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno heterogéneo y complejo que puede requerir un tratamiento polifacético.

Los síntomas del TEPT constituyen respuestas, tanto psicológicas como biológicas, a un acontecimiento traumático definible, de tipo ambiental. Las dos

categorías principales de síntomas que responden a la medicación son los síntomas nucleares y los secundarios (Davidson, 1997), los síntomas nucleares comprenden el conglomerado sintomático elemental definido en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000: a) reexperiencia intrusiva del trauma original (p. ej., pesadillas e imágenes retrospectivas); b) evitación de los estímulos asociados con el trauma; c) embotamiento, enajenación y anhedonia, y d) hiperactivación. Los síntomas secundarios comprenden un deterioro de la actividad global, la escasa adaptación al estrés y los trastornos asociados.

La farmacoterapia del TEPT es, hasta el momento, sólo tentativa. Los estudios realizados son prometedores, pero en realidad sólo consiguen modificar algunos síntomas. No obstante, repercuten de forma clara y beneficiosa sobre la calidad de vida de los pacientes y son el principal arsenal farmacológico de que se dispone. Así se han descrito mejorías sustantivas con fluoxetina, fluvoxamina, sertralina y paroxetina en los síntomas intrusivos, en el grado de evitación, en el embotamiento emocional y en la reducción del estado de hiperalerta y de la impulsividad.

Se han descrito también estrategias de potenciación en aquellos casos en los que algún síntoma presenta una especial resistencia. Por ejemplo, se recomienda el empleo de buspirona en los casos de irritabilidad o impulsividad, eutimizantes en los casos de explosiones de rabia o pequeñas dosis de neurolepticos en casos de agitación. Al igual que sucede con el empleo de benzodiazepinas en estos cuadros, estas y otras recomendaciones están avaladas más por el sentido común y por el deseo de buscar remedio a un trastorno dramático e invalidante que por resultados fehacientes.

La psicoterapia en los casos de TEPT debe abordar tres aspectos esenciales a) establecer una sensación de seguridad y de control para que el paciente pueda aproximarse a los recuerdos del trauma; b) deshacer el condicionamiento del miedo y de la ansiedad relacionados con los propios recuerdos traumáticos, y c) restaurar un sentimiento de integridad y de control personales al indicar el camino para que las víctimas de traumas den sentido a su vida. Así pues, el terapeuta puede hacer uso de diversas técnicas para restituir la sensación de control personal, romper el condicionamiento de la ansiedad y mantener relaciones fructíferas con los demás. Casi todos los clínicos que atienden a personas traumatizadas recomiendan un tratamiento orientado a la fase del trastorno, en el que la exposición a los recuerdos traumáticos esté equilibrada, en todo momento, con una atención cuidadosa a los aspectos de estabilización y dominio.

Por lo tanto la recomendación de la terapia cognitivo-conductual es más el resultado de la hegemonía que estos procedimientos tienen en este momento en la psiquiatría americana. De hecho, algunos autores recomiendan el empleo conjunto de técnicas de psicoterapia dinámica breve y de técnicas cognitivo-conductuales en un mismo programa mixto.

No obstante, y como se ha señalado a propósito de los fármacos, determinadas técnicas pueden ser sintomáticamente muy útiles. Así, los procedimientos de exposición (gradual o mediante inundación), la reestructuración cognitiva o los

programas de manejo de la ansiedad.

Dentro de las técnicas de exposición ha tenido cierta popularidad el procedimiento llamado “desensibilización por medio del movimiento ocular y reprocedimiento” que parece más útil por su capacidad de potenciar la colaboración y la influencia sobre el paciente de un procedimiento de exposición, que por sus fundamentos teóricos.

En cualquier caso, hay que insistir en que, en el estado actual de los conocimientos sobre el TEPT, se aconseja el empleo de tratamientos mixtos en el marco de una consideración individualizada del caso que tenga en cuenta no sólo la naturaleza de la situación desencadenante del proceso, sino también las características personales del sujeto. Estamos muy lejos de poseer tratamientos eficaces y específicos que, por sí solos, consigan la remisión completa del cuadro.

7 DIMENSIONES DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA ENFERMERA-CLIENTE

La relación enfermera-cliente ofrece un alto grado de validación a los clientes con problemas emocionales. En la relación enfermera-cliente, la enfermera puede contemplar constantemente a los clientes no sólo como son, sino también como las personas que potencialmente puede ser.

Como miembro activo del equipo de tratamiento, la enfermera tiene la oportunidad de desarrollar una relación con los clientes que les ayude a enfrentarse a sus temores, síntomas y problemas interpersonales. En una relación terapéutica las clases de interacciones en las que participa la enfermera varían desde ayudar a los clientes en las actividades de la vida diaria hasta realizar terapia individual, de grupo o familiar con ellos.

Las enfermeras de salud mental y psiquiatría tienen la oportunidad de interactuar con los clientes dentro de diferentes marcos y áreas de asistencia. La relación terapéutica se extiende desde el hogar del individuo hasta la consulta del hospital. La relación terapéutica se extiende también a través de varias áreas de asistencia, incluyendo familias, escuelas, grupos de comunidad y hospitales. En todas estas áreas, la enfermera tiene la oportunidad de desarrollar relaciones terapéuticas enfocadas en ayudar a los clientes a desarrollar recursos que cubran sus necesidades.

La enfermera reconoce que aunque no todos los contactos con los clientes son sesiones de terapia, cada contacto puede potencialmente ser terapéutico, promocionar el desarrollo interpersonal, cambiar la conducta o ser beneficioso de algún modo para el cliente. La relación terapéutica proporciona un contexto significativo para la aplicación de los valores de la enfermería, que incluyen los cuidados, la generosidad en la respuesta a las necesidades humanas y el ánimo a favor de los desvalidos.

La comunicación entre cliente y enfermera debe planificarse y ejecutarse cuidadosamente de forma que los clientes se sientan protegidos y aceptados e

intenten la comunicación con la enfermera y con otras personas. A través de esta comunicación, los clientes perciben la convicción de la enfermera de que tienen capacidad para participar activamente en su propio cuidado, de efectuar cambios y de funcionar de una forma más sana.

7.1 CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

El núcleo de la enfermería es la relación entre enfermera y cliente. Esta relación terapéutica es una relación dirigida al objetivo que facilita el desarrollo de habilidades de afrontamiento adecuadas en el cliente y le ofrece la posibilidad de desarrollarse.

La conducta y actitud de la enfermera afectan a la opinión que el cliente tiene de sí mismo. La eficacia de la enfermera dependerá de su sinceridad, honestidad, autenticidad y respeto por la humanidad y dignidad del cliente. A menudo, los clientes con trastornos mentales interpretan erróneamente la realidad; carecen de habilidades interpersonales y pueden interpretar la reserva de la enfermera como rechazo. Es necesario que la enfermera apoye el conocimiento constante del cliente de la conducta verbal y no verbal. La lógica del enfoque favorece el desarrollo de la confianza, especialmente cuando el cliente pone a prueba la relación.

La conducta de los clientes representa su mejor adaptación al estrés. La enfermera debe reconocer que un cambio en el estado de ánimo o la conducta del cliente supone un cambio de su situación interna que la enfermera no debe desconocer. La aceptación incondicional del cliente como persona refuerza su sensación de valor y dignidad. Si el cliente debe llevar a cabo algún ritual, por ejemplo, la enfermera debe planificar los cuidados de forma que al cliente le quede tiempo para sus rituales.

Los clientes tienen derecho a participar en su propio cuidado. Juntos, enfermera y cliente determinan los objetivos de la relación. El mantenimiento de la relación terapéutica es un contenido que entra dentro del campo de la enfermera.

Para mantener una relación terapéutica y ofrecer al cliente un entorno seguro y terapéutico creado para conseguir la salud, la enfermera debe mantenerse centrada en los problemas del cliente. Cuando la enfermera valora claramente las necesidades de cliente y le ayuda a través del proceso de enfermería, el cliente se encaminará hacia la salud emocional. Las expectativas y el apoyo de la enfermera facilitan el desarrollo de habilidades de afrontamiento más adaptativas en el cliente.

CAPÍTULO IV DESCANSO Y SUEÑO COMO UNA NECESIDAD

El sueño es el impulso fisiológico que nos lleva al descanso y reposición de la energía y el equilibrio orgánico.

Definimos sueño como un estado de inconciencia del cual la persona puede despertar por estímulos sensoriales o de otro tipo.

Debemos distinguirlo del coma: estado grave que clínicamente se caracteriza por pérdida de las funciones de la vida de relación (conciencia, sensibilidad, motilidad), y conservación de las funciones vegetativas (respiración, circulación, etc.), del cual la persona no puede despertar.⁹⁸

Existen dos tipos diferentes de sueño. Hay dos maneras como puede dormirse. Primero, puede producirse una disminución de actividad en el sistema activador reticular; este es el llamado sueño de onda lenta, porque las ondas cerebrales son muy lentas.

En segundo lugar, el sueño puede resultar de una canalización anormal de las señales en el cerebro, aunque la actividad del mismo puede no estar netamente deprimida; este es el llamado sueño paradójico o sueño desincronizado.

La mayor parte del sueño cada noche es del tipo de onda lenta; es el tipo de sueño que descansa, profundo, que logra la persona después de haber estado en vigilia durante las 24 a 48 horas previas.

Horas de sueño según la edad:

Al año y medio el niño (a) duerme aproximadamente 14 horas al día, a los 4 años aproximadamente 12 horas., a los 10 años 10 horas aprox., en la adultez de 7 a 8 hrs., disminuyendo este período en la ancianidad.

La profundidad del sueño varía cada hora. Por lo general durante el día el sueño es mas ligero que en la noche. De la noche pasamos un 20% soñando, el 60% en fase intermedia y el otro 20% durmiendo profundamente sin soñar. Cada vez que cambiamos de posición el sueño se hace más superficial instantes antes de movernos, y más profundo cuando se ha completado el movimiento.

Al dormir el cerebro no esta totalmente inactivo, sino que pasa por diferentes estados de la conciencia, manteniendonos alerta para ciertos estímulos.

Existen 2 tipos de sueño por el que atravesamos cada noche y en las cuales alternamos:

1. Sueño de ondas lentas, llamadas también como sueño reparador, sueño sin pesadillas, sueño de onda delta o sueño normal.
2. Sueño paradójico (Sueño "REM", sueño de movimientos oculares rápidos "rapid eye movement").

⁹⁸ www.monografias.com/trabajos29/dormir/dormir/.shtml. 15 agosto de 2006 10:45hrs

El sueño de ondas lentas ocupa la mayor parte de la noche, se experimenta durante las primeras horas de sueño después de muchas horas sin dormir. Es un sueño reposado que se asocia con el descanso del tono vascular periférico, existiendo un descenso de entre 10 y un 30% de la presión arterial, alcanzándose el momento más bajo durante la cuarta hora. El pulso se retrasa de 10 a 30 latidos por minuto. El metabolismo basal se reduce en un 15%. Diminuyendo la frecuencia respiratoria.

Durante este periodo soñamos e incluso tenemos pesadillas, pero es más probable que los recordemos, que en el sueño REM.

El sueño REM, sueño desincronizado o paradójico como también se le conoce por estar el encéfalo bastante activo y la persona no despertarse. Además este sueño aparece entre 5 y 30 minutos por cada 90 minutos de sueño de ondas lentas.

Cuando la persona tiene mucho sueño el periodo REM se acorta y puede faltar y a medida que la persona va descansando a lo largo de la noche se va incrementando.

Normalmente ocupa un 25% del tiempo de sueño en el adulto joven. Se caracteriza por:

Estar el tono muscular de todo el cuerpo muy relajado, lo que indica una inhibición de las proyecciones espinales procedentes de zonas excitadoras del tronco encefálico.

El electroencefalograma (EEG) muestra un patrón de ondas cerebrales similares al de la vigilia. Donde el encéfalo está muy activo y el metabolismo cerebral aumenta hasta un 20%.

Se hace difícil despertar a la persona mediante estímulos sensoriales y, sin embargo, las personas se despiertan en la mañana en un periodo de sueño REM.

Hay inhibición de los músculos, pero se producen movimientos musculares irregulares. Esta inhibición muscular es la que evita que la persona actúe según su sueño.

En su primera fase aumenta la actividad onírica.

Aumento de la resistencia eléctrica de la piel.

Aumenta ligeramente la motilidad del aparato digestivo.

Se producen erecciones en el hombre y aumento del flujo sanguíneo vaginal en la mujer.

La frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria se hacen irregulares.

Parece haber un centro por debajo del nivel protuberancial medio que es el causante del sueño inhibiendo otras partes del encéfalo. También se ha identificado un gen que es el causante del sueño normal, además de otros genes que determinan enfermedades que perturban el sueño.

Sin embargo no se sabe por qué el sueño de ondas lentas es interrumpido por

periodos REM, pero, fármacos que imitan la acción de la acetilcolina aumentan la aparición del sueño REM.

TEORIAS BASICAS DEL SUEÑO

A pesar de la universalidad de los fenómenos del sueño, los fisiólogos han de admitir, con pena, que saben muy poco acerca del mecanismo básico del sueño. Hay dos escuelas principales acerca de las causas del sueño: La primera considera que el sueño es un proceso pasivo que ocurre cuando los mecanismos neuronales que provocan vigilia están fatigados y, por lo tanto, tienen lugar en un nivel inferior de actividad. La segunda teoría admite que centros activos del cerebro transmiten señales al sistema activador reticular para inhibirlo y, por lo tanto, producir sueño.

La teoría de retroalimentación para la vigilia y el sueño, un mecanismo pasivo para dormir. De lo dicho podemos recordar que el sistema activador reticular es capaz de excitar la corteza pero también que la corteza, a su vez, puede excitar el sistema activador. Por lo tanto, existe una "retroalimentación" positiva que ayuda a conservar el sistema activador reticular ascendente activo tan pronto como es excitado.

También hay una segunda retroalimentación positiva, que probablemente contribuya a conservar la actividad en el sistema activador reticular, este sistema transmite señales no solo a la corteza sino también a los músculos periféricos. Cualquier movimiento periférico, a su vez transmite las señales sensoriales somáticas de nuevo hacia el sistema activador reticular, y muchas de estas señales también intervienen activándolo.

Comienzo de la vigilia.

Teniendo presente los dos mecanismos de retroalimentación positiva que acabamos de señalar, cabe admitir que cualquier señal que penetre en el sistema activador reticular que está en reposo iniciará señales que se desplazarán hacia la corteza, y también hacia las zonas periféricas del cuerpo. Las señales de retorno de ambas áreas activarán más el sistema reticular, mandando estas más señales, recibiendo más señales de retorno, y continuando el fenómeno así. Por lo tanto, una vez iniciada la actividad, el nivel de respuesta teóricamente va a aumentar de manera rápida. Eso podría explicar el rápido fenómeno del despertarse.

Comienzo del sueño.

Cuando las neuronas se fatigan, el nivel de retroalimentación positiva evidentemente disminuye, tanto en el circuito cortical como en el periférico. Además, cada vez que uno de los millones de neuronas paralelas en los circuitos de retroalimentación suprime su actividad, la falta de esta contribución neuronal a la retroalimentación disminuye el nivel de excitabilidad de las otras neuronas. Así pues, llega un momento en que actividad de retroalimentación ya no puede conservar una excitabilidad suficiente del sistema activador reticular para que los circuitos sigan oscilando. En consecuencia, esto explicaría el comienzo inicialmente lento de la somnolencia, y el brusco cambio final de la

vigilia.

Causa de fatiga de las neuronas.

Si el mecanismo pasivo es verdadero para el sueño, queda todavía por explicar la causa de la fatiga de las neuronas después de 16 horas de vigilia, y su recuperación de excitabilidad después de ocho horas de sueño. Sabemos que este mismo fenómeno ocurre en la médula y en otras zonas del sistema nervioso expuestas a actividad excesiva, luego a una excesiva inactividad. Por ejemplo, la facilitación continuada de la médula espinal por los haces de fibras desde el cerebro provoca disminución de la excitabilidad de las neuronas medulares. Después que los haces procedentes del cerebro se han cortado, el nivel de excitabilidad de las neuronas aumenta en las primeras horas, luego progresivamente menos durante días o meses. Por lo tanto, sabemos que la excitabilidad de las neuronas cambia en plazo de horas en proporción inversa de su grado de actividad. Este hecho comprobado acerca de la actividad neuronal corresponde bien a la teoría pasiva del sueño.

Mecanismos activos para causar el sueño.

En condiciones adecuadas, la estimulación eléctrica de diversas zonas del cerebro puede causar sueño. Tres de las áreas más importantes para lograr son los siguientes:

- Un área a nivel de la porción rostral de los haces solitarios del tallo cerebral, o cerca de los mismos, localizados bilateralmente en la protuberancia.
 1. Algunas zonas de los núcleos difusos del tálamo.
 2. La región basal del cerebro anterior, entre el hipotálamo y las zonas supraorbitarias de los lóbulos frontales.

La estimulación de estas regiones con frecuencias de 8 a 13 ciclos por segundo (la misma frecuencia de las ondas cerebrales alfa) es particularmente adecuada para provocar sueño, mientras que la estimulación con otras frecuencias produce en algunos casos efectos inversos.

Efecto Fisiológico del sueño.

Durante la vigilia existe un aumento de la actividad simpática, así como un aumento de los impulsos nerviosos a los músculos esqueléticos para aumentar el tono muscular. La falta del ciclo sueño-vigilia en el sistema nervioso central no produce daños a los órganos del cuerpo en cualquier punto por debajo del encéfalo. Por otro lado, la falta de sueño provoca alteraciones funcionales en el encéfalo.

La vigilia prolongada esta asociada con alteraciones en el sistema nervioso. Donde se puede apreciar:

- Un creciente entorpecimiento del pensamiento.
- Sensación de cansancio
- Fatiga

- Dificultad en la percepción y concentración
- Imposibilidad de mantener cualquier actividad de forma ininterrumpida
- Somnolencia diurna
- Cefalea matutina
- Pérdida de memoria
- Trastornos de la conducta
- Pérdida del libido
- Tendencia a la depresión
- Irritabilidad
- Escaso rendimiento intelectual
- Lapsos mentales
- Voz pastosa con pronunciación incorrecta
- Enuresis
- Episodios sicóticos
- Hipersensibilidad ante el dolor
- Dificultada en la orientación
- Inexpresividad facial
- Ligerísimo temblor de manos
- Modificación en la tensión arterial
- Pulso irregular
- Ideas paranoicas en algunos casos
- Repercusión negativa en el rendimiento deportivo
- Accidentes por conducir con sueño

También parece que durante el sueño paradójico hay síntesis de proteínas íntimamente relacionadas con la consolidación de la memoria del individuo.

Durante el sueño se reduce grandemente la visión, oído, paladar, olfato y tacto. Hay una marcada disminución de las funciones reflejas, inhibiéndose los reflejos condicionados y debilitándose los condicionados. Se reducen la secreción de orina.

El sueño nocturno coinciden con el periodo de mayor descanso de la temperatura en el cuerpo (4:00 a.m.)

Aunque los músculos están relajados, hay algunos que conservan cierto tono como los esfínteres del recto y la vejiga urinaria, los del párpados y los de la mandíbula.

Es muy importante que para el sueño sea reparador y proporciones sensación de descanso no sea fragmentado, cinco horas de sueño profundo y reparador pueden descansar más que ocho horas sufriendo incomodidades.

Para el descanso tenemos que tomar una actitud de descanso para permitir la reposición de nuestras fuerzas., después de un período de actividad el organismo necesita reposo. Dentro de los mecanismos de reposo están los de acostarse, sentarse o tomar una posición de descanso que son características culturales por imitación.

CAPÍTULO V RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

En este trabajo se presenta un caso real sobre el que se realiza un diagnóstico de enfermería. El caso de estudio corresponde a un cliente con perturbaciones en el pensamiento a consecuencia del secuestro que vivió su hijo varón de 10 años, el día 11 de octubre del 2004. En primer lugar se realizó una valoración clínica de enfermería y de sus necesidades humanas según el modelo de V. Henderson y posteriormente se plantea un análisis de las necesidades Bio-Psico-Sociales, culturales y espirituales, para finalmente realizar un diagnóstico de enfermería y establecer unos objetivos y programar las actividades de enfermería que se van a llevar a cabo.

Caso a estudio:

La Señora Caritina N, de 41 años sufre de perturbaciones en el pensamiento a consecuencia que su hijo varón fue secuestrado saliendo de la escuela, la cliente manifiesta la peor angustia vivida al darse cuenta que su hijo no estaba por ningún lado, dio aviso a las autoridades policíacas, dando el apoyo suficiente para rescatar al menor a la salida de la carretera a Puebla, por tal motivo la cliente se cambia de domicilio inmediatamente, para evitar ser ubicada por los secuestradores y cómplices, ya que fueron amenazados por uno de los integrantes de la banda, argumentando que si no retiraban la denuncia alguno de lo que salieran en libertad se encargarían de ello. Por tal motivo la paciente viven en constante miedo y angustia ya que teme por su hijo y su familia en general. Esto la ha orillado a extremar sus precauciones en cuanto a cuidado y seguridad proporcionada a sus hijos.

Estado emocional: Paciente con pensamientos recurrentes del secuestro, insomnio, bajo estado de ánimo, tristeza constante, escasa motivación, problemas de memoria, agitación constante, ansiedad, angustia, nerviosismo, preocupación, sensación de amenaza constante, apatía intensa, desaliento, sensación de vacío, agobio.

Capacidad para expresar sentimientos: La cliente refiere tener dificultades para expresar sus sentimientos hacia su esposo e hijos, y más aún con otras personas. Manifiesta cambios de humor constante, se irrita fácilmente y “les grita a sus hijos por todo”, esto le a causado problemas en su relación de pareja, dificultando la comunicación intrafamiliar cordial y afectiva.

Conflicto importante de relación con su familia y/o entre los miembros del grupo familiar: Nos refiere que hubo un rompimiento con su mamá y hermanas a raíz de que se “junto” con su pareja actual, y por parte de su esposo, no se frecuentan ya que su familia vive fuera del Distrito Federal.

Mecanismos de defensa: La cliente se encuentra casi siempre a la defensiva, hostil y con cierta agresividad.

En la actualidad su capacidad de dar sentido a su vida está disminuida. Carece de serenidad y no se encuentra contenta. Actualmente no es creativa ya que todo lo centra en el problema del secuestro.

CAPÍTULO VI INSTRUMENTOS UTILIZADOS (ANEXOS)

VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA FII (ANEXO 1)

1. Datos de identificación:

Nombre: Caritina N. Domicilio: Calle Hidalgo No. 183 A Int. 1 San Francisco Culhuacán Delegación: Coyoacán
Edad: 41 años Sexo: Femenino Nacionalidad: Mexicana Fecha de nacimiento: 5-October-1964
Ocupación: Comerciante y empleado doméstica Escolaridad: Primaria
Religión: Católica Lugar de origen: Distrito Federal Estado Civil: Unión Libre
Familiar Responsable: Sergio L.

2. Perfil del Paciente.

AMBIENTE FÍSICO:

Casa: Rentada N0. De habitaciones: 1
Tipo de construcción: Concreto y loza. Animales domésticos: no
Características físicas (ventilación, iluminación, etc.)
Cuenta con dos ventanas y una puerta

Servicios Sanitarios:

Agua intradomiciliaria: No Hidrante público: No Otros: Toma comunal (en el patio, para todos los habitantes de la vecindad)

Eliminación de desechos:

Drenaje: si Baño intradomiciliario: No Otros: Baño comunal, para todos los habitantes de la vecindad. Regadera intradomiciliaria: No
Control de basura: Bote individual con tapa.

Vías de comunicación:

Pavimentación: si Carreteras: si Taxis: Si Colectivos: si Metro: Si Carro particular: No Camiones: si Teléfono: No

Recursos para la salud:

Centro de salud: Si IMSS: No ISSSTE: No Consultorio particular: no
Otros: NO

Hábitos Higiénicos- Dietéticos:

Aseo:

Baño (tipo y frecuencia): en tina, "a jicarazos", cada tercer día.

De manos (frecuencia): Por razón necesaria, cuantas veces sea necesario.
 Bucal (frecuencia): 1 vez al día.
 Cambio de ropa personal (total, parcial y frecuencia): Diario.

Alimentación

Tipo de Alimentación	Nº de veces a la semana	observaciones
Carne	1 vez a la quincena	Pollo o res
Verduras	2 veces a la semana	Todo tipo de verduras
Frutas	1 vez a la semana	Plátano o naranja
Leguminosas	Diario	Frijol
Pastas	Diario	
Leche	Ninguna vez	Café negro o té
Huevo	2 veces a la semana	
No de tortillas	Medio kilo diario	Tortilla de maíz
No de piezas de pan	4 piezas diario	2 en el desayuno y 2 en la cena
Agua: Lts por día o vasos al día	3 vasos en 24 hrs.	Agua simple de la llave

Eliminación

Horario y características:

Intestinas: 1 vez al día vesical: 3-4 veces al día

Descanso:

(Tipo y frecuencia): No existe Sueño (horario y características: Se acuesta alrededor de las 23:30 y se levanta a las 5:30 am, pero normalmente no puede dormir, le cuesta trabajo conciliar el sueño y despierta constantemente, por lo cual refiere se levanta muy cansada y decaída.

Diversión y/o deportes: Ninguno

Otros. Ninguno

Composición Familiar:

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación económica
Sergio L	43	Chofer	3.200 mensuales
Caritina	41	Ama de casa, comerciante y empleado domestica	4.500 mensuales
Carlos	10	Estudiante	
Lesly	8	Estudiante	

Dinámica familiar: refiere una dinámica muy rutinaria, "trabajo, casa, escuela", pero que se llevan bien en general.

Comportamiento (conducta cotidiana)

Agresivo: No Tranquilo: si Indiferente: No alegre: si Cooperador: si

3. Antecedentes personales no patológicos

Grupo y Rh: Gpo. O Rh +

Tabaquismo: Si Tiempo: 15 años

Alcoholismo: No

Fármaco dependencia: No

Antecedentes personales patológicos	Antecedentes Heredo-Familiares
Diabetes No	Sífilis No
Epilepsia No	SIDA No
Hipertensión No	Malformación congénitas No
Cardiopatías No	Consanguinidad No
Neuropatías No	Retaso Mental No
Enf. Infecto-contagiosas No	Trastornos psiquiátricos No
Toxoplasmosis No	Cardiopatías No
Antecedentes quirúrgicos Si (OTB)	Neuropatías No

Antecedentes trasfesionales: No

Antecedentes traumáticos: No

4. Interrogatorio por aparatos y sistemas

Palpitaciones Si	Lipotimias Si	Disnea No	Tos No
Acúfenos Si	Dolor torácico No	Edema No	Disfonías No
Fosgenos No	Ruidos Cardiacos No	Cianosis No	Expectoración No

Digestivo:

Apetito Normal Si	Vomito No	Meteorismo Si	Diarrea Si
Disminución del apetito No	Náuseas Si	Distensión abdominal Si	Hematemesis Melena No
Pirosis Si	Dolor Abdominal Si	Ruidos peristálticos (aumentados) Si	Prurito anal No
Disfagia Si	Regurgitaciones Si	Constipación Si	Pujo y tenesmo No

Observaciones: La cliente cursa con periodos de diarrea y estreñimiento.

Genitourinario

Dolor No	Piuria No	Dismenorrea Si	Patología mamaria Si
Disuria No	Poliuria No	Prurito No	
Tenesmo No	Disuria No	Leucorrea Si	
Hematuria No	Escurrecimiento uretral No		

Observaciones: Se detecto a la exploración de glándulas mamarias, nódulos en ambos senos de 2 a 3 cm de diámetro por arriba del pezón.

Nervioso:

Cefalea Si	Aislamiento No	Inconsciencia No
Temblores Si	Insomnio Si	Anisocoria No
Depresión Si	Falta de memoria Si	Midriasis No
Ansiedad Si		Miosis No

Músculo esquelético

Deformidades: óseas, articulaciones y musculares No	Crepitación No	Aumento de Peso Si	Hipertricosis No
Mialgias Si	ROTS No	Galactorrea No	Hipertiroidismo No
Artralgias Si	Polidipsia Si	Sudoración Si	Hipotiroidismo No
Varices Si	Polifagia No	Diabetes No	
	Perdida de peso No		

Piel y Anexos

Hiper-pigmentación Si	Heridas No
Apigmentación No	Edema No
Acné Si	Prurito No
Alergias No	
Dermatosis No	

Observaciones: Piel seca y áspera en todo cuerpo.

5. Antecedentes Gineco-Obstétricos

Menarca: 12 años Telarca: 12 años Pubarca: 12 años Ciclos: De 28 días
Duración: 4 días Dismenorreica: Si Incapacítate: No
Método de control prenatal: si Tipo de control: OTB
Período de utilización: 6 Abril 1997
Papanicolau: No
FUR: 7 Octubre 2005
Gesta: 6 Paras: 4 Abortos 2 Cesárea: 0
Periodo intergenésico: 4 y 2 años. Vigilancia prenatal: sí
N0 de compañeros sexuales: 2 Circuncidados: No

6. Exploración Física

Peso actual: 68.500 Kgrs. Peso Ideal: 53.900 Kgrs.
Sobre peso de: 14.600 Kgrs.
Estatura: 1.52 cm. Pulso: 74 por minuto Tensión arterial: 105/60
Temperatura: 36.5°C Respiración: 20 por minuto

Inspección

Aspecto Físico:

Paciente con cabello seco, sin brillo, pálida, ojerosa, mucoso oral hidratada, con caries dental en todas las piezas, con falta de incisivos superiores, con piel seca y escamosa, uñas limpias y cortas, con sobrepeso, ropa limpia, zapatos lustrosos.

Palpación:

Palpación de cabeza sin alteraciones, cuello sin adenomegalias, se detecta a la exploración de glándulas mamarias, nódulos en ambos senos de 2 a 3 cm de diámetro por arriba del pezón, abdomen blando, depresible, no doloroso, sin viceromegalias, fosa ilíaca izquierda con dolor a la palpación profunda, extremidades sin edemas, pulsos y temperatura distal normal.

Percusión:

Percusión mate en todo marco cólico.

Auscultación:

Cardiopulmonar- Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia de 80 por minuto, con buena entrada y salida de aire sin fenómenos agregados.

Digestivo: Ruidos peristálticos presentes normales.

Problema o padecimiento actual:

Síntomas- Pensamientos recurrentes del secuestro, insomnio, bajo estado de ánimo, tristeza constante, escasa motivación, problemas de memoria, agitación constante, ansiedad, angustia, nerviosismo, preocupación, sensación de amenaza constante, apatía intensa, desaliento, sensación de vacío, agobio.

Signos- Paciente consciente, orientada, cooperadora, inquieta, con facies de angustia, pálida, ojerosa, con llanto fácil “de todo llora”...sic...

Problemas detectados:

(De mayor a menor importancia)

Pensamientos recurrentes del secuestro, insomnio, bajo estado de ánimo, tristeza constante, problemas de memoria, escasa motivación, agitación constante, ansiedad, angustia, nerviosismo, preocupación, sensación de amenaza constante, apatía intensa, desaliento, sensación de vacío, agobio.

Diagnósticos de Enfermería:

-Respuesta Postraumática relacionada con secuestro, manifestado por; alteraciones emocionales y estilo de vida alterado.

-Alteración de los procesos de pensamiento, relacionado con acontecimiento traumático; manifestado por recuerdos del secuestro recurrentes que provocan malestar.

-Afrontamiento individual ineficaz; relacionado con acontecimiento traumático, manifestado por un bajo estado de ánimo, informes de tristeza constante, escasa motivación, problemas de memoria y agitación.

-Ansiedad relacionada con la experiencia de un secuestro manifestado por; aprensión, angustia, nerviosismo, preocupación y sensación de amenaza constate.

-Desesperanza relacionado con estrés postraumático prolongado, manifestado por; apatía intensa, señales verbales de desaliento, sensación de vacío, disminución de las emociones, desánimo, agobio.

-Alteración de patrón de sueño relacionado con depresión, manifestado por; despertarse de madrugada y no volver a conciliar el sueño.

-Alteración de los procesos familiares relacionado a; cambios emocionales en todos sus integrantes, secundario a un secuestro manifestado por; apatía, abandono, desesperanza.

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS ANEXO 2

Ficha de Identificación:

Nombre: Caritina N Edad: 41 años Peso: 68.500 Kgrs. Talla: 1.52 cm.
 Fecha de Nacimiento: 5 Octubre de 1964 Sexo: F Ocupación: Comerciante
 y empleado doméstica Escolaridad: Primaria.
 Fuente de información: Primaria Miembros de la familia/personas
 significativa: 3

Valoración de Necesidades Humanas

1 Necesidades Básicas de:

Oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

Necesidad de Oxigenación

- Subjetivo:

Disnea debido a: No Tos productiva/seca: No Dolor asociado con la
 respiración: No Fumador: Si desde cuando fuma/cuantos cigarros al día/varia
 la cantidad según su estado emocional: Desde hace 15 años, 2 ó 3 cigarros al
 día, fuma después de comer o cuando esta descansando (viendo la TV ó
 platicando con su esposo)

- Objetivo:

Registro de signos vitales: Pulso – 74 T.A – 105/60 Tem. – 36.5°C
 Respiración: 20

Tos productiva/seca: No Estado de Conciencia: Conciente, orientada en
 tiempo y espacio. Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: Ligera
 palidez de tegumentos, con hiperpigmentación en cara, cuello y brazos, lechos
 ungueales con ligera cianosis, llenado capilar normal, ligera cianosis peribucal.
 Circulación de retorno venoso: Dilatación venosa en Ms. Inf. Con edema +
 Otros: Piel seca con descamación.

Nutrición de Nutrición e Hidratación

- Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): Rica en carbohidratos y harinas. Número de comidas
 diarias: 3 Trastornos Digestivos: Pirosis, náuseas, dolor y distensión
 abdominal, regurgitación, meteorismo, cuadros diarreicos frecuentes, comidas
 fuera de horario por falta de tiempo.

- Objetivo:

Turgencia de piel: Normal

Membranas mucosas hidratadas/secas: Hidratadas

Características de uñas/cabello: Uñas quebradizas, cabello seco, sin brillo, quebradizo.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Dolor lumbar y en miembros inferiores.

Aspecto de dientes y encías: Encías inflamadas, falta de incisivos superiores y caries en todas las piezas dentales, halitosis.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Hematoma y equimosis en hemicara izquierda, refiere haberse caído, lesión que tarda 10 días aproximadamente en sanar.

Otros: Se a observado en la paciente en otras ocasiones zonas de equimosis en brazos y piernas, refiere que se pega o se cae frecuentemente.

Necesidad de Eliminación

- Subjetivo

Hábitos intestinales: 1 vez al día características de las heces, orina, menstruación: Heces formadas, pero con periodos de evacuaciones diarreicas, eliminación vesical 3-4 veces al día, orina concentrada, menarca a los 12 años 4 X 28 días, Dismenorreica.

Historia de hemorragias/enfermedades renales, otros: Negados

Uso de laxantes: No Hemorroides: No

Dolor al defecar/menstruar/orinar: Únicamente dismenorrea.

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: Cuando “hace corajes”...sic. Le duele el estomago y a veces cursa con diarrea.

- Objetivo:

Abdomen características: Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, con dolor en marco cólico a la palpación profunda, distensión abdominal.

Ruidos intestinales: Peristalsis presente.

Palpación de la vejiga urinaria: Sin patología.

Otros: No

Necesidades de termorregulación

- Subjetivo:

Adaptabilidad de los cambios de temperatura: Sin problemas

Ejercicio/tipo y frecuencia: Ninguno.

Temperatura ambiental que le es agradable: Clima templado.

- Objetivo:

Características de la piel: Piel seca, con descamación e hiperpigmentación.

Transpiración: Regular.

Condiciones del entorno físico: Habitación única (cuarto redondo), carente de iluminación y ventilación natural, (solo existe una puerta).

Necesidades básicas de:

Mantenerse y mantener una postura, descanso y sueño, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros:

Necesidad de Moverse y mantener Una Buena Postura:

- Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: La capacidad física llega hasta el extremo de ser extenuante, ya que trabaja todo el día.

Actividades en el tiempo libre: Ninguna.

Hábitos de descanso: No los tiene

Hábitos de trabajo: Trabaja todo el día, en labores propias del hogar, fuera de casa (trabaja vendiendo pan, casa por casa y planchando ropa "ajena").

- Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: Con fuerza normal.

Capacidad muscular. Tono/resistencia/flexibilidad: Buen tono muscular, resistencia y flexibilidad normal.

Posturas: Predomina de posición de pie con ligera flexión hacia delante.

Necesidad de ayuda para la deambulación: Ninguna.

Dolor con el movimiento: No

Presencia de temblores: No Estado de conciencia: Conciente, orientada en tiempo y espacio, alerta.

Estado emocional: Paciente con pensamientos recurrentes del secuestro, insomnio, bajo estado de ánimo, tristeza constante, escasa motivación, problemas de memoria, agitación constante, ansiedad, angustia, nerviosismo, preocupación, sensación de amenaza constante, apatía intensa, desaliento, sensación de vacío, agobio.

Otros: No

Necesidad de Descanso y Sueño:

- Subjetivo:

Hora de descanso: No tiene Horario de sueño: 2am a 6am

Horas de descanso: No refiere Horas de sueño: aproximadamente 4 horas.

Siesta: No Ayudas: No

Insomnio: Si Debido a: No "sabe"...sic.

Descansado al levantarse: No

- Objetivo

Estado mental. Ansiedad/estrés: Paciente con pensamientos recurrentes del secuestro, insomnio, bajo estado de ánimo, tristeza constante, escasa motivación, problemas de memoria, agitación constante, ansiedad, angustia, nerviosismo, preocupación, sensación de amenaza constante, apatía intensa,

desaliento, sensación de vacío, agobio.

Ojeras: Sí Atención: Normal Bostezos: No Concentración: Falta de memoria

Apatía: Sí Cefaleas: Sí

Respuesta a estímulos: Normal

Otros: No

Necesidades de Usar Prendas de Vestir Adecuadas

- Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: En ocasiones sí.

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: Refiere que no

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: No

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: No

- Objetivo

Viste de acuerdo a su edad: Sí

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Si

Vestido

Incompleto: No Sucio: No Inadecuado: Sí

Otros: La cliente no cuenta con recursos económicos necesarios para vestir con ropa adecuada a la temperatura o estación del año, su ropa es sencilla pero limpia, su calzado se ve incomodo, ya que se observa que es muy duro.

Necesidad de Higiene y Protección de la Piel

- Subjetivo:

Frecuencia del baño. Cada tercer día.

Momento preferido para el baño: Por la mañana.

Cuántas veces se lava los dientes al día: 1 vez al día

Aseo de manos antes y después de comer: Sí Después de eliminar: Sí

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

- Objetivo:

Aspecto general: Calzado y ropa sencilla, pero muy limpia.

Olor corporal: Normal Halitosis: Sí, se percibe que es por caries dental.

Estado del cuero cabelludo: Seco, sin brillo, quebradizo.

Lesiones dérmicas/tipo: Piel seca, con descamación e hiperpigmentación

Otros: Callosidades en manos y pies, uñas con descamación, quebradizas, temperatura norma.

Necesidad de Evitar Peligros

- **Subjetivo:**

Que miembros componen la familia de pertenencia: Esposo de 43 años, Hijo de 10 años, Hija de 8 años.

Como reacciona ante situaciones de urgencia: Pierde el control (llora, grita), pero después trata de buscar ayuda o una solución.

Conoce las medidas de prevención de accidentes: Sí

Hogar: Refiere que sí, pero se detecta que no del todo.

Trabajo: Dice tomar las precauciones adecuadas, para evitar accidentes en la vía pública y en su centro de trabajo (planchando).

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: No

Familiares: No

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Las canaliza de manera negativa, les grita mucho a sus hijos, llora y trabaja en exceso para “olvidar todos sus problemas”.

- **Objetivos:**

Deformidades congénitas: No

Condiciones del ambiente en su hogar: De hacinamiento.

Trabajo: De riesgo, propios de trabajar en la vía pública.

Otros: A la exploración se detectan, nódulos en ambos senos de 2 a 3 cm de diámetro por arriba del pezón.

Necesidades Básicas de:

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

Necesidad de Comunicarse

- **Subjetivos:**

Estado civil: Unión libre. Años de relación: 11 años. Vive con: Su esposos y 2 hijos.

Preocupaciones/estrés: La cliente vive con un estado emocional muy alterado a raíz del secuestro de su hijo, esta situación no solo la tiene alterada a ella si, no a todos los integrantes de la familia.

Familia: Viven con una precaria situación económica, aunado a la angustia, temor y miedo con el que viven día a día, ya que temen que los secuestradores cumplan sus amenazas hechas, ya que de 4 secuestradores, solo 2 continúan detenidos. Los padres del menor no han acudido a los llamados de las autoridades para rectificar su denuncia y que el niño identifique a los plagiarios, temen por la integridad del niño y en sí de toda la familia.

Otras personas que pueden ayudar: No cuentan con apoyo de la familia cercana a ellos, ni de ninguna otra persona.

Rol en estructura familiar: El rol de la estructura familiar se ha visto afectado

gravemente a raíz del secuestro del menor, situación que se incrementa día a día, no han recibido terapia de apoyo ni de ninguna otra índole.

Comunica problemas debido a la enfermedad/estado: Sí, de origen emocional y físico (casi todo relacionado a su estado emocional).

Cuanto tiempo pasa sola: Refiere que nunca, ya que siempre procura estar con sus hijos y esposo.

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: Refiere que casi no hay gran contacto con las personas con las que trabaja, planchando ropa o vendiendo pan casa por casa, nos menciona que no tiene amigas con quien platicar o convivir con otras persona.

- **Objetivo:**

Habla claro: Sí Confusa: No

Dificultad/Visión: No Audición: Normal

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas:

La comunicación con la familia se ha visto deteriorada, ya que constantemente la cliente esta irritable, poco tolerante con sus hijos y su esposo, se ha detectado que la familia no ha tratado de superar el suceso traumático del secuestro.

La comunicación con otras personas significativas no existe.

Otros: No.

Necesidad de vivir según sus creencias y valores

- **Subjetivo:**

Creencia religiosa: Católica.

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No

Principales valores en la familia: Respeto, honradez, honestidad.

Principales valores personales: Honradez, respeto.

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

Objetivo:

Hábitos específicos de vestido (grupo social, religioso): Ropa sencilla. Limpia, no acorde con la estación del año o clima, no relaciona su modo de vestir con su religión.

Permite el contacto físico: Sí.

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: No.

Otros: No.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

- **Subjetivo:**

Trabaja actualmente: Sí. Tipo de trabajo: Comerciante y planchando ropa.

Riesgos: Sí, los propios de trabajar en la vía pública vendiendo casa por casa.

Cuánto tiempo le dedica al trabajo: aproximadamente 8 hrs. o más.

Esta satisfecho con su trabajo: Sí Su remuneración le permite cubrir sus

necesidades básicas y/o las de su familia: No
 Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: Sí.

- Objetivo:

Esto emocional/calmada/ansiosa/enfadada/temerosa/irritable/inquieta/eufórico:
 Paciente con pensamientos recurrentes del secuestro, insomnio, bajo estado de ánimo, tristeza constante, escasa motivación, problemas de memoria, agitación constante, ansiedad, angustia, nerviosismo, preocupación, sensación de amenaza constante, apatía intensa, desaliento, sensación de vacío, agobio.
 Otros: No.

Necesidad de Jugar y Participar en actividades Recreativas

- Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Ninguna.
 Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de ésta necesidad: Sí
 Recursos en su comunidad para la recreación: Existe un parque, y un Centro Comunitario que ofrece muchas actividades recreativas a bajo costo.
 Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: No

- Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: Normal.
 Rechazo a las actividades recreativas: Refiere no rechazarlas, más bien que no tiene tiempo para ellas.
 Otros: No.

Necesidad de Aprendizaje

- Subjetivo:

Nivel de educación: Primaria.
 Problemas de aprendizaje: No
 Limitaciones cognitivas: Ninguna.
 Preferencias: Leer/escribir: Leer.
 Conocer las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: Sí.
 Sabe como utilizar esas fuentes de apoyo: No.
 Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: Sí
 Otros: No

- Objetivo

Estado del sistema nervioso: Normal.
 Órganos de los sentidos: Normal.
 Estado emocional: Paciente con pensamientos recurrentes del secuestro, insomnio, bajo estado de ánimo, tristeza constante, escasa motivación, problemas de memoria, agitación constante, ansiedad, angustia, nerviosismo,

preocupación, sensación de amenaza constante, apatía intensa, desaliento, sensación de vacío, agobio.

Memoria reciente: Olvida frecuentemente lo que va hacer en un momento determinado.

Memoria remota: Presente

Otras manifestaciones: No.

ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES BIO-PSICO-SOCIALES, CULTURALES Y ESPIRITUALES (ANEXO 3)

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: Caritina N **EDAD:** 41 años **PESO:** 69 KGRS. **TALLA:** 1.52cm
FECHA DE NACIMIENTO: 5 Octubre de 1964 **SEXO:** Femenino **FUENTE DE INFORMACIÓN:** Primaria

NECESIDAD DE EVITAR PELIGRO

BIOLOGICO	SOCIAL CULTURAL	PSICOLOGICO	ESPIRITUAL
<p>Limites sensoriales: -Vista: Agudeza visual dentro de límites normales. -Oído: Agudeza auditiva normal. -Desequilibrio al deambular: No -Conoce las medidas de prevención de las enfermedades : Conoce de manera relativa y superficial las enfermedades que son prevenibles por vacunación, y las medidas higiénicos dietéticas para evitar enfermedades gastrointestinales y de las vías respiratorias. -Deformidades congénitas: no -Otros: A realizar la exploración de mamas se detectan 2 nódulos, uno en cada mama a 3 cm por arriba del pezón, con mama derecha disminuida de tamaño en relación con mama izquierda.</p>	<p>-Miembros que componen la familia de pertenencia: Esposo- 43 años Hijo- 10 años Hija- 8 años -Conoce las medidas de prevención de los accidentes: La cliente nos refiere conocimiento sobre las medidas de prevención de accidentes en el hogar y la vía publica. -Conoce las medidas de seguridad laboral: Para realizar el comercio, sabe como prevenir accidentes en la vía publica {cuado cruzarse las calles, como evitar ser atacado por perros, etc.}, para realizar las actividades de planchado, sabe que hay que desconectar la plancha cada vez que se ponga agua para el vapor, sabe que no debe mojarse las manos después de planchar, refiere que se cubre una vez que a terminado, y va a salir hacia su domicilio, no toma bebidas frías. -Entorno: viven en hacinamiento, la</p>	<p>-Como reacciona ante situaciones de urgencia: Pierde el control [llora, grita], pero después reacciona y trata de buscar ayuda y se moviliza a buscar una solución. -Limitaciones intelectuales: Perturbaciones del pensamiento, existe una fuerte perturbación en el pensamiento a consecuencia de un secuestro que sufrió su hijo varón hace aproximadamente 2 años, el menor fue secuestrado saliendo de la escuela, la cliente manifiesta la peor angustia vivida al darse cuenta que su hijo no estaba por ningún lado, dio aviso a las autoridades policíacas, dando el apoyo suficiente para rescatar al menor a la salida de la carretera a Puebla, por tal motivo la cliente se cambia de domicilio inmediatamente, para evitar ser ubicada por los secuestradores y cómplices, ya que fueron amenazados por uno de los integrantes de la banda, argumentando que si no retiraban la</p>	<p>-Exposición a los peligros a consecuencia de ciertas ideologías- No -La cliente dice “pedir mucho a Dios, para que cuide a sus hijos y a su esposo”.</p>

	<p>estufa esta dentro del único cuarto que tiene como vivienda, el baño es comunitario y la tarja y/o lavadero se encuentra en el patio.</p> <p>-Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: no</p> <p>-Disciplina para prevenir y/o fomentar su salud: No cuenta con ninguna disciplina que fortalezca su salud ni la de su familia.</p>	<p>denuncia alguno de lo que salieran en libertad se encargarían de ellos. Por tal motivo la paciente viven en constante miedo y angustia ya que teme por su hijo y su familia en general. Esto la ha orillado a extremar sus precauciones en cuando a cuidado y seguridad proporcionada a sus hijos.</p> <p>--Estado mental: se observa en la cliente, cansancio, fatiga, agotamiento, somnolencia, depresión.</p> <p>-Predisposición a los accidentes: Falta de atención- no Ansiedad y miedo- si</p> <p>-Alteración de su autoimagen- si</p> <p>-Ideas suicidas- no</p> <p>-Utilización de técnicas de relajación- no.</p>	
--	---	---	--

NECESIDAD DE COMUNICARSE

BIOLÓGICO	SOCIA-CULTURAL	PSICOLÓGICO	ESPIRITUAL
<p>-Capacidad física para relacionarse con los otros: .Vista: Normal. .Oído: Normal. .Tacto: Normal. .Fonación: Normal. -Integridad de los órganos sexuales: órganos sexuales externos normales. -Capacidad para procrear: La cliente procreo a 2 hijos, actualmente OTB, para evitar la concepción. -Expresión corporal-Normal, sin caer en exageraciones. -Comunicación verbal: Directa, abierta, clara,</p>	<p>-Libertad de expresión de los sentimientos: La cantidad y calidad de la comunicación con su esposo e hijos es deficiente, existe un ambiente de tensión que origina discusiones frecuentes, ya sea por motivos económicos o de disciplina. Expresan sus sentimientos y pensamientos sobre lo ocurrido en el secuestro, pero no encuentran la manera de dar solución a sus temores. -Pertenencia a grupos: No frecuentan amistades, ya que dice no tener amigos y la familia política de ambos dice estar distanciada de ellos. -Actitudes facilitadoras de las relaciones interpersonales fuera del núcleo familiar: No, existe desconfianza de casi todas las personas con las que interactúa, no expresa sentimientos, no conversa sobre ningún tema, solo dice “vender sus productos” (pan) y realizar el planchado de ropa de las familias a las cuales ayuda, pero no tiene buena comunicación con ellas. -Utiliza la comunicación para pedir ayuda, para solucionar su problema: No. -Extroversión o introversión,</p>	<p>-Estado emocional: Paciente con pensamientos recurrentes del secuestro, insomnio, bajo estado de ánimo, tristeza constante, escasa motivación, problemas de memoria, agitación constante, ansiedad, angustia, nerviosismo, preocupación, sensación de amenaza constante, apatía intensa, desaliento, sensación de vacío, agobio. -Capacidad para expresar sentimientos: La cliente refiere tener dificultad para expresar sus sentimientos hacia su esposo e hijos, y más aún con otras personas. Manifiesta cambios de humor constante, se irrita fácilmente y “les grita a sus hijos por todo”, esto le ha causado problemas en su relación de pareja, dificultando la comunicación intrafamiliar cordial y afectiva. -Conflicto importante de relación con su familia y/o entre los miembros del grupo familiar: Nos refiere que hubo un rompimiento con su mamá y hermanas a raíz de que se “junto” con su pareja actual, y por parte de su esposo, no se frecuentan ya que su familia vive fuera del Distrito Federal. -Ante situaciones de la vida</p>	<p>-Sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria: No, hace referencia que la falta de intimidad ha afectado su vida sexual de manera importante, pero que también su estado emocional (apatía) ha contribuido a este problema.</p>

	<p>característica de ciertas culturas: Introversión, no existe influencia cultural para su personalidad introvertida. -Utilización de la sexualidad con fines pecuniarios: No</p>	<p>causantes de estrés o conflicto, afecta su necesidad de comunicación: Sí, se aísla, presenta problemas de concentración, apatía intensa, desaliento. -Mecanismos de defensa: La cliente se encuentra casi siempre a la defensiva, hostil y con cierta agresividad.</p>	
--	--	--	--

**VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS
NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO**

BIOLOGICA	SOCIAL CULTURAL	PSICOLÓGICA	ESPIRITUAL
<p>Subjetivo -Insomnio-sí -Debido a-no sabe -Descansado al levantarse-no</p> <p>Objetivo -Ojeras- Sí -Atención-Sí -Bostezos-No -Concentración -Falta de memoria resiente -Apatía-No -Cefalea-Sí -Respuesta a estímulos-Normales</p>	<p>-Horario de sueño-2am a 6am -Horas de sueño-4 hrs. aprox. -Hora de descanso-No tiene -Horas de descanso-No tiene -Siesta-No</p> <p>Entorno -Polución por ruido-Sí -Confort de la habitación y de la cama-La habitación no es confortable, la cliente refiere que se siente mucho calor, y la cama no es cómoda. -Número de personas que comparten la misma habitación-4 -Intimidad y tranquilidad del lugar de reposo-No existe intimidad, ya que en la misma habitación duermen los padres y los hijos, no hay tranquilidad ya que en ocasiones su esposo o sus hijos ven televisión hasta tarde.</p>	<p>-Estado mental/ansiedad/estrés- Paciente con pensamientos recurrentes del secuestro, insomnio, bajo estado de ánimo, tristeza constante, escasa motivación, problemas de memoria, agitación constante, ansiedad, angustia, nerviosismo, preocupación, sensación de amenaza constante, apatía intensa, desaliento, sensación de vacío, agobio. Ritual que precede al acostarse- Higiene bucal y posteriormente ponerse el camisón. -Dependencia farmacológica-No -Inquietud, miedo-No refiere -Sufrimiento moral- No refiere</p>	<p>-Agradece a Dios por tener trabajo, aún que le resulte muy cansado. -Pide a Dios que le de fuerza física para seguir adelante por sus hijos.</p>

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA (ANEXO 4)

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
De Seguridad para Mantener la Salud y la vida.	<p>- Dependiente, con fuente de dificultad por falta de fuerza y de conocimientos.</p> <p>Actuación de enfermería: De ayuda.</p>	<p>-Respuesta postraumática relacionada con; secuestro, manifestada por; alteraciones emocionales y estilo de vida alterado.</p> <p>-Afrontamiento individual ineficaz, relacionado con; acontecimiento traumático, manifestado por; bajo estado de ánimo, tristeza constante, escasa motivación, problemas de memoria y agitación.</p> <p>-Ansiedad relacionada con la experiencia de un secuestro, manifestado por; aprensión, angustia, nerviosismo, preocupación y sensación de amenaza constante.</p> <p>-Desesperanza relacionado con; estrés postraumático prolongado, manifestado por; apatía intensa, señales verbales de desaliento, sensación de vacío, disminución de las emociones, desánimo, agobio.</p>
De Comunicarse	<p>Dependiente, con fuente de dificultad por falta de fuerza y de conocimientos.</p> <p>Actuación de enfermería: De ayuda.</p>	<p>-Alteración de los procesos de pensamiento, relacionado con acontecimientos traumático, manifestado por; recuerdos del secuestro recurrentes que provocan malestar.</p> <p>-Alteración de los procesos familiares relacionado a; cambios emocionales en todos sus integrantes, secundario a un secuestro, manifestado por; Apatía, abandono, desesperanza.</p>
Descanso y sueño	<p>Dependiente, con fuente de dificultad por falta de fuerza y de conocimiento.</p> <p>Actuación de enfermería: De ayuda</p>	<p>-Alteración de patrón de sueño relacionado con; una intensa ansiedad; manifestado por; sensación de fatiga, lasitud, irritabilidad, inquietud, cefalea.</p> <p>-Alteración del patrón de sueño relacionado con; falta de confort en la habitación manifestado por; calor, ruido y falta de intimidad en la habitación.</p>

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN (ANEXO 5)

NECESIDAD: DE SEGURIDAD PARA MANTENER LA SALUD Y LA VIDA.

Diagnósticos de Enfermería:

- Respuesta postraumática relacionada con; secuestro, manifestada por; alteraciones emocionales y estilo de vida alterado.

OBJETIVOS:

- Que el cliente acepte que tiene un problema.
- Ayudarla en el proceso de iniciación de aceptación de la enfermedad.
- Ayudarla en el proceso de reflexión, proporcionando información sobre su padecimiento.
- Identificar y referir con las personas y los recursos de apoyo profesional.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Explicar sobre que es el Trastorno de estrés postraumático</p> <p>-Determinar si la persona ha experimentado un suceso traumático.</p> <p>.Ser consciente de que al hablar de una experiencia traumática se puede ocasionar a la persona una gran incomodidad.</p> <p>.Si la persona se pone demasiado ansiosa, se debe interrumpir la valoración y ayudarle a recuperar el control de la ansiedad y proporcionar otras intervenciones adecuadas.</p> <p>-Valorar la gravedad de las respuestas y sus efectos sobre el funcionamiento actual.</p> <p>-Ayudar a revivir la experiencia con menos intensidad.</p> <p>.Tranquilizar a la persona asegurándole que estos sentimientos o síntomas son frecuentes en las personas que han padecido sucesos traumáticos parecidos.</p>	<p>-En la crisis, la intervención inmediata debe empezar en cuanto se identifique a las víctimas.</p> <p>-El registro detallado de las respuestas psicológicas ayuda a registrar la evolución con el tratamiento, a planificar el tratamiento o a identificar a las personas de máximo riesgo (Di Vasto, 1985). Los sentimientos pueden ser rápidos y furiosos, o lentos, como de enajenación, mixtos o claros (Charron, 1998)</p> <p>- Los intentos por disminuir los síntomas extremos, pueden ayudar a la persona a recuperar parte del control Charron, 1998).</p> <p>- Las intervenciones que se centran en ayudar a la persona a afrontar la situación, pueden reducir la sensación de impotencia (Charron, 1998).</p> <p>-Ayudando a la persona a recordar y aclarar los sucesos, éstos adquieren perspectiva y se ayuda a evitar la represión (Bender, 1995).</p> <p>-El proceso de superación del trauma, puede</p>	<p>-Se establece una relación con el cliente, en la cual se trata de integrar la experiencia vivida, y reflexionar sobre la serie de alteraciones que esta viviendo, las cuales han afectado de manera importante su estilo de vida y el de su familia.</p> <p>-Acepta establecer una relación cliente- enfermera y está de acuerdo en la ayuda propuesta.</p> <p>- Actualización de datos: 23 de Agosto del 2006</p> <p>La cliente hasta este momento continua con terapia de apoyo psicológico, en el Centro Comunitario de Salud "San Francisco Culhuacán", el cual el costo es bajo (20 pesos por sesión de una hora), en dicha terapia acuden una vez por semana sus dos hijos y ella, el esposo se a negado a recibir ayuda psicológica, pero a respetado la decisión de la cliente y sus hijos de recibir ayuda profesional.</p> <p>Se continúa con la relación enfermera-cliente</p>

<p>.Permanecer con la persona y ofrecerle apoyo durante los episodios de gran ansiedad.</p> <p>.Favorecer la expresión verbal y reconduciendo la energía hacia la actividad física (paseos, carrera lenta, etc.)</p> <p>-Ayudar a la persona a reconocer el suceso traumático y a superar el trauma, hablando de la experiencia y expresando sus sentimientos.</p> <p>.Proporcionar un ambiente seguro, para que la persona describa la experiencia traumática y exprese sus sentimientos.</p> <p>.Explicar que el hablar del suceso traumático se pueden intensificar los síntomas (pesadillas, escenas retrospectivas, emociones dolorosas)</p> <p>.Ayudar a la persona a progresar según su propio ritmo.</p> <p>.Escuchar atentamente y sin prisas.</p> <p>.Ayudar a expresar los sentimientos relacionados con el suceso traumático y a ser consciente del vínculo entre lo experimentado y la ira, la depresión o la ansiedad.</p> <p>-Ayudar a la persona a identificar y recurrir a las personas y recursos de apoyo.</p> <p>.Ayudar a identificar las propias cualidades y recursos.</p> <p>.Ayudar a contactar con las personas y recursos de apoyo según necesidades.</p> <p>. Se procede a investigar Instituciones de salud mental, las cuales sean un apoyo para su pronta recuperación.</p> <p>-Se identifican Centros de Apoyo a Víctimas del Secuestro de la PGR, las cuales proporcionan ayuda jurídica, médica y psicológica.</p> <p>.Ayudar a reanudar las actividades antiguas y a empezar otras nuevas.</p>	<p>interrumpirse cuando no existen apoyos o hay otros factores de estrés adicionales.</p> <p>-Las víctimas necesitan superar el trauma a su propio ritmo.</p> <p>-Las actuaciones confiadas y sin prisas y el contacto ocular ayudan a calmar a la víctima y le confirman que está viva ya a salvo.</p> <p>-Proporcionando una empatía y un apoyo inmediatos y mantenidos, se prepara a la víctima para una psicoterapia más profunda (Tyra, 1993). Los aspectos fundamentales en la fase aguda son la capacidad de control, el miedo a verse solo y el disponer de alguien que escuche.</p> <p>-Hay que organizar la asistencia psicológica posterior y el tratamiento de soporte a largo plazo en la comunidad.</p>	<p>hasta este momento, informando de los avances alcanzados, así como también de solicitar algún tipo de orientación con respecto a su salud.</p>
---	---	---

<p>-Ayudar a la familia y a los allegados. .Ayudarle a comprender lo que le está sucediendo. .Animarle a expresar sus sentimientos. .Contactar con los recursos comunitarios adecuados según sea necesario. -Proporcionar los cuidados de enfermería apropiados, según la experiencia traumática y sus Necesidades.</p>		
--	--	--

Diagnóstico de Enfermería:

Afrontamiento individual ineficaz, relacionado con; acontecimiento traumático, manifestado por; un bajo estado de ánimo, tristeza constante, escasa motivación, problemas de memoria y agitación.

Objetivo:

-Ayudar al cliente a adquirir las habilidades, para que sus comportamientos no interfieran masivamente en su vida.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Tranquilizar al cliente asegurándole que estos sentimientos son frecuentes en las personas que han padecido de sucesos parecidos.</p> <p>-Pasar tiempo con la persona y transmitir sinceridad y empatía.</p> <p>-Ofrecer apoyo. Animar al cliente a expresar sus sentimientos.</p> <p>-Escuchar atentamente al cliente para recopilar hechos y observar expresiones faciales, tono de voz, etc.</p> <p>-Determinar el riesgo de que el cliente se lesione a sí misma y actuar en consecuencia.</p> <p>.Valorar los signos de un suicidio potencial</p> <p>.Cambios de la personalidad.</p> <p>.Involucrar al cliente en actividades, evitar el retraimiento.</p> <p>-Ayudar al cliente a adquirir los métodos adecuados para la resolución de problemas:</p> <p>.Comentar posibles alternativas de solución a sus problemas, pero sin influenciar la decisión que tome.</p> <p>-Respaldar las conductas de afrontamiento funcional, dar opciones; sin embargo, las</p>	<p>-La persona que sufre una enfermedad mental crónica “debe recibir ayuda para cambiar el papel de enfermo por el de ser diferente” (Finkelman, 2000, Pág. 99).</p> <p>-El autocontrol puede ayudar al cliente a aprender a observar los síntomas y reconocer cuándo necesita una ayuda más intensa (Finkelman, 2000).</p> <p>-El afrontamiento ineficaz necesita un control satisfactorio de numerosas tareas: protección del concepto de uno mismo, mantenimiento de relaciones satisfactorias con otras personas, conservación del equilibrio emocional y control del estrés.</p> <p>-Las personas pueden aprender técnicas de resolución de problemas, como por ejemplo:</p> <p><i>.Establecimiento de objetivos:</i> es el proceso consciente de establecer límites de tiempo para las conductas, lo que resulta útil cuando los objetivos son alcanzables y fáciles. En caso de que sean irreales o cortos de miras, puede convertirse en una fuente de tensión.</p> <p><i>.Búsqueda de información:</i> es el proceso de</p>	<p>-Se ha observado que la paciente se siente con mayor agitación cuando llega la hora de salida de la escuela de sus hijos., se le sugiere que acuda a la escuela por ellos y que poco a poco juntos traten de recobrar la confianza de deambular por las calles.</p> <p>-Se sugiere la búsqueda de ayuda profesional y de los grupos de apoyo que existen en las diferentes dependencias para las personas que fueron víctimas del secuestro, a continuación se enlistan algunos de estos Centros de Ayuda:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Casa de atención a víctimas del secuestro, Explanada 1230 Col Lomas de Chapultepec Teléfonos: 52-02-51-16 y 52-02-51-76 Directo 53-46-42-33 <p>Esta casa proporciona ayuda Psicológica, Médica y Jurídica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Centro Comunitarios de Salud Mental (CECOSOM) Servicios de Salud Mental <p>Dirección: Periférico Sur No 2905 Col San</p>

<p>decisiones deben tomarlas el cliente.</p> <p>-Hacer que el cliente aumente su actividad:</p> <p>.Identificar actividades que anteriormente eran gratificantes pero que han sido abandonadas (leer, bordar, tejer, etc.)</p> <p>.Animar al cliente a que asigne un tiempo para estas actividades.</p> <p>-Encontrar recursos que alientes los sentimientos de éxito personal y la autoestima:</p> <p>.Destinar un tiempo para las actividades de relajación (caminata, ejercicio, bordado, etc.)</p> <p>-Aprender a aislar las cosas (no llevar los problemas a cuesta todo el tiempo; disfrutar del tiempo libre.</p> <p>-Facilitar el apoyo emocional de otras personas:</p> <p>.Buscar gente que comparta un reto común: establecer contacto telefónico, iniciar amistades dentro del centro clínico, animarla a participar en los grupos de apoyo.</p> <p>.Mantener el sentido del humor.</p> <p>.Permitir el llanto.</p> <p>-Enseñar herramientas de autocontrol:</p> <p>.Vigilar a los signos precoces de mejoría o empeoramiento.</p> <p>.Trabajar con objetivos pequeños.</p> <p>.Establecer las actividades que ha probado, que le gustaría intentar o que debería hacer más a menudo.</p> <p>-Identificar las causas de agitación y trabajar diferentes alternativas para su resolución.</p> <p>-Iniciar la educación sanitaria y la facilitación de recursos según esté indicado:</p> <p>.Hacer reflexión sobre la importancia de acudir con un profesional (psiquiatra, psicólogo, enfermera psiquiatra) para recibir ayuda individual</p>	<p>aprendizaje de todos los aspectos de un problema, lo que aporta perspectiva y, en determinados casos, refuerza el autocontrol.</p> <p>.<i>Dominio</i>: consiste en el aprendizaje de nuevos procedimientos o habilidades, lo que facilita la autoestima y el autocontrol; por ejemplo, el cuidado de la colostomía, la inyección de insulina o los cuidados de las sondas.</p> <p>.<i>Búsqueda de ayuda</i>: consiste en contactar con otras personas en busca de ayuda. Cuando se comparten los sentimientos con otras personas, como en los grupos de autoayuda y apoyo, se consigue un alivio emocional, seguridad y bienestar.</p> <p>-Cada tiene objetivos implícitos y explícitos. A través de la experiencia se adquieren modelos de comportamiento satisfactorios para alcanzar estos objetivos personales. Posteriormente, la persona utiliza esta conducta de forma habitual para alcanzar sus objetivos.</p> <p>-Los objetivos se establecen para mantener:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El bienestar físico. ➤ La autoestima. ➤ Las relaciones productivas y satisfactorias con los demás. <p>-El comportamiento de las personas siguen las siguientes pautas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las personas actúan para satisfacer necesidades y alcanzar objetivos. ➤ Los patrones de conducta son relativamente estables. ➤ La conducta se altera cuando se ven amenazadas las necesidades y los objetivos. <p>-Las personas que analizan un acontecimiento de</p>	<p>Jerónimo Lídice. Delegación: Magdalena Contreras 1200, México, DF. Teléfonos: 55-95-86-73, 55-95-60-09, Ext. 195</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Centro Comunitario de Salud Mental "Iztapalapa" <p>Dirección: Eje 5 Sur, Esquina Guerra de Reforma, Colonia Leyes de Reforma, Delegación Iztapalapa Código Postal 09310 México, DF. Teléfonos: 56-0045-27, 56-94-16-60</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" <p>Dirección: Av. San Buenaventura y Niño Jesús No 2 Colonia Toriello Guerra, Delegación Tlalpan Código Postal 14000, México, DF. Teléfonos: 55-73-97-74, 55-13-11-84</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan M Navarro" <p>Dirección: Av. San Buenaventura No 86, Colonia Belisario Domínguez, Delegación Tlalpan, Código Postal 14080, México, D. F. Teléfonos: 55-41-47-49, 55-41-12-24</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Clínica de la Facultad de Psicología de la UNAM, Ciudad Universitaria, costo por familia 50 pesos. <p>-Actualización de datos: 23 Agosto del 2006</p> <p>En este momento la cliente se muestra mucho más animosa, contenta y con más confianza en si misma y en los demás, esto se debe en parte en que la paciente se cambio de domicilio, y ahora vive cerca de unos tíos y estos le han brindado todo su apoyo, demostrando afecto y cariño hacia ella y su familia, dando como consecuencia más seguridad en su entorno.</p>
--	--	---

<p>y familiar. .Enseñar técnicas de relajación; recalcar la importancia de reservar 15 – 20 minutos cada día para practicar la relajación: encontrar un postura cómoda en la silla o el suelo, cerrar lo ojos, reducir los ruidos al máximo, concentrarse en respiración lenta y profundamente, sentir la pesadez en todas las extremidades, ir relajando los dedos de los pies hasta el cuero cabelludo.</p>	<p>forma anticipada (p. ej., jubilación, cirugía) tienen más probabilidades de afrontarlo eficazmente que aquellas que evitan pensar en ello.</p> <ul style="list-style-type: none">-La intervención óptima sólo puede producirse cuando han fracasado los intentos defensivos y la persona ha empezado a realizar un auto examen de la situación actual.-La adaptación es el proceso por el que la persona intenta alcanzar un funcionamiento cómodo y eficaz en su ambiente. La adaptación no es estática, sino que se trata de un proceso evolutivo.-Las intervenciones cognitivas tratan de ayudar a la persona a recuperar el control de su vida. Abarcan la identificación de los pensamientos automáticos y su sustitución por pensamientos positivos hacia uno mismo (Finkelman, 2000).	
---	---	--

Diagnóstico de Enfermería:

-Ansiedad relacionada con la experiencia de un secuestro manifestado por; aprensión, angustia, nerviosismo, preocupación y sensación de amenaza constate.

Objetivo:

-Experimentar un nivel de ansiedad manejable.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Tranquilizar al cliente asegurándolo que estos sentimientos o síntomas son frecuentes en las personas que han padecido sucesos traumáticos parecidos.</p> <p>-Permanecer con la cliente y ofrecerle apoyo durante los episodios de gran ansiedad.</p> <p>-No exigirle nada ni pedirle que tome decisiones.</p> <p>-Ser conciente de las propias preocupaciones y evitar la ansiedad recíproca.</p> <p>-Informar que puede encontrar solución a sus problemas, con la ayuda de un profesional (psiquiatra, psicólogo)</p> <p>-Recomendar medidas físicas que le ayuden a relajarse, como baños calientes, masaje en la espalda, música.</p> <p>-Recomendar una caminata diaria.</p> <p>-Cuando la ansiedad haya disminuido lo suficiente, ayudar a la persona a tomar conciencia de su ansiedad:</p> <p>.Continuar con las medidas de apoyo hasta que reconozca la ansiedad.</p> <p>-Valorar las necesidades o expectativas no satisfechas; pedir que recuerde y describa lo que</p>	<p>-Las estrategias de enfermería difieren dependiendo del grado de ansiedad (Tarsitano, 1992).</p> <p>-La participación en la toma de decisiones puede proporcionar al cliente una sensación de control que mejore su capacidad de afrontamiento. La sensación de pérdida de control puede dar lugar a un sentimiento de impotencia, seguido de desesperanza. (Arnol, 1997).</p> <p>-El hecho de proporcionar apoyo emocional y fomentar la participación puede ayudar al cliente a establecer y expresar verbalmente sus temores, permitiendo a la enfermera aportar refuerzos realistas y seguridad.</p> <p>-Un cliente ansioso tiene un campo de percepción estrecho y menor capacidad de aprender. El cliente puede experimentar síntomas causados por un aumento de la tensión muscular y alteración de los patrones del sueño. La ansiedad tiene a autoalimentarse, atrapando al cliente en una espiral de ansiedad creciente, tensión y dolor emocional y físico (Arnold, 1997).</p> <p>-Algunos temores se deben a una información</p>	<p>-El cliente comparte sus sensaciones y temores.</p> <p>-Manifiesta que ahora entiende el porque de sus sensaciones y molestias físicas.</p> <p>-El esposo de la paciente acude a una entrevista y manifiesta el interés de acudir a terapia de apoyo individual y familiar ya que esta conciente de que todos están "afectados".</p> <p>-Manifiestan que tratarán de iniciar una nueva rutina que los distraiga y relaje.</p> <p>-Expresan que recurrirán a los ejercicios de relajación (caminata y baño de agua tibia)</p> <p>-Actualización de datos: 23 de Agosto del 2006 La cliente refiere que casi ha desaparecido en su totalidad la sensación de ansiedad y que continúa con sus caminatas por las tardes en compañía de sus hijos y sobrinos.</p>

<p>experimenta justo antes de sentirse ansioso.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Intentar descubrir qué alternativas de conducta podrían utilizarse si los mecanismos de afrontamiento fuesen inadecuados. -Enseñar lo que interrumpe la ansiedad para utilizarlo cuando no puedan evitarse situaciones estresantes. .Mirar hacia arriba. .Controlar la respiración. .Hacer ejercicio .Cambiar la perspectiva; imaginarse viendo la situación desde afuera. -Reducir o eliminar los mecanismos de afrontamiento problemáticos. .Ayudar a disminuir el grado de ansiedad. .Centrarse en la situación actual. .Aportar refuerzos sobre la realidad actual: identificar los logros positivos. -Numerosas quejas físicas sin base orgánica conocida: .Animar a la expresión de los sentimientos. .Aportar un refuerzo positivo cuando la persona no presenta síntomas. .Infundir interés por el ambiente externo (ejem. Actividades al aire libre, manualidades etc.) -Iniciar la educación sanitaria y la facilitación de recursos según esté indicado: .La ansiedad crónica y mecanismos de afrontamiento inadecuado, deben ser remitidas para tratamiento psiquiátrico continuado. .Proporcionar información comprensible y si términos técnicos acerca de su enfermedad y los tratamientos asociados. Repetir las explicaciones, ya que la ansiedad puede obstaculizar el aprendizaje. 	<p>equivocada y pueden aliviarse proporcionando información exacta. Un cliente con una ansiedad grave o angustia no retiene lo que aprende.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La expresión verbal permite la comunicación y proporciona a la enfermera la oportunidad de corregir los conceptos erróneos. -El hecho de alabar el afrontamiento eficaz del cliente puede reforzar las respuestas de afrontamiento positivas en el futuro. -Las técnicas de relajación fomentan la sensación de control del cliente sobre las respuestas de su cuerpo al estrés (DeMarco-Sinatra, 2000) -Proporcionar apoyo emocional y animar al cliente a que comparta sus sensaciones, le permiten esclarecer sus temores y recibir de la enfermera refuerzos realistas y tranquilidad. -Los factores relacionados de la ansiedad que son modificables, aportan una información incompleta e inexacta. Proporcionando una información correcta y corrigiendo los conceptos erróneos, se podrán eliminar los temores y reducir la ansiedad (Redman y Thomas, 1992). -La investigación ha demostrado que si los miembros de la familia se involucran en los cuidados, la cooperación del cliente y la adaptación positiva a la experiencia aumentan (Leske, 1993). -Ayudar al cliente a comprender su ansiedad y las fuentes de la misma, proporciona una oportunidad de actuar sobre ella (Tarsitano, 1992). -Los tratamientos complementarios como los masajes, la aromaterapia y la hidroterapia, resultan de utilidad para manejar el estrés y la ansiedad (Keegan, 2000). 	
--	---	--

<p>.Enseñar el mantenimiento del bienestar físico (dieta, ejercicio, eliminación).</p> <p>.Instruir en el uso de técnicas de relajación (baño con agua tibia, ejercicios de respiración, ejercicio)</p> <p>.Proporcionar número de teléfono para intervenciones de urgencia:</p> <ul style="list-style-type: none">.urgencias psiquiátricas..Grupos de apoyo.		
--	--	--

Diagnóstico de Enfermería:

-Desesperanza relacionado con estrés postraumático prolongado, manifestado por; apatía intensa, señales verbales de desaliento, sensación de vacío, disminución de las emociones, desánimo, agobio.

OBJETIVOS:

- Enseñar a desarrollar sentimientos positivos.
- Ayudar al cliente a recobrar las expectativas de futuro positivas.
- Ayudar a establecer, mejorar y mantener relaciones positivas con los demás.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Ayudar a identificar y expresar los sentimientos: .Escuchar atentamente y tratar a la persona como tal. .Transmitir empatía para favorecer la expresión de las dudas, temores y preocupaciones. .Fomentar la expresión de la incertidumbre en su vida y las áreas en las que la esperanza le ha fallado. .Ayudar a reconocer que la desesperación forma parte de la vida de todas las personas y que hay que aceptarla. Puede utilizarse como una fuente de energía, imaginación y libertad que ayuda a las personas a pensar en las alternativas. .Ayudar a identificar las razones personales para vivir que proporcionan un significado y un objetivo a su vida. -Valorar y movilizar los recursos internos de la persona (autonomía, independencia, racionalidad etc.) .Recalcar las capacidades del cliente, no sus debilidades.</p>	<p>-La esperanza guarda relación con la ayuda de los demás, porque la persona siente que los recursos externos pueden servirle de apoyo cuando sus recursos internos y capacidades parecen insuficientes para afrontar una situación (es decir, una familia o un allegado suelen ser una fuente de esperanza) (Mollet y Thomas, 1995). -Se ha observado que la esperanza está directamente conectada con la calidad de las relaciones de la persona con los demás (Gottschalk, 1974; Herth, 1990). -Se ha afirmado que la esperanza puede influir en la salud física, psicológica y espiritual de una persona (Cousins, 1989; Millar, 1985; Watson, 1979). -Para la esperanza y el afrontamiento es esencial mantener las responsabilidades del rol (Herth, 1989). Además, el concepto de esperanza resulta fundamental para facilitar el afrontamiento y las adaptaciones de la familia del paciente que sufre una enfermedad grave (Coulter, 1989).</p>	<p>-La cliente expresa dificultad, para creer nuevamente en una vida tranquila, ya que ahora no solo son problemas económicos, si no de miedo y desconfianza. -Manifiesta que solo cuenta con el apoyo de una hermana, de su esposo e hijos, pero que para ella es suficiente. -Plantea la posibilidad de acudir a la casa de ayuda para víctimas de secuestro de la PGR. -Actualización de datos: 23 de Agosto del 2003 La cliente cree nuevamente en un mañana mejor, y sabe que “hasta lo más malo” pasa y se recobra la esperanza de vivir mejor y en armonía. En la actualidad su vida ha cambiado en todos los aspectos, ya que su esposo tiene un nuevo trabajo donde percibe un mejor salario y la cliente ya no tiene la necesidad de trabajar, viven en una casa con más comodidades y el aspecto económico ya no es un problema para ella.</p>

<p>.Fomentar la motivación. .Ayudar al cliente a identificar las cosas que le gusta hacer y las cosas que percibe como divertidas. -Esto puede servir para distraer el malestar y permitir al cliente avanzar hacia un bienestar cognitivo. .Ayudar a identificar fuentes de esperanza (relaciones, fe, cosas que conseguir) .Enseñar a controlar los signos específicos de progreso para utilizarlos como refuerzo. .Fomentar la felicidad del espíritu y compartir recuerdos estimulantes. -Ayudar a aprender métodos eficaces de afrontamiento: .Ayudar a ajustar y establecer objetivos realistas a corto y a largo plazo. .Enseñar la importancia de la reciprocidad cuando se comparten preocupaciones. .Explicar los beneficios de la distracción frente a los sucesos negativos. .Enseñar la importancia de hacer frente a los problemas. .Enseñar y ayudar con las técnicas de relajación antes de un suceso estresante previsto. .Enseñar a disfrutar por anticipado de las experiencias con las que se deleita a diario (caminar, leer, tejer, bordar etc.) -Valorar y movilizar los recursos externos de la persona (allegados, equipo sanitario, grupos de apoyo, Dios y fuerzas superiores) .Involucrar a la familia o a los allegados en el plan de cuidados -Equipo sanitario: .Establecer una relación positiva y de confianza</p>	<p>-El ejercicio físico moderado y el descanso adecuado pueden favorecer la esperanza, ya que la esperanza capta y suministra energía (Owen, 1989). -Se ha observado que la jovialidad, el humor y los recuerdos estimulantes fomentan la esperanza en las personas que sufren enfermedades terminales (Herth, 1990). -La esperanza mantenida por los miembros de la familia tiene un efecto contagioso sobre los clientes (Millar, 1991). -El aislamiento, las pérdidas concurrentes y un escaso control de los síntomas dificultan la esperanza (Herth, 1993). -Una persona que experimenta desesperanza no puede imaginar nada que pueda hacer o que merezca la pena hacer, ni puede pensar más allá de lo que está sucediendo en la actualidad. -Si se identifica la desesperanza y se trata con medidas imaginativas, el resultado puede ser la evolución, el enriquecimiento y el ingenio. La rigidez nunca vence a la desesperanza. -Una persona puede afrontar una parte de su vida que considera desesperanza si es capaz de pensar que existen otros elementos en su vida que son esperanzadores. Por ejemplo, una persona puede entender que nunca volverá a andar, pero que podrá volver a su casa y estar en compañía de sus nietos y desplazarse de un sitio a otro. Por lo tanto, la desesperanza puede conducir al descubrimiento de alternativas que dan sentido a la vida. Es esencial mantener la desesperación fuera del camino de la esperanza. -La motivación es fundamental en el proceso de recuperación de la esperanza. El cliente debe</p>	
---	--	--

<p>entre la enfermera y el cliente:</p> <p>.Respondiendo a las preguntas, responder a los sentimientos del cliente, proporcionando unos cuidados sólidos.</p> <p>-Grupos de apoyo:</p> <p>.Animar al cliente a compartir las preocupaciones con otras personas que hayan tenido un problema parecido al suyo y cuya experiencia haya sido positiva al haberlos afrontado de forma eficaz.</p> <p>.Proporcionar información sobre los grupos de autoayuda. En especial el de la Casa de Atención a víctimas de secuestro o al Centro de Atención a Víctimas del Secuestro de la PGR donde se proporciona atención psicológica, médica y jurídica o al Centro Comunitario de Salud Mental "Iztapalapa", al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", y a la Clínica de Salud Mental de la Facultad de Psicología de la UNAM.</p> <p>.Valorar el sistema de apoyo espiritual.</p>	<p>establecer un objetivo, aun cuando tenga pocas expectativas de alcanzarlo.</p> <p>La enfermera es el catalizador que anima al cliente a dar el primer paso para identificar un objetivo. Una vez conseguido el objetivo, hay que idear otro.</p> <p>-Para que el paciente consiga optimismo, el equipo sanitario debe ser optimista; de lo contrario, el cliente verá los esfuerzos del equipo como una pérdida de tiempo.</p>	
---	---	--

NECESIDAD: DE COMUNICARSE

Diagnóstico de Enfermería:

-Alteración de los procesos de pensamiento, relacionado con acontecimiento traumático; manifestado por recuerdos del secuestro recurrentes que provocan malestar.

Objetivo:

-Ayudar al cliente en el proceso de recuperación de la seguridad y confianza.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Identificar centros de apoyo psicológico a víctimas de secuestro y derivar a la paciente para iniciar tratamiento.</p> <p>-Favorecer que pueda expresarse acogido, apoyado, entendido.</p> <p>-Potenciar el que hable de otras cosas para romper el círculo cerrado de pensamientos.</p> <p>-Escuchar las manifestaciones, intentar situarlo en la realidad, conseguir que acepte el tratamiento farmacológico y psicológico propuesto.</p> <p>-Apoyar a la familia o personas con las que convive.</p> <p>-Promover una comunicación que favorezca el sentimiento de integridad de la persona:</p> <p>.Acercarse de forma tranquila y educada.</p> <p>.Perseverar, ser coherente, ser optimista, ser abierto y participativo con la persona.</p> <p>.Disponer de momentos fijos en cada reunión.</p> <p>.Ayudar al cliente a manifestar verbalmente lo que expresa de forma no verbal.</p> <p>.Comprender la importancia de la postura corporal, la expresión facial y el tono de voz.</p> <p>-Sugerir alguna actividad recreativa como</p>	<p>-Los cuidadores eficaces confían en sí mismos y son sinceros, flexibles, optimistas y tolerantes con la seguridad, los errores, y la conducta irracional (Johnson, 1999).</p> <p>-Dejando Sola a una persona que está sufriendo alucinaciones, se agravan su miedo y sus preocupaciones (Johnson, 1999).</p> <p>-Con sus reacciones verbales y no verbales apropiadas, la enfermera proporciona un modelo de rol saludable (Johnson, 1999).</p> <p>-Los métodos de control fisiológico, alteran el estado fisiológico para disminuir la actividad autónoma (Johnson, 1999).</p> <p>-Los métodos de control cognitivo, involucran a los procesos mentales que distraen de los síntomas.</p> <p>-Los métodos de control de conducta, son respuestas que pueden distraer de los síntomas.</p> <p>-Se puede ayudar a la persona a recuperar el contacto con la realidad iniciando con amabilidad conversaciones, actividades orientadas hacia el aquí y ahora (Johnson, 1999).</p> <p>-Las intervenciones que necesitan que la persona participe con una tarea mental activa (p. ej., dando</p>	<p>-Se a propuesto a la cliente diferentes centros de ayuda psicológica a bajo costo y cercanos a su domicilio.</p> <p>-La cliente refiere que es difícil pensar en otra cosa, pero que lo va a intentar.</p> <p>-Expresa el deseo de ayuda para ella y su familia, pero refiere que debido a su mala situación económica, le es más difícil acudir algún centro de ayuda.</p> <p>-La cliente acepta que nos reunamos una vez por semana por la tarde.</p> <p>-La cliente refiere que desea bajar de peso y que lo intentara para sentirse y verse mejor.</p> <p>-Nos hace referencia que le gustaría poder dormir bien y sin sobresaltos.</p> <p>-Actualización de datos: 23 de Agosto del 2006</p> <p>Después de la terapia recibida en la Facultad de Psicología de la UNAM las alteraciones de los procesos de pensamiento han disminuido en gran parte, pero no están resueltos del todo por tal motivo decide la cliente continuar con terapia en el Centro Comunitario de Salud "San Francisco</p>

<p> caminar, leer, dibujar o su pasatiempo favorito. -Fomentar un nivel de funcionamiento más maduro: .Comentar métodos de afrontamiento alternativo ejem. Dar un paseo en lugar de llorar. .Hacer ver que la regresión no es una conducta aceptable. -Promover el bienestar físico y prevenir la lesión. .Controlar la alimentación. .Observar los hábitos alimenticios (cantidad, selección, frecuencia, etc.) .Anotar las variaciones de peso. .Explicar la nutrición adecuada según el nivel de actividad. -Valorar la capacidad para las actividades del cuidado personal: .Identificar las áreas del cuidado físico en las que la persona necesita ayuda (sueño y descanso, alimentación, baño, eliminación, ejercicio) -Iniciar la educación sanitaria y facilitar recursos según esté indicado: .Proporcionar la educación sanitaria que prepara a la persona para controlar los factores de estrés (métodos de relajación, técnicas de resolución de problemas, como expresar los sentimientos de forma constructiva) .Facilitar y alentar la ayuda de otros profesionales </p>	<p> una respuesta verbal) son eficaces (Farell y Cols., 1998). - La sinceridad proporciona comprensión y disuade a la persona de menospreciar sus sentimientos. -Fomentando el cuidado personal, se promueve la independencia y se aumenta la autoestima. -Las relaciones terapéuticas pueden provocar hostilidad debido a la intensidad de la proximidad y al miedo al rechazo (Johnson, 1999). -Se puede ayudar a las familias a mejorar su funcionamiento interpersonal y a tratar eficazmente la conducta y los sentimientos (Varcarolis, 1998). -El estrés ambiental aumenta la ansiedad y distorsiona la realidad (Varcarolis, 1998). </p>	<p> Culhuacán”, ya que dicho centro esta más cercano a su domicilio y la cuota es más accesible a sus posibilidades económicas. </p>
---	---	--

Diagnóstico de Enfermería:

-Alteración de los procesos familiares relacionado a; cambios emocionales en todos sus integrantes, secundario a un secuestro, manifestado por; apatía, abandono, desesperanza.

Objetivos:

- Apoyar a los miembros de la familia a mantener un sistema funcional de mutuo apoyo entre sí.
- Ayudar a identificar los recursos externos apropiados disponibles.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Valorar los factores etiológicos y relacionados: .Factores relacionados con la familia como conjunto: presencia de culpabilidad, incapacidad para solucionar problemas, cambios en las expectativas de rol y tensión resultante. -Proporcionar información constante: .Tratar a la familia con calor, respeto y apoyo. .Evitar los consejos vagos y confusos y los clichés, como “tranquilo todo va a salir bien”. .Confirmar las emociones de la familia (“Esto es muy doloroso para usted”; “Esta muy asustado”). .Evitar las discusiones sobre el origen del problema y los reproches. -Promover la cohesión: .Facilitar la comunicación. .Animar a expresar los sentimientos de culpabilidad, la ira, los reproches y la hostilidad y a que cada uno reconozca sus propios sentimientos. .Informar sobre la importancia de solicitar ayuda de un profesional (psicólogo y/ psiquiatra) -Ayudar a la familia a valorar la situación: ¿Qué está en juego? Ayudar a la familia a</p>	<p>-El objetivo del tratamiento de la crisis es ayudar a la familia a recuperar el funcionamiento previo a la crisis. Si éste era destructivo (p. ej., alcoholismo), el objetivo sería desarrollar un grado de funcionamiento más óptimo. -Las fuentes habituales de estrés en la familia son (Smitth-DiJulio, 1998):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fuentes de estrés experimentado por uno de los miembros (p.ej., relacionado con el trabajo o la escuela). ➤ Fuentes externas de estrés que influyen en la unidad familiar (p. ej., económico, traslado). ➤ Factores de estrés del desarrollo (p. ej., embarazo, nuevo bebé, crianza, adolescencia, miembro o miembros nuevos [llegada de un abuelo, matrimonio de padres solteros] o pérdida del cónyuge). 	<p>-Continua habiendo resistencia por parte de la familia a recibir ayuda profesional, argumentando falta de tiempo, dinero y desconfianza. -Se continuará tratando de facilitar la implicación de la familia a los Centros Comunitarios de Salud Mental.</p> <p>-Actualización de datos: 23 de Agosto del 2006 En la actualidad la relación intrafamiliar a mejorado mucho, se encuentran más optimistas, contentos y disfrutan de estar juntos, la comunicación ha mejorado, conversan de lo que viven día a día y de los deseos para un mañana mejor, se valoran como familia y saben que se tienen el uno para el otro.</p>

<p>adquirir una perspectiva realista. ¿Qué alternativas hay? Ayudar a la familia a reorganizar los roles domésticos y a fijar prioridades para mantener la integridad familiar y reducir el estrés. -Iniciar la educación sanitaria y facilitar recursos, cuando sea necesario: .Motivar a la familia a que acudan a la Casa de Atención a Víctimas de Secuestro para recibir ayuda profesional.</p>		
--	--	--

NECESIDAD: DESCANSO Y SUEÑO.

Diagnósticos de Enfermería:

- Alteración de patrón de sueño relacionado con; una intensa ansiedad; manifestado por; sensación de fatiga, lasitud, irritabilidad, inquietud y cefalea.
- Alteración del patrón de sueño relacionado con; falta de confort en la habitación manifestado por; calor, ruido y falta de intimidad.

Objetivos:

- Identificar los factores que producen la alteración.
- Mejorar la cantidad y calidad de sueño.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Identificar los factores etiológicos y relacionados: .Estrés o ansiedad. -Reducir o eliminar las distracciones ambientales y las interrupciones del sueño: .Ruidos: .Correr las cortinas. .Utilizar “ruidos blancos” (música, grabación de lluvia, olas etc.) .Eliminar la iluminación permanente. -Interrupciones: .Si las ganas de orinar interrumpen el sueño nocturno, restringir los líquidos durante la noche y orinar antes de acostarse. -Aumentar las actividades diurnas, según esté indicado: .Establecer con la persona un programa para las actividades diurnas (caminar, hacer ejercicio, etc.) -Favorecer el sueño. .Averiguar con el cliente, la rutina habitual para acostarse: hora, prácticas de higiene, rituales (Leer, escuchar música, etc.) y cumplirla en lo</p>	<p>-El ciclo del sueño comprende la fase REM, la fase NREM y el despertar. Una persona atraviesa normalmente cuatro o cinco ciclos de sueño completos cada noche. Despertarse durante un ciclo, puede sentir a la mañana siguiente que se ha descansado mal. -Aunque muchos piensan que una persona necesita 8 horas de sueño cada noche, no existen pruebas científicas que confirmen esta idea. Las necesidades individuales de sueño varían notablemente. Por lo general, una persona que puede relajarse y descansar fácilmente, necesita menos sueño para sentirse renovada. -El sueño es difícil sin relajación. -Para sentirse descansada, una persona suele tener que completar todo un ciclo de sueño (70-100 minutos) cuatro o cinco veces por noche. -Un ritual familiar para irse a la cama favorece la relajación y el sueño (Cohen y Merritt. 1992). -La leche caliente contiene L-triptófano, que es un Inductor del sueño (Hammer, 1991).</p>	<p>-Escucha atentamente las sencillas recomendaciones y considera que todo puede adaptarse a su vivienda y no representa un gasto adicional a su presupuesto. -Actualización de datos: 23 de Agosto del 2006 Por su nueva condición económica viven en una casa más amplia, donde los padres cuentan con una habitación para ellos y una para cada hijo, esto proporciona confort, intimidad y por lo tanto un descanso más adecuado, además gracias a las terapias recibidas todos los integrantes están más relajados y por consiguiente el sueño fisiológico esta presente nuevamente.</p>

<p>posible.</p> <ul style="list-style-type: none"> .Fomentar o proporcionar cuidados al atardecer. .Baño con agua tibia. .Sábanas y ropas limpias (cama recién hecha, mantas suficientes) .Utilizar ayuda para dormir: <ul style="list-style-type: none"> .Baño caliente. .Refrigerio que desee al acostarse. .Material de lectura. .Masajes en la espalda. .Leche tibia. .Música suave o cintas de relajación. .Ejercicios de relajación o de respiración. .Utilizar almohadas de apoyo. -Proporcionar la educación sanitaria y facilitar recursos, según esté indicado. .Enseñar una rutina para dormir, mantener un horario constante para despertar, dormir y descansar. .Si se despierta y no puede volver a dormir salir de la cama y leer. .Evitar los alimentos y las bebidas con cafeína. .Enseñar la importancia que tiene el ejercicio frecuente (caminar, correr, bailar etc.), para reducir el estrés y favorecer el sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> -La cafeína y la nicotina son estimulantes del SNC que alargan la latencia del sueño y aumentan los despertares por la noche (Millar, 1999). -El ruido ambiental que es imposible de eliminar o reducir, puede enmascarse con "ruidos blancos" (p.ej., ventiladores, música suave, sonidos gravados (lluvia, olas) (Millar, 1999). -Los patrones de sueño irregulares, pueden alterar los ritmos cardiacos normales, conduciendo posiblemente a problemas de sueño. 	
--	---	--

CONCLUSIONES

La elaboración del presente Proceso Atención de Enfermería, dejó un impacto muy significativo en mi persona ya que me dio la oportunidad de conocer un problema social como es el secuestro, que afecta el aspecto económico, la estabilidad emocional y hasta la propia tranquilidad familiar y de toda una sociedad.

Las alteraciones que sufren la víctima y familia posterior a un secuestro son graves, progresivas e incluso pueden dejar daños incapacitantes, el daño no solo es físico sino tal vez el más grave el daño psicológico, el cual no es fácil limitar, si no, se necesita de una ayuda interdisciplinaria médica, jurídica y psicológica.

Como enfermera me siento satisfecha ya que una vez más pude constatar que la profesión tiene las bases teóricas y metodológicas para participar activamente ante una problemática que requiere de la participación de otros profesionales de la salud y de otras áreas, en este caso de psicólogos, psiquiatras, trabajadoras sociales y abogadas.

La figura de la enfermera ante los clientes sigue siendo de respeto y sobre todo de confianza, ya que mi cliente manifestó por primera vez el suceso vivido, después de establecer la relación terapéutica, la relación enfermera – cliente, ya que esta ofrece un alto grado de validación a los clientes con problemas emocionales, ya que facilita la manifestación de temores, síntomas y problemas interpersonales.

Para la realización del Proceso Atención de Enfermería tuve la oportunidad de trabajar con el Modelo de Atención de Virginia Henderson instrumento que permite la identificación de las 14 necesidades básicas desde el punto de vista biológico, psicológico, sociocultural y espiritual del cliente y con ello identificar la independencia o grado de dependencia y por ende realizar el diagnóstico enfermero, los objetivos y la planeación de las intervenciones de enfermería, dando como resultado una atención integral de acuerdo a las necesidades afectadas.

Finalmente puedo concluir que mi participación ante mi cliente fue muy satisfactoria ya que conté con el apoyo de su esposo, así como también de las diferentes dependencias que proporcionan ayuda a personas víctimas del secuestro, ya que brindaron la información requerida y ofrecieron la ayuda necesaria para la cliente y su familia, esperando solamente que acudan de manera regular a las terapias necesarias para que puedan reinsertarse en el ámbito familiar, social y laboral.

BIBLIOGRAFÍA:

Alarcón A. El Consejo Universitario, sesiones 1924-1977; 2ª Ed. México: UNAM; p.520

Alatorre E, González E. Desarrollo histórico de la enfermería en México. Tesis profesional. México: ENEO-UNAM; 1984.

Alatorre E. El Proceso Histórico de la Educación de Enfermería en México. En: XIII Reunión de Licenciados en Enfermería, Arte Antiguo a los Desafíos de la Ciencia Moderna. Memoria. México, ENEO-UNAM; 1992.

Bertha A. Rodríguez S, Proceso Enfermero, México, Ed. Cuellar, 2ª ed., Pág. 75-88

Carmen Fernández Ferrín, Gloria Novel Martí, El proceso de Atención de Enfermería Estudio de Casos, Barcelona, Masson. S.A., 1999, Pág. 21-23, 26-31

Cohen, I.B. "Florence Nightingale", Scientific American, 250 (March 1984), 128-137

Colliere, Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería en, Promover la Vida, Colliere (1993) 1ª ed., España, Interamericana McGraw-Hill, Pág., 233-235

Cook, J. SyFontaine K.I. Enfermería Psiquiátrica, Madrid, Interamericana McGraw-Hill, 1993, 2ª ed., Pág. 12-13, 17, 51-52, 104-106, 114-118, 454-462.

Dean J. Stein, Eric Hollander, Tratado de los Trastornos de Ansiedad, Barcelona, Ed. Ars Médica, 2004, Pág., 433-491.

Dorotea E. Orem, Teoría General de la Enfermería de Orem en, Teorías y Modelos de Enfermería, Ruby L. Wesley, RN, PhD, CRRN, (1997), 2ª ed., México, McGraw-Hill Interamericana, Pág., 81-82

Gayton & Hall (2005) Tratado de Fisiología Médica, Descanso y Sueño, 10 ma. Edición, Ed. Interamericana México Págs. 737- 740

Grier, M.R. "Florence Nightingale and Statistics," Res. Nurse Health, 1 (1978), 91-109.

Juan Martín Sandoval De Escurdia, María Paz Richard Muñoz, La Salud Mental En México, Servicio de Investigación y Análisis La Salud Mental en México División de Política Social, Dirección General de Bibliotecas SIID, México, Plan de Acción 2000-2006.

Kopf, E.W. "Florence Nightingale as a Statistician," J. Amer. Statist. Assoc., 15 (1916), 388-404

Larousse, Dictionary of Women, New York, 1996

Lipsey, Sally. "Mathematical Education in the Life of Florence Nightingale," Newsletter of the Association for Women in Mathematics, Vol 23, Number 4 (July-August 1993), 11-12.

Lydia E. Hall, El Modelo de Introspección, Cuidados, Curación en, Modelos y Teorías en Enfermería Ann Marriner Tomey (1999) 4ª ED., España, Mosby-Year Book. Inc., Pág., 137

Lydia E. Hall, Modelo del Núcleo, el Cuidado y la Curación de Hall en, Teorías y modelos de Enfermería, Ruby Wesley, RN, PhD, CRRN, (1997) 2ª ed., México, McGraw-Hill Interamericana, Pág., 44-47

Lynda Juall Carpenito, Diagnósticos de Enfermería, España, McGraw-Hill Interamericana, 2002, 9ª ed., Pág. 116-124, 137-144, 285-282, 564-567, 576-583, 590-598, 657-661

Madeleine Leininger, Cuidados Culturales: Teorías de la Diversidad y la Universidad en Enfermería Ann Marriner Tomey (1999) 4ª ed., España, Mosby-Year Book. Inc., Pág., 445-447

María Aurora García Piña, Verónica Flores Fernández (Unidad I y II), Sofía Rodríguez Jiménez, Leticia Sandoval Alonso (Unidad III), Método Científico y Proceso de Enfermería, México, SUA de la ENEO, 2003, Pág. 63-85, 159-173.

María de Jesús García González, El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, México, Ed. Progreso, S.A., 1997, Pág., 128-132, 149-153, 212-219.

María Teresa Luis Rodrigo, NANDA, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004, España, Gráficas Marte, S.A. 2003, Pág., 13-16, 72, 46-47, 198-199

Miguel Roca Bennasar Coordinador, Trastornos Neuróticos, Sociedad Española de Psiquiatría Biología, Barcelona, Ed. Ars Médica, 2002, Pág., 539-564.

Nightingale, Florence. Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency and Hospital Administration of the British Army, 1858.

Nuttall, P. "The Passionate Statistician," Nursing Times, 28 (1983), 25- 27.

René A. Jiménez Órnelas, Olga Islas de González Mariscal, El Secuestro Problemas Sociales y Jurídicos, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, serie de Estudios Jurídicos Número 26, UNAM, 2002, Pág., 11-46.

Rosalinda Alfaro-LeFevre, Aplicación del Proceso Enfermero, Barcelona, Masson S.A., 2002, 4ª ed., Pág. 199-200, 209, 225-226, 233.

Sandra Stinnett. "Women in Statistics: Sesquicentennial Activities," The American Statistician, May 1990, Vol 44, No. 2, 74-80.

Teorías del Cuidado Humano de Watson en, Teorías y modelos de Enfermería, Ruby Wesley, RN, PhD, CRRN, (1997) 2ª ed., México, McGraw-Hill Interamericana, Pág., 129-130

Wadsworth Jr., Harrison, Kenneth Stephens and A. Blanton Godfrey, Modern Methods for Quality Control and Improvement, Wiley & Sons, 1986. Discute la historia de los métodos gráficos de control de calidad y las contribuciones de F. Nightingale.

Accidentes Net, <http://www.accidentadosnet.com.org>, Trastorno por Estrés Postraumático Causas Comunes de TEPT. Diciembre 2005

http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/afecto-necesidad_primaria.htm, E. Barrull, P González y P. Marteles, 2000, El afecto es una necesidad primaria del ser humano. Febrero 2006

www.cientec.or.cr/equidad/nightingale.html

Abascal Ramos (2001) En Enfermería en el Tercer Milenio: Fin de la ética del Sacrificio, Colombia www.encolombia.com Diciembre 2005

www.insp.mx/salud/47/471/, Prevalencia de Sucesos violentos en Población Mexicana. Abril 2006

<http://www.mentalhealth.com>, Internet Metal Health, Portal de recursos de psiquiatría y psicología. Marzo 2006

www.nami.org/content/contentgroups/helpline/trastorno_de_estr%E95-postraum%Etico, The Nation's voice on mental illness, Trastorno de Estrés postraumático. Diciembre 2005

Instituto Superior de Investigación para la Calidad Sanitaria
[http:// www.nipe.enfermundi.com](http://www.nipe.enfermundi.com) Diciembre 2005

http://www.psicología-online.com/ciopa_2001/actividades/16/ Trastorno pos Estrés Postraumático, Conceptualización, Evaluación y Tratamiento, David Puchol Esparza Lic. En Psicología, España 2001 Diciembre 2005

WWW.salud.gob.mx/conadic/atn_psico-cap2.htm, Programa de Acción Salud Mental: Programa Específico de Atención Psicológica en caso de Desastre. Marzo 2006

Audain, Cynthia, <http://www.scottlan.edu/lriddle/women/> Noviembre 2005

http://www.terra.com.mx/especiales_noticias/articulo/136761/ El Secuestro en México. Octubre 2005

<http://www.ucm.es/info/seas/tep/>, López Ortega, E. Bárbara Tovar, Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés, Trastorno de Estrés postraumático, Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid, 2004. Marzo 2006

www.uclm.es/profesorado/torre/avis_psiq.htm, Diagnósticos de Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental, El website de: Prof. José Antonio de la Torre EU. Enfermería y Fisioterapia De Toledo 2004-2005. Diciembre 2005

www.janstarmas@yahoo.es Jan Santa María, Dormir no es un placer, sino una necesidad- Monografías. Com. 2005 15 agosto del 2006
