



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

ESTUDIO DE CASO A UNA MUJER ADULTA CON
SUFRIMIENTO EMOCIONAL Y DUELO POR LA
PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD REPRODUCTIVA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

MIRIAM LÁRRAGA BERMÚDEZ

No. DE CUENTA: 404117735



ASESORA: MTRA. SOFÍA RODRÍGUEZ JIMÉNEZ

MÉXICO, D. F. 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por darme esta oportunidad de superación y de ser parte de ellos.

A mi asesora Maestra Sofía Rodríguez Jiménez por su orientación, aportaciones y sabios consejos al revisar y corregir este trabajo.

A mis amigos y compañeros del servicio de Quirófanos, Cirugía Ambulatoria y de la Unidad Tocoquirúrgica y servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos, por sus sugerencias y aportaciones al presente trabajo.

A mi familia, especialmente a mi madre y a mi hija, por su apoyo y amor incondicional y sencillamente por existir.

*“Todas las teorías y toda la ciencia del mundo no pueden ayudar
a nadie tanto como un ser humano que no teme abrir su corazón
a otro”*

Elizabeth Kübler-Ross

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.	1
I. OBJETIVOS.	
1.1 Objetivos Generales.	3
1.2 Objetivos Específicos.	3
II. MARCO TEÓRICO.	
2.1 Conceptualización de Enfermería.	4
2.2 Cuidado a la Salud Integral de la Mujer.	22
2.2.1 Salud reproductiva.	24
2.2.2 Salud mental.	28
2.3 Teorías del Duelo y Depresión.	30
2.3.1 Histerectomía y duelo.	32
2.4 Aspectos éticos.	34
2.4.1 Relación enfermera-paciente.	38
2.5 Proceso Atención de Enfermería.	41
2.5.1 Análisis y valoración de datos.	48
2.5.2 Diagnósticos enfermeros.	50
2.5.3 Tecnologías propias.	51
III. METODOLOGÍA.	53
3.1 Herramientas de Trabajo.	54
3.2 Fases de Intervención.	
3.2.1 Trans-operatorio.	55
3.2.2 Post-operatorio inmediato.	56
3.2.3 Post-operatorio mediato.	56
3.2.4 Post-operatorio tardío.	58

IV. APLICACIÓN DEL PROCESO.	
4.1 Descripción del Caso.	58
4.2 Valoración Global de Acuerdo a la Teoría de Virginia Henderson.	60
4.3 Valoración Focal. Sufrimiento Emocional.	69
4.4 Jerarquización de Diagnósticos de Enfermería.	72
4.5 Plan de Intervenciones.	78
4.6 Evaluación.	86
V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.	86
BIBLIOGRAFÍA.	97
ANEXOS:	
i. La recogida sistemática y continua de datos.	99
ii. Trastorno disfórico menstrual.	100
iii. El duelo.	103
iv. Enfoques del cuidado holístico.	110
CONSIDERACIONES FINALES	118

INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la Enfermería, ésta ha sido catalogada como una ciencia y un arte. Ciencia, porque tiene su propio conjunto de conocimientos basados en teorías científicas, enfocadas hacia la salud y bienestar del individuo; se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de ésta y no sólo del proceso médico diagnosticado, por ende, se centra en las respuestas globales de la persona que interactúa con el entorno. En estas respuestas pueden influir las experiencias antiguas, el medio ambiente físico, la situación social y la dinámica familiar. La enfermería es un arte que consiste en el cuidado del individuo en los momentos de enfermedad y en la ayuda para que consiga la máxima salud potencial durante su ciclo vital y se esfuerza por adaptarse a las necesidades de las personas en diversos marcos como el hogar, el trabajo, los centros de asistencia ambulatoria y los hospitales, a través de la interacción personal con los individuos, las familias y las sociedades.

En tiempos recientes se han presentado varios factores que han alterado las dimensiones de la práctica de la enfermería, como cambios sociales, científicos y tecnológicos, docentes, económicos y políticos durante los que se ha mantenido el enfoque del profesional de enfermería hacia las necesidades del individuo, sin embargo precisamente estos cambios influyen en la atención sanitaria en general. Si bien antes, un(a) enfermero(a) cubría ya funciones como las de asistente social, dietista o fisioterapeuta, en la actualidad, la evolución de la profesión de enfermería, nos lleva de ser sólo prestador a coordinador de estos servicios secundarios, lo que permite la concentración en el conjunto de conocimientos exclusivos de la profesión, en cuanto la resolución de problemas de las personas, y el método mediante el cual se consigue esto, es el Proceso Atención de Enfermería (P.A.E.)

La ciencia de la Enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El Proceso atención de Enfermería, es el método mediante el cual se aplica este

sistema. Se trata de un enfoque para la resolución de problemas, que exige tener habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente, sistema familiar, o comunidad. El conocimiento y la práctica durante el proceso, son un instrumento para el ejercicio profesional y asegura que la calidad de los cuidados hacia el individuo, familia o comunidad, sean los óptimos. A su vez, son la base para la sistematización de la investigación en enfermería, lo cual también compete e interesa a todo profesional de enfermería en la actualidad.

Todo ello requiere de habilidades y destrezas específicas y efectivas en las áreas del conocimiento que permitan identificar, valorar, decidir, efectuar, evaluar e interrelacionarse con otros profesionales de la salud.

El presente trabajo pretende la reafirmación de estas prácticas y conocimientos, con el fin de cubrir el requisito para la obtención del título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia a través del estudio de un caso, utilizando la metodología de P. A. E.

I. OBJETIVOS

1.1 Generales.

Implementar la metodología del Proceso de Enfermería con base en el modelo de las necesidades humanas de Virginia A. Henderson, los diagnósticos NANDA y las intervenciones del cuidado emocional ante el duelo en el ámbito institucional.

Gestionar un modelo de cuidados a una persona con sufrimiento emocional por duelo en el ámbito institucional, con el propósito de integrar conocimientos, habilidades y valores de la formación profesional y lograr la titulación de la Licenciatura en la modalidad de Proceso Atención de Enfermería.

1.2 Específicos.

Valorar e integrar una base de datos que permita conocer la independencia o grado de dependencia de la persona elegida, analizando datos y estableciendo los diagnósticos y las intervenciones que permitan alcanzar la independencia.

Evaluar de forma sistemática, las respuestas de la persona a las intervenciones de enfermería, para determinar su progreso y logro de objetivos, con la finalidad de atenuar el sufrimiento emocional.

Proponer los planes de cuidados implementados, a los servicios de enfermería de la institución donde laboro con el fin de que sean validados.

II. MARCO TEORICO.

2.1 Conceptualización en Enfermería.

Las dimensiones de la práctica profesional de la enfermería han evolucionado en respuesta a los cambios científicos y tecnológicos, educativos, económicos y políticos experimentados por la sociedad. La práctica de la Enfermería ha sido definida por los dirigentes de la misma, por organizaciones y colegios profesionales.

Medina, J. L. menciona que a través de la historia de la enfermería se ha ido construyendo la base científica que da sentido a la profesión, dando pie al surgimiento de diversos modelos conceptuales o teorías del cuidado que constituyen el marco teórico de la enfermería, haciendo la diferencia entre esta y otras profesiones relacionadas con la salud.

Las teorías desarrollan conceptos, que articulados entre sí forman la estructura general de la disciplina y explican los fenómenos del cuidado a la salud humana. El concepto es algo concebido en la mente; es una abstracción de la realidad. La enfermería está formada por cuatro conceptos básicos o metaparadigma: la persona, la salud, el entorno y el cuidado. Estos conceptos varían de acuerdo con el contexto al que está vinculada la teoría y han sido identificados prácticamente en todas las teorías y modelos conceptuales. Estos conceptos pueden presentarse de diferentes maneras, pues representan una abstracción de la realidad estudiada y se considera que de acuerdo al número de conceptos abordados será el nivel de generalidad de la misma. Es así que "persona" es el sujeto que recibe el cuidado de enfermería, pudiendo ser individual, grupal o toda la humanidad; la salud es el bienestar de la persona involucrando a ambos -enfermera y persona cuidada- y el ambiente puede representar el local donde está ocurriendo la atención, la comunidad o el universo.

Las teorías y sus conceptos están siendo probados de manera constante y sometidos a reflexiones críticas por parte de otros profesionales, pudiendo así

ser tanto rebatidas como fortalecidas para su uso. Hay varios métodos de análisis y evaluación de las teorías de enfermería; "El análisis de una teoría por lo general se refiere al examen y a su contenido, mientras que la evaluación se refiere a la crítica o juzgamiento sobre la teoría".¹ La primera Teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos, cada uno de ellos aporta una filosofía de la enfermería y el cuidado.

Desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común y no como ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería. Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados; con la publicación del libro "Notas de Enfermería" de Florence Nightingale en 1852, se sentó la base de la enfermería profesional y en él intentó definir la aportación específica de enfermería al cuidado de la salud. Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrolló una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es en el periodo de 1950 a 1996, que surge la teoría de enfermería de las necesidades humanas de Virginia Avenel Henderson (1897-1996), quien definió la enfermería en términos funcionales, considerando 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, la voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más pronto posible; afirmaba que "a medida que cambiara las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería"².

Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que la enfermería se adaptaría según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

1 George JB. Teorías de enfermería: de los fundamentos a la práctica profesional. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. pp 112

2 Idem pp 57

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos, explicó la importancia de la independencia de la enfermería y a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud. El ayudar al individuo a alcanzar su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación, ella parte de que todos los 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 de la condición de salud de las personas.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son denominadas por Henderson como *cuidados básicos de enfermería* y estos se aplican a través de un plan de cuidados, elaborado de acuerdo al grado de dependencia de la persona.³ La relación entre los conceptos básicos y el metaparadigma de Enfermería es deductiva ya que Henderson no pretende redefinirlo.

Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería, el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National Nurse Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas. Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr. Edward Thorndike, Dr. George Deaver, Bertha Harmer e Ida Orlando.

³ George JB. Teorías de enfermería: de los fundamentos a la práctica profesional. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000 pp 227

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

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

Ella no adoptó afirmaciones internacionales, ni tampoco operativas para sustentar una teoría, es por eso que ella no desarrolló una teoría definitiva de enfermería, por el contrario, se trata de un concepto o definición personal compendio de muchas influencias, fue realizada en términos funcionales, parece tener un carácter mecanicista eficientista. Esto es debido a que Virginia crece bajo la influencia de la teoría de la administración científica de Taylor e inspirada por el Dr. Edward Thorndike, psicólogo conductista.

Los teóricos conductistas conciben los cambios a través de la conducta observable, esta medición los ubica dentro del mecanicismo, en la definición de Henderson los cambios se miden a través de conducta observable (logro de la independencia). También se podría decir que es Biologista ya que las catorce necesidades básicas mencionadas por ella solo tratan la parte biológica del ser humano. Ella planteó que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad, a pesar de que en sus catorce necesidades señala la de profesar la fe, no menciona ninguna que cubra la parte emocional del paciente, dándole carácter Biologista a su definición. Si bien en su escrito señala la importancia de la formación de la enfermera, hace

hincapié en que ésta debe tener preparación en el área de la Biología y en Sociología. Aquí podemos notar uno de los fundamentos de Taylor como es el fomento de la especialidad, los hospitales de la época tenían como punto de partida el aumento de la productividad y éste se media a través de la atención al paciente; ella se ubicaría en la filosofía existencialista, ya que estudia a la persona desde el punto de vista del cuidado, lo que fomenta la independencia del paciente.

El concepto de enfermería de Henderson es complejo, posee numerosas variables y diferentes relaciones explicativas y descriptivas, su trabajo ha influido en el desarrollo de programas de estudios y ha contribuido a potenciar la investigación. En la actualidad en las áreas hospitalarias se pone en práctica su definición de enfermería, pues define a la persona como el individuo que necesita de la asistencia para alcanzar la salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad que, influible por el cuerpo y por la mente, tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia, necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

Metaparadigma. Comprende los cuatro elementos siguientes:

a) Salud. Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Consiste en la calidad de ésta más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un potencial en el nivel más alto. Es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes; significa integridad física, estructural y funcional, ausencia de defecto que implique deterioro de la persona, desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo. La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia; favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo. Henderson la define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en

relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow, siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada, temperatura), dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales), dos más con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias) y tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender). La salud puede verse afectada por factores, como son: Físicos (aire, temperatura, sol, etc.); Personales (edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia).

b) El Entorno. Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo (Definición del Websters New Collegiate Dictionary, 1961). Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad. Las enfermeras deben:

Recibir información sobre medidas de seguridad.

Proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes mecánicos.

Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativas a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.

Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

Se ha criticado a Virginia Henderson por la ausencia del concepto de entorno en su modelo al menos de manera explícita, ya que si se analiza el contenido a fondo se puede notar que sí se menciona en muchas ocasiones la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizaje, factores ambientales, etc.), para la valoración de las necesidades sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermera para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.⁴

c) Persona (paciente). Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud e independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son

⁴ Fernández FC., et al. Enfermería Fundamental. Barcelona 2000 Ed. Masson, S.A

inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad en cuanto a las necesidades. Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales, como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional; la mente y el cuerpo de la persona son inseparables. El paciente requiere ayuda para ser independiente, además es un todo complejo y unificado, objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, con capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

d) Enfermería (Cuidado). Henderson define la enfermería en términos funcionales. La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible. Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito.⁵

Desde mi punto de vista esta teoría es congruente, ya que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería.

⁵ Enfermeras Teóricas. Virginia Henderson. [http:// www.teleline.terra.es/](http://www.teleline.terra.es/) Abril fecha de consulta: 7/mayo/2008

Aunque la mayor parte de su teoría está basada, como así define en su libro, "The Nature of Nursing", en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología y física, también utiliza la observación de su práctica diaria para dar forma a su teoría.

Identifica tres modelos de función enfermera:

Sustituta.- Compensa lo que le falta al paciente.

Ayudante.- Establece las intervenciones clínicas.

Compañera.- Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose en lograr cubrir las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona.

Inspirándose en el pensamiento de V. Henderson, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar, son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

Independencia: Satisfacción de una o más de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo de acuerdo a las normas y criterios de salud establecidos.

Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de

una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, falta de conocimiento y falta de voluntad.

Fuerza: Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

Conocimientos: Los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Voluntad: Compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación. Dichos postulados se resumen en que cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia. Vimos que para V. Henderson cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades, cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente. Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson. Ella afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar. Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros su propia función.

La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

Siguiendo el modelo de V. Henderson la colección de datos con base en las catorce necesidades básicas sería de la siguiente manera:

Respirar normalmente (Necesidad fisiológica de una adecuada oxigenación). Términos que debemos valorar: amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia respiratoria, mucosidades, permeabilidad de vías respiratorias, ritmo respiratorio, tos. Factores que influyen en esta necesidad: postura, ejercicio, alimentación, estatura, sueño, emociones, aire ambiental, clima, vivienda, lugar de trabajo.

Comer y beber de forma adecuada (Necesidades de Alimentarse e hidratarse). Términos que debemos valorar: Alimentos, apetito, electrolito,

hambre, metabolismo, nutrientes o elementos nutritivos, nutrición, saciedad. Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, actividades físicas, regularidad del horario en las comidas, emociones y ansiedad, clima, status socioeconómico, religión, cultura.

Evacuar los desechos corporales (Necesidad de eliminar por todas las vías corporales: urinaria, intestinal, salival, lagrimal, transpiración, etc.) Términos que debemos valorar: defecación, diuresis, micción, heces, sudor, orina. Factores que influyen en esta necesidad: alimentación, ejercicios, edad, horario de eliminación intestinal, estrés, normas sociales.

Moverse y mantener una postura adecuada (Necesidad de desplazarse y caminar de manera independiente). Términos que debemos valorar: amplitud, ejercicios activos, ejercicios pasivos, ejercicios físicos, frecuencia del pulso, mecánica corporal, postura, presión arterial, presión diferencial, presión diastólica, pulso, ritmo, tono muscular. Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, personalidad, cultura, roles sociales, organización social.

Dormir y descansar (Necesidad de sueño y descanso). Términos que debemos valorar: descanso, sueño, ritmo circadiano, sueños. Factores que influyen en esta necesidad: edad, ejercicio, hábitos ligados al sueño, ansiedad, horario de trabajo.

Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse por sí mismo de acuerdo a situación y clima). Términos que debemos valorar: vestimenta, ropa. Factores que influyen en esta necesidad: edad, talla y peso, creencias, emociones, clima, status social, empleo, cultura.

Mantener una adecuada temperatura del cuerpo (seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales). Términos que debemos valorar: producción de calor, eliminación de calor. Factores que influyen en esta necesidad: sexo, edad, ejercicio, alimentación, hora del día, ansiedad y emociones, lugar de trabajo, clima, vivienda.

Mantener higiene corporal, proteger la piel (Necesidad de tener buena apariencia física y la integridad de la piel, estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos). Términos que debemos valorar: tegumentos y piel. Factores que

influyen en esta necesidad: edad, temperatura, ejercicio, alimentación, emociones, educación, cultura, corriente social, organización social.

Evitar peligros y no dañar a los demás (Necesidad de seguridad propia y de quienes nos rodean). Términos que debemos valorar: entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa, medidas preventivas, seguridad física, seguridad psicológica. Factores que influyen en esta necesidad: edad y desarrollo, mecanismos de defensa, entorno sano, status socioeconómico, roles sociales, educación, clima, religión, cultura.

Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones (Necesidad de comunicación). Términos que debemos valorar: accesibilidad de los que intervienen, conocimiento del yo, intercambio, vía de relación, estímulo. Factores que influyen en esta necesidad: integridad de los órganos de los sentidos y las etapas de crecimiento, inteligencia, percepción, personalidad, emociones, entorno, cultura y status social.

Profesar su fe (Necesidad de vivir de acuerdo a sus creencias y propios valores). Términos que debemos valorar: creencias, fe, ideología, moral, religión, ritual, espiritualidad, valores. Factores que influyen en esta necesidad: gestos y actitudes corporales, búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte, emociones, cultura, pertenencia religiosa.

Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo (Necesidad de ocuparse en algo que tenga un sentido de realización personal). Términos que debemos valorar: autonomía, autoestima, rol social, estatus social, valoración. Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, cultura, roles sociales.

Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas (Necesidad de diversión y distracciones sanas). Términos que debemos valorar: diversión, juego, ocio, placer. Factores que influyen en esta necesidad: edad, constituciones y capacidades físicas, desarrollo psicológico, emociones, cultura, roles sociales, organización social.

Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud normal (Necesidad de contar con acceso a servicios de salud suficientes y de fácil acceso). Términos que debemos valorar:

aprendizaje, enseñanza. Factores que influyen en esta necesidad: edad, capacidades físicas, motivación, emociones, entorno.

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble vertiente de universalidad y especificidad. Universalidad en tanto que son comunes y esenciales para todos los seres humanos, y especificidad, porque se manifiesta de manera distinta en cada persona. Según V. Henderson, la enfermera y el paciente idean juntos el plan de cuidados. La enfermera debe ser capaz no sólo de valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran. Henderson afirma que la enfermera debe “meterse en la piel” de cada uno de sus pacientes para saber qué necesita. Las necesidades deben entonces ser ratificadas con el paciente.

Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente. (Falta de fuerza, de voluntad y de conocimientos).

Intervenciones: El centro de intervención es el de la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por la persona. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.⁶

Autonomía.

Es la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

Agente de autonomía asistida.

Con este nombre se designa a la persona, familiar, persona significativa que cuando el usuario carece de la capacidad física o intelectual necesaria, realiza

⁶ Rosales BS, Reyes GE., Fundamentos de Enfermería. El Manual Moderno. México 1991 pp29

por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer las necesidades susceptibles de grado de suplencia: respirar, comer, beber, eliminar, moverse, mantener una buena postura, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, conservar piel y mucosas limpias y procurar un entorno seguro.

La diferencia entre falta de autonomía y falta de fuerza es que cuando hay una falta de fuerza, la persona no puede hacer algo en ese momento, pero tiene un potencial que desarrollar y que permite suponer que en un futuro aumentará o recuperará la independencia. Por el contrario, en la falta de autonomía, la persona por su edad y su etapa de desarrollo aún no ha adquirido las habilidades para hacer por sí misma las actividades necesarias o bien las ha perdido temporalmente (por ejemplo en el caso del enfermo quirúrgico, que necesita ser suplido durante unos días pero no tiene que desarrollar capacidades porque sólo las ha perdido por un tiempo).

Manifestaciones de independencia.

Son conductas o indicadores de conductas adecuadas para satisfacer sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida. Por indicador de conducta se entiende que son los datos que, sin referirse directamente a una conducta de la persona, la representa o la señala, por ejemplo la relación talla / peso no es una conducta, pero sí un dato indicador de la adecuación de la dieta de la persona a su gasto energético.

Manifestaciones de dependencia.

Son las acciones que realiza la persona que son incorrectas, inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en el presente o en el futuro, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud. Los datos que deben considerarse, son aquellos que son relevantes para el cuidado. Estos pueden referirse tanto al usuario como al entorno y varían de una persona a otra, por ejemplo preferencias alimenticias al ingreso y debe de introducir cambios en su dieta.

Supuestos Principales.

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas.

La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia. Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

A partir de la elaboración de las teorías, la enfermería se define como profesión y como ciencia. Las teorías necesitan ser testadas y evaluadas, para que sean mejoradas o rechazadas. El objetivo es hacer un análisis de contexto del concepto de “ambiente” de la teoría humanística de Paterson y Zderad, usando el modelo de análisis de Meleis. Este concepto está presente y fundamenta la teoría y se concibe de forma subjetiva y trascendente. Representa la comunión, la relación intrasubjetiva, que puede ocurrir entre la enfermera y el paciente individualmente, como también en la comunidad. Es el diálogo vivo, o sea, estar en común, en conjunto, comprometido. El espacio físico no se muestra relevante, al considerar que el acto de hacer de la enfermera no se limita sólo a los actos del cuidado físico, sino a un venir a ser, que puede surgir tanto en un ambiente privado o colectivo.

En 1979, la Asociación Americana del profesional de Enfermería (American Nurses Association, A.N.A.) definió la Enfermería y estableció el alcance de la práctica de esta. El resultado final de estos esfuerzos fue la publicación *“Nursing: A Social Policy Statement” (1980)*, en este documento, la definición de la Enfermería reflejaba la evolución histórica de la profesión y su base teórica: “La Enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales”. Simplificando, significa que el alcance de la práctica de la enfermería incluye actividades de valoración, diagnóstico, planificación, intervención para tratamiento y evaluación de las respuestas observadas tanto en personas enfermas como sanas.

Esto se menciona porque, el término *cuidado*, considerado el objeto de estudio de la enfermería, se ha usado indiscriminadamente durante años, para denominar otras actividades que no lo son, por ejemplo y muy específicamente, los tratamientos médicos.

Paterson, y Zderad (*Enfermería Humanística*), ven la Enfermería de forma existencial, un proceso de crecimiento y auto-actualización. O sea, que su sentido radica en sí misma, como un acto humano. Supone el encuentro (el ser y la actualización) entre personas (enfermera-paciente) en una transacción subjetiva (estar con y hacer con) con una finalidad determinada (bienestar y actualización) y tenemos un enfoque humanista del cuidado el cual comprende un diálogo y contracción de significados compartidos, donde cuidar es “*una visión antropológica, antes que una técnica*”.⁷

La Teoría de Enfermería Humanística de Paterson y Zderad, enfatiza la relación que se establece entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado, intentando dar una respuesta a la experiencia fenomenológica vivida por ambos. En este encuentro, ellos se sienten afectados de manera recíproca y la relación va más allá de un encuentro técnico entre sujeto y objeto. Sobre esta perspectiva, la enfermería se define como una experiencia existencial vivida entre la enfermera y la persona. En la progresión lógica de la teoría, se definen los seres humanos, la salud y la enfermería y como conceptos, el diálogo, la comunidad y la enfermería fenomenológica.

Dentro de esta visión los seres humanos son considerados como personas capaces de hacer selecciones responsables en la vida: a la salud se la concibe como un estado de venir a ser, donde hasta en condiciones de adversidad el ser humano encuentra significado para vivir y la enfermería fenomenológica se define como propiciadora de esta respuesta a las necesidades del cliente, auxiliándolo en sus selecciones. La enfermería es un “diálogo vivo, una experiencia existencial vivida entre seres humanos, una búsqueda responsable, una relación transaccional, una forma particular de diálogo humano”. De esa manera los elementos de estructura de la enfermería humanística se pueden describir como: “Incorporar a los hombres (paciente y enfermera) en un encuentro (ser y convertirse) dirigido hacia una meta (nutrir el bienestar y el venir a ser) en una transacción intra subjetiva (estar con y hacer con)

⁷ Medina JL. La pedagogía del cuidado: Saberes y práctica en la formación universitaria en enfermería. Barcelona 1999 pp 37

ocurriendo en el tiempo y en el espacio (como medidos y vividos por el paciente y la enfermera) en un mundo de hombres y cosas”.

En esa interacción, que va más allá del estar físicamente juntos, es que surge la oportunidad de compartir las experiencias llevando a una intrasubjetividad, a un estar con. Para estar con, “es necesario desenvolver la comprensión, donde es preciso que el orientador no se limite al papel de observador y sí que se ponga en el lugar del orientado y perciba el mundo y las experiencias como éste las percibe, penetrando en su mundo emocional”.

El enfermero o enfermera puede contribuir con ese proceso de “convertirse” del paciente, cuando también enfrenta el mismo proceso de “venir a ser”. Su auto-aceptación, conciencia personal y actualización de su potencial, le permiten interactuar con el otro y ayudarlo a “ser más”, de esta manera hay un verdadero “encuentro” o un compartir. Ese momento amplía la conciencia de ambos, o sea, los que están implicados y ofrece la oportunidad de un crecimiento humano, al proporcionar un convertirse más y más. Entonces ocurre un crecimiento mutuo, en el que ambos, enfermera y paciente se transforman. El uso de este abordaje requiere coherencia y autenticidad entre el pensar y el hacer del enfermero profesional. Estas actitudes solicitan al profesional que tenga una postura abierta y con disponibilidad para con el otro, lo que se caracteriza en una presencia genuina y un compartir verdadero.⁸

La comunidad para Paterson y Zderad es considerada como un término abstracto, muy amplio y de cierta manera difícil de medir. No significa necesariamente un espacio físico, sino un ambiente donde ocurren interacciones e intercambios intrasubjetivos. Es el espacio o entorno, donde dos o más personas juntas comparten esfuerzos, viven, sufren y mueren. Y es a través de esa convivencia social en comunidad, de ese intercambio, que ocurre el aprendizaje y el ser humano encuentra las razones para su existencia. El hombre entonces, aunque único, posee muchos puntos en común con sus semejantes.⁹

⁸ Paterson J, Zderad L. Enfermería Humanística. New York: Asociación Nacional de Enfermería, 1990 pp 33-34

⁹ Idem pp 66

Muchos autores como Benner y Wrubel consideran que la comprensión es un aspecto importante, ya que para ello se requiere de empatía, lo que hace posible que el cuidador perciba a la persona como sujeto y no como objeto del cuidado.

Los primeros intentos de unificar el significado del cuidado enfermero, los lleva a cabo la enfermera y antropóloga Madeleine Leininger, quien considera el cuidado como la piedra angular de las teorías de Enfermería, por diversos motivos, como:

El cuidado que ha sido por años la pieza clave del crecimiento, desarrollo y supervivencia de los seres humanos.

El crecimiento tecnológico en las sociedades post industriales que nos está llevando a una despersonalización de los cuidados.

Ha sido necesario conceptualizar el cuidado porque no se ha hecho en forma rigurosa desde el punto de vista enfermero, ya que desde la época de F. Nightingale, solo se usaba el término para designar la idea de cuidar a alguien o manifestar interés o preocupación por la salud de alguien. También afirma que *“...la ceguera cultural, la imposición y el etnocentrismo por parte de las enfermeras, reducen en gran medida el descubrimiento de conocimientos, consecuentemente, la calidad de los cuidados proporcionados a los pacientes...”*¹⁰

Definiciones de Enfermería desde algunas posturas teóricas:

Si consideramos que la enfermería tiene una práctica milenaria, el desarrollo de sus teorías ocurrió en época muy reciente, cuando las enfermeras empezaron a levantar cuestiones y a discutir la tradicional base de la práctica de la enfermería. Desde entonces, surge la preocupación de organizar el conocimiento en modelos teóricos y conceptuales. En la década del 60 esa preocupación se acentúa considerablemente y la enfermería busca definirse como profesión, con su práctica fundamentada en bases teóricas propias. En esa época se inició la elaboración del conocimiento en enfermería, o sea la elaboración de sus teorías. Las definiciones varían conforme algunos autores,

10 Marriner A. Modelos y Teorías de Enfermería. Barcelona. 1989. pp 430

pero de un modo general, se trata de descripciones articuladas de fenómenos que sirven para guiar la práctica y la pesquisa en enfermería.

La teoría de enfermería es una valoración de algunos aspectos comunicados de la realidad cuyo propósito es el de describir y explicar las relaciones entre el fenómeno, prevenir las consecuencias o prescribir el cuidado de la enfermería.¹¹

Así tenemos las siguientes:

Virginia A. Henderson. (14 Necesidades Básicas). Ayudar al individuo enfermo o sano, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz), y que podría llevar a cabo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad o conocimientos necesarios.

Myra Levin. (Conservación). Una interacción humana, cuyo objetivo es promover la integridad de todas las personas, enfermas o sanas.

Dorothy Johnson. (Sistema Conductual). Una fuerza reguladora externa actúa para conservar la organización e integración de la conducta del individuo a un nivel óptimo, en aquellas ocasiones en que la conducta constituye una amenaza para la salud física o social, o en que existe una enfermedad.

Martha Rogers. (Seres Humanos Unitarios). Una ciencia con un conjunto organizado de conocimientos abstractos, a la que se ha llegado por la investigación científica y el análisis lógico; es un arte en el uso imaginativo y creativo del conjunto de conocimientos al servicio del ser humano.

Dorotea Orem. (Autocuidados). Una preocupación especial por las necesidades del individuo, para las actividades de autocuidado y su prestación y tratamiento de forma continuada para mantener la vida y la salud, recuperarse de enfermedades o de lesiones y enfrentarse a sus efectos.

Imogene King. (Sistemas de Interacción). Un proceso de acción, reacción e interacción, por el cual el paciente y el profesional de Enfermería comparten información sobre sus percepciones del estado de salud; incluye la promoción,

11 Meleis AL. Desarrollo y Progreso de la teoría de enfermería. 3ª ed. Philadelphia 1997 pp207

el mantenimiento y restablecimiento de la salud, el cuidado del enfermo y del lesionado y la atención al moribundo.

Betty Newman. (Sistemas). Se ocupa de mantener estable el sistema de la persona mediante la precisión en la valoración de los efectos y de los posibles efectos de los factores de estrés ambientales, y de ayudar a los ajustes necesarios para un nivel óptimo de bienestar.

Sor Callista Roy. (Adaptación). Un sistema de conocimientos teóricos que prescribe un proceso de análisis y acciones relacionados con la atención de la persona enferma o potencialmente enferma; necesaria cuando el estrés no habitual o el debilitamiento de los mecanismos de afrontamiento hacen que los intentos normales de la persona para el afrontamiento, sean ineficaces.¹²

Considerando estas posturas teóricas, pienso que no ha existido acuerdo sobre un enfoque teórico unitario, el cual presenta sus defensores y sus detractores. Estos últimos abogan por el pluralismo en las teorías y por el enriquecimiento que aporta la diversidad al conjunto de la disciplina, ya que ninguna visión es lo bastante amplia para abarcar u orientar el conocimiento de la enfermería en su totalidad.

2.2 Cuidado a la Salud Integral de la Mujer.

La salud integral comprende la salud física, mental, social y espiritual a lo largo de todo el ciclo de vida de la mujer. Incluye la prevención, la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las condiciones exclusivas de las mujeres, y/o que tienen manifestaciones, riesgos o demandan intervenciones que son específicas para las mujeres.

La salud integral de la mujer:

Respetar los valores y el conocimiento que las mujeres tienen, basados en su propia experiencia con la enfermedad y la salud.

Reconoce la importancia de la diferencia de género.

Reconoce la necesidad de un abordaje multidisciplinario.

¹² Iyer PW. Proceso y diagnóstico de Enfermería. México 3ª. Ed McGraw-Hill Interamericana, 1995 pp 3

Reconoce la diversidad de las necesidades de salud de las mujeres en función de la raza/etnia, la condición social, la cultura, la preferencia sexual y la educación.

Reconoce la importancia de empoderar a las mujeres para facilitar su autonomía en las decisiones relativas a su salud.¹³

Programa de salud integral:

1. No preocuparse por la enfermedad, significa que debemos permanecer ecuanímes ante cualquier situación imprevista que se nos presente, para poder pensar y actuar en forma más satisfactoria.
2. Poner la atención en la salud, concentrarnos en el trabajo de recuperación de la salud sin ansiedad por los resultados, sabiendo que si hacemos lo correcto los resultados serán positivos.
3. No luchar directamente contra los síntomas, sino acrecentar la vitalidad de nuestro cuerpo-mente en general, siguiendo un programa de salud integral, adaptado a nuestras necesidades personales.
4. No tener miedo, el temor debilita y perturba los procesos curativos naturales del organismo; tener confianza en los mecanismos de recuperación que la naturaleza sabiamente activa si cooperamos con ella.
5. No resistirnos, soltarnos, aflojar las tensiones innecesarias que nos dañan más que benefician; aprender a abandonarnos en la protección y en las bendiciones de las fuerzas curativas que estamos invocando con nuestro trabajo sincero.
6. Reconocer la realidad, aceptar lo inevitable; entender que a través del dolor nos purificamos y soltamos pesadas cadenas que nos impiden nuestra liberación espiritual, la enfermedad puede ser un medio de crecimiento y desarrollo personal, cuando mantenemos una actitud positiva ante ella.
7. Desear el cambio, trabajar intensamente por ello para alcanzar la armonía integral: física, mental y espiritual. Saber esperar, tener paciencia porque los mecanismos naturales llevan su propio proceso de desarrollo. Buscar la paz interior en todo momento.

¹³ Freyermuth, G www.enlacesolidario.org/observatorio/investigadores/almacen/freyer_comentarios fecha de consulta 28/mayo/08

2.2.1. Salud reproductiva.

Implica que las personas pueden tener una vida sexual satisfactoria y segura, que gocen de plena capacidad de reproducirse y de la libertad de decidir si, cuándo y cuán a menudo hacerlo. En ésta última condición están implícitos los derechos del hombre y de la mujer a ser informados y a tener libre elección y acceso a métodos para regular la fecundidad, que sean seguros, eficaces, de fácil acceso y aceptables y el derecho a acceder a servicios y cuidados de salud apropiados, que permitan a la mujer atravesar con seguridad, el periodo del embarazo y del parto, ofreciendo a las parejas la más alta probabilidad de tener un hijo(a) sano(a). (OMS, 1994). Sin pretender definir el término *globalización*, con frecuencia se refiere a un proceso que avanza rápidamente en el mundo, caracterizado por los grandes flujos de bienes y servicios entre los países, inversiones y movimientos de personas a través de las fronteras, reducción en las barreras para esos flujos, así como el surgimiento de alianzas económicas regionales. Esta descripción, aunque superficial e incompleta, permite vislumbrar algunas de sus consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva en los países en desarrollo. La primera y más obvia es que, contrariamente a lo que los entusiastas de la globalización sugieren, parecería que este proceso no está reduciendo sino, más bien, ensanchando la brecha entre ricos y pobres, ya sean países o grupos sociales.

El efecto de la pobreza (personal, familiar, comunitaria o nacional) sobre la salud reproductiva ha sido ampliamente documentado. Innumerables estudios de corte epidemiológico señalan que los bajos recursos socioeconómicos se asocian con altos niveles de fecundidad y embarazos no deseados, morbilidad y mortalidad maternas y falta de acceso a tecnologías sencillas y efectivas, para detectar y tratar oportunamente padecimientos como el cáncer cervicouterino. Además, se observa que las desigualdades de género se correlacionan con la pobreza. En efecto, el escaso poder de decisión de las mujeres en el seno de familias de bajos recursos tendría consecuencias más graves sobre su salud sexual y reproductiva, que cuando se trata de mujeres con mayor nivel educativo y recursos disponibles.

El Programa *Arranque Parejo en la Vida*: Es, sin duda, de los cuatro programas vinculados con la salud sexual y reproductiva, el que pretende abordar el problema que constituye la mayor y más antigua deuda con las mujeres del país, además de ser un compromiso internacional que no se ha cumplido en cuanto a las metas establecidas se refiere: la mortalidad materna. El propósito de este programa es reducir las muertes relacionadas con el embarazo y el parto, y disminuir el impacto de la pobreza en las condiciones de salud de las niñas y niños menores de dos años, para lograr que todos inicien su vida en igualdad de condiciones, es decir, *un arranque parejo en la vida*.

Se intenta limitar las inequidades que producen una desventaja en términos de potencial para el desarrollo humano y que se originan desde el embarazo, durante el nacimiento y en los 24 meses iniciales de vida. *Arranque Parejo en la Vida* consiste en la aplicación de una serie de acciones de conocida eficacia en la reducción de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, incluyendo la evaluación del riesgo obstétrico de las embarazadas en el primer nivel de atención y su referencia a niveles de mayor complejidad cuando se detecten embarazos con riesgo mediano o alto, así como en la integración de un paquete de servicios de salud preventiva para niñas y niños desde el nacimiento, hasta los dos años de vida, que incluye estimulación temprana, vigilancia del crecimiento y desarrollo, vacunación y megadosis de vitamina A. Dicho programa retoma la experiencia de los de vacunación universal que han sido muy exitosos en nuestro país y la novedad consiste en la conformación de una Red de Servicios conjuntamente con una estrategia de regionalización de servicios de atención obstétricos, en cuatro instancias de atención institucional y la incorporación de dos instancias comunitarias diseñadas para proporcionar cuidados alimentarios y hospedaje como apoyo a las mujeres embarazadas y sus hijos, así como unidades móviles para el traslado de las mujeres desde sus comunidades de origen hasta las clínicas u hospitales, según lo requieran, a fin de lograr la atención oportuna en unidades del sector salud de los eventos obstétricos y sus posibles complicaciones, por parte de profesionales.

La morbi-mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad existentes entre hombres y mujeres de diferentes áreas geográficas y sociales de un mismo país. La magnitud del problema refleja la posición y condición de las mujeres en la sociedad, su limitado acceso a los servicios sociales, sanitarios y nutricionales y condición económica.¹⁴

El debate teórico, metodológico y político alrededor del tema de la salud reproductiva se produce cotidianamente entre interlocutores diversos. Éstos pertenecen, tanto al ámbito público relacionado con la toma de decisiones, como al académico, que hace sus aportes desde tradiciones disciplinarias distintas, entre las que destacan dos vertientes: las ciencias sociales y las ciencias de la salud. Aún dentro de cada una de ellas, la salud reproductiva abarca temáticas muy amplias y diversas, como la cuestión de los derechos, la desigualdad social, las prácticas de atención a la salud, la fecundidad, las relaciones e identidades de género y las políticas de salud, por mencionar sólo algunas.

En las ciencias de la salud, por ejemplo, el tema de la salud reproductiva se debate entre la salud pública que analiza los servicios de salud o la prevalencia de problemas de salud reproductiva en la población y las ciencias médicas, que ejercen su escrutinio en el plano microcelular buscando, por ejemplo, bases genéticas relacionadas con la esterilidad, el cáncer o las anomalías congénitas.

El énfasis en cada uno de estos temas es distinto, dependiendo del campo primordial del cual provengan: la investigación, la militancia, la gestión y el activismo; el diseño y la gestión de políticas públicas, y la elaboración, implantación y establecimiento de programas de atención o educación para la salud; esto se aborda desde esferas que pueden ser públicas, privadas o sociales.

14 Cofiño, R "¿Equidad? menos nivel de ingresos familiares, más morbilidad perinatal" <http://www.atencionprimaria.wordpress.com>
fecha de consulta: 3/mayo/2008

Como puede verse, las políticas públicas para atender la salud de las mujeres han evolucionado hacia una posición cada vez más incluyente y orientada a las mujeres como sujetos de derechos y con necesidades específicas. Sin embargo, se han centrado exclusivamente en la salud y el aparato reproductivo, aunque la salud de la mujer incluye otros aspectos que han sido ignorados. Ser hombre o mujer es una variable fundamental que determina diferencias en todos los niveles. Desde el punto de vista biológico se documentan cada vez con mayor claridad, diferencias en aspectos que no tienen una asociación directa con los aparatos reproductivos, tanto en el plano molecular, celular, cerebral o inmunológico, como de funcionamiento sistémico, de la conducta y el aprendizaje y por tanto, de la salud en general. Estas disparidades no se han considerado de manera sistemática en la práctica médica clínica, ni por la epidemiología, la investigación o el quehacer de la salud en general, ya que las ciencias médicas las han descubierto y reconocido muy recientemente. Las diversidades consideradas en menor grado como factores que impactan la salud de mujeres y hombres y las menos reconocidas como fuente de inequidad y desventaja para las mujeres, son las diferencias de género.

Es necesario abordar de manera integral los distintos aspectos que hacen de este binomio un concepto complejo. Esto incluye la incorporación de la perspectiva de género en las políticas de salud, las que deben contemplar además tres grandes vertientes: la salud de las mujeres durante su ciclo vital, su situación como profesionales de la salud y su contribución como proveedoras de servicios de salud en el hogar y la comunidad. Las diferencias que imprime el género a las condiciones de salud de las mujeres, en comparación con la de los hombres, están poco documentadas en nuestro país, debido a que una parte considerable de la información estadística en salud, aún no se desagrega por edad y sexo ya que pocos proyectos de investigación incorporan esta perspectiva a su análisis. Entender la maternidad como un asunto de interés de toda la sociedad y no del nivel individual y exclusivo de las mujeres, es una prioridad que de alguna manera

se hace explícita con los programas que atienden la salud reproductiva, sin embargo es necesario que este tipo de programas se refuerce con acciones afirmativas como políticas laborales más equitativas y modificaciones legislativas, que favorezcan la incorporación de los varones al trabajo en el hogar y en el cuidado de los hijos.

Los daños a la salud materna tienen altas repercusiones desfavorables en el bienestar perinatal, en las posibilidades de supervivencia infantil y en la familia. Los cambios fisiológicos que se producen durante el embarazo, colocan a las mujeres embarazadas en condiciones biológicas de gran susceptibilidad para ser afectadas por diversas causas de morbilidad y mortalidad, con el impacto adicional consecuente sobre el producto de la concepción.

Actualmente se reconoce que las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permita la identificación y el control de los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.

2.2.2 Salud mental.

El ingreso de la mujer a los ámbitos de la sociedad que eran exclusividad del hombre también se refleja en su salud mental de hoy. Si hasta hace unos años ser mujer en edad fértil era una condición que las marginaba de cualquier estudio clínico, hoy -por el contrario- la medicina busca aclarar la forma distintiva en que funciona el cuerpo y la psicología femenina y la mayor diferencia, al menos en salud mental, aparece con el inicio de la edad fértil. Es la primera menstruación con sus ciclos hormonales la que marca la aparición de problemas como el síndrome premenstrual y su pariente, el trastorno disfórico premenstrual. También surge con fuerza la depresión, patología en que ellas representan hasta el 75% de los casos. El sello femenino también está en los trastornos de la alimentación -95% de los pacientes-, así como en los problemas de imagen corporal.

La infancia como un período de estabilidad emocional y psicológica en las niñas, cambia con la llegada de la menarquia. Esta primera menstruación con sus ciclos hormonales dispara la aparición de varios trastornos anímicos en que destaca la depresión monopolar que afecta de dos a tres mujeres por cada hombre.

Esto sugiere que esta mayor propensión femenina a la depresión es debida, al menos en parte, a las hormonas, aunque esto no descarta a los factores psicosociales como es el ingreso de ellas al mundo laboral. Además, se aprecia que las mujeres tienden a adaptarse más y a reprimir su hostilidad, lo cual las afecta internamente. El hombre por su parte, exterioriza más y grita, maneja rápido, bebe o tiene sexo, pero una mujer ebria es sancionada en nuestra cultura. Asimismo, la mujer presenta otras formas de depresión asociadas al embarazo, parto y -al final de su edad fértil- al climaterio y menopausia. La ciencia sugiere que hay un grupo de mujeres que son más sensibles a los cambios hormonales. Es decir, si una mujer tiene el antecedente de trastorno premenstrual y luego hace depresión posparto, es altamente probable que más tarde se deprima en el climaterio.

Alimentación alterada:

Problema de salud mental casi netamente femenino, las mujeres constituyen el 95% de los casos de anorexia y de bulimia, conocidas como trastornos de la conducta alimentaria. Está relacionado con nuestra cultura occidental, donde la delgadez femenina se asocia con inteligencia, atractivo y es un símbolo de poder que permite concretar los sueños de las mujeres, este trastorno afecta a mujeres cada vez más jóvenes así como de menores recursos. Hoy se piensa que un 90% de estas niñas o jóvenes harán también síntomas depresivos.

El ideal de belleza es otro elemento que afecta fuerte a las mujeres en occidente, las que pueden llegar a presentar un trastorno delirante por su imagen corporal, por esto van seguidas al dermatólogo, al cirujano plástico y al gimnasio, actividades que terminan interfiriendo con su vida diaria.

Todo apunta a que belleza, alimentación, hormonas y ánimo son elementos que se afectan mutuamente y que, bien entrelazados, dan cuenta finalmente de la naturaleza contradictoria, cambiante, incomprensible y al mismo tiempo atractiva, de la mujer.¹⁵

2.3 Teorías del Duelo y Depresión.

El duelo humano se define como una reacción adaptativa natural, normal y esperable ante la pérdida. El duelo no es una enfermedad, aunque resulta ser un acontecimiento vital estresante de primera magnitud que tarde o temprano hemos de afrontar, casi todos los seres humanos.

La muerte del hijo/a y la del cónyuge, son consideradas las situaciones más estresantes por las que puede pasar una persona. Algunos investigadores también creen que la depresión puede de hecho causar ataques cardíacos, porque crea cambios hormonales biológicos que le agregan estrés al corazón. Además, las mujeres que sufren de depresión pueden no cuidarse bien a sí mismas, les falta energía para hacer ejercicio y se olvidan de ir a sus citas médicas y tomar las medicinas que se les han recetado.

Experimentar cinco o más de cinco de los siguientes síntomas de depresión clínica y estos duran tres semanas o más, se debe ver a un médico o terapeuta para tratarse:

Tristeza y llanto persistentes.

Bajo nivel de energía y cansancio constante.

Se siente desesperanzada e indefensa.

Cambios en su forma de alimentarse o de dormir.

Problemas de memoria, concentración y toma de decisiones.

Irritabilidad y preocupación excesiva.

Pérdida del placer en actividades habituales, incluyendo el sexo.

Baja autoestima.

Pensamientos suicidas.

15 Agüero, CM. «Modelo de cuidados enfermeros para usuarias con trastornos mentales. Desde la consideración mágica de la palabra en la experiencia de ser mujer». Rev. Presencia 2006 jul-dic;2 <http://www.index-f.com/presencia/n4/50articulo.php> fecha de consulta 12/junio/2008

Causas: La depresión es una enfermedad física que afecta los estados de ánimo, los pensamientos y los sentimientos. Según la Asociación Nacional de la Salud Mental, es a menudo el resultado de un desequilibrio químico cerebral que sucede por varias razones, tales como:

Estrés o trauma ininterrumpido (como un ataque al corazón).

La pérdida o muerte de un/a esposo/a o familiar o pérdida de un órgano o función del cuerpo.

Una enfermedad subyacente como la enfermedad cardíaca, el cáncer o la diabetes.

Reacciones opuestas a ciertas medicinas.

Abuso de drogas y/o alcohol.

Desempleo o pobreza.

Estar en relaciones abusivas o en medio de un divorcio difícil.

El uso de pastillas anticonceptivas y cambios en las hormonas de las mujeres, especialmente durante la pubertad y después de dar a luz.

La depresión también tiene un componente heredado o genético, lo que significa que la probabilidad de desarrollar la enfermedad es transmitida a menudo entre familiares, de una generación a otra. Estos genes pueden hacer que una persona sea más susceptible a experimentar un episodio de depresión y más de uno. El sexo también juega un papel considerablemente importante en la depresión, ya que muchas más mujeres que hombres sufren de la enfermedad; (algunos investigadores piensan que los porcentajes entre los sexos son de hecho más igualitarias, pero que los hombres esconden su depresión abusando del alcohol o a través de conductas machistas agresivas).

La depresión no es normal, ni es parte del vivir con una enfermedad cardíaca ni parte del proceso de envejecimiento. Es una condición médica que puede tratarse con medicinas y/o psicoterapia.

Se debe recordar que la depresión cuando no es tratada, puede conducir aún a más problemas graves de salud y es la causa principal de suicidio.

2.3.1 Histerectomía y duelo.

Una de las patologías que se ve con más frecuencia a nivel del tracto genital femenino son los miomas uterinos, dichos miomas son tumores benignos, es decir que no producen la muerte. Sin embargo, producen cierta sintomatología que debe ser controlada, como sangrado uterino anormal que puede producir anemia; otro síntoma es la pesantez pélvica que puede afectar en algún grado la columna vertebral; el tercer síntoma de importancia corresponde a las manifestaciones de desplazamiento y compresión de los órganos vecinos. Por todos estos síntomas en muchos casos el tratamiento requiere la extirpación total del útero (histerectomía). Pero si la mujer es joven se trata de evitar dicha cirugía, sobre todo en aquellos casos en los que la mujer desea tener hijos; por esta razón, las implicaciones psicológicas de dicha intervención van más allá de pensar que se trata de una simple cirugía; desde la infancia la mujer va percibiendo su feminidad basada en la capacidad de reproducirse y en todos los aspectos que giran en torno a este hecho, como son por ejemplo los cambios corporales de la pubertad, el embarazo y el climaterio. Por lo tanto cualquier perturbación en uno de estos niveles acarrea trastornos graves en la imagen corporal que la mujer tiene de sí misma.¹⁶

De este modo, para Bellak (1980) la enfermedad orgánica suele tener para la persona connotaciones simbólicas que son las que determinan el significado especial que la enfermedad tendrá en ella. Los efectos psíquicos de cualquier enfermedad dependen de la historia anterior del individuo, de tal forma que en la mayoría de los casos se puede establecer una relación directa entre la personalidad del paciente y el grado de respuesta emocional, patológica o no, que surge frente a la enfermedad.

Existen cinco tipos de respuesta que puede presentar la mujer ante la pérdida:

Por una parte, existe una reacción "normal" que se caracteriza por angustia o depresión, esta reacción tiene un límite de tiempo.

En segundo lugar, puede presentarse una reacción de "evaluación" a la enfermedad, la cual se manifiesta en una negación de esta; sin embargo dicha

¹⁶ Naranjo MA. "Un duelo específicamente femenino" <http://www.apfem.com/articulodelmes/070307> fecha de consulta: 3/mayo/2008

actitud se puede convertir en una depresión acompañada de angustia.

Por otra parte, un tercer aspecto es cuando se tiene la "depresión reactiva", la cual se puede prolongar y manifestarse en formas de hipocondría.

La cuarta reacción es la de centrar en la enfermedad toda una serie de conflictos psicológicos ya existentes en el sujeto o individuo.

Por último, un quinto punto sería que se puede llegar al grado de presentar una invalidez psicológica total, en cuyo estado la mujer crea dependencia patológica de sus seres queridos y limita su vida dejando de realizar sus actividades normales; esto hace que la mujer asuma actitudes de víctima.

De este modo, la magnitud simbólica de la histerectomía tiene una estrecha relación con la vida sexual de la mujer, se ve afectada tanto psíquica como psicológicamente en su esquema corporal, sobre todo cuando dentro de su percepción de sí misma, el útero representa gran parte de su feminidad. Si al hecho se le agrega extirpación de los ovarios, el conflicto se agrava aún más, puesto que la mujer lo vivencia como una castración. Esto implica que sus funciones hormonales (producción de estrógenos y progesterona) crean cambios a nivel físico y corporal. Por lo tanto, la mujer que ha sido sometida a esta intervención puede presentar sentimientos de minusvalía y depresión.

Muchas veces, la distorsión que puede sufrir la mujer respecto a la imagen de su cuerpo como consecuencia de la cirugía, es transmitida a su compañero, porque la pareja se identifica con la pérdida del útero, experimentando juntos sentimientos de minusvalía por la pérdida de la feminidad, esto trae como consecuencia dificultades en el ejercicio de su sexualidad.

Esto se debe a que el útero tiene un significado importante de procreación, pues es donde se alberga al bebé en su primer estadio de desarrollo y es considerado como fuente de juventud, regulador de salud y bienestar del cuerpo.

Siguiendo este orden de ideas, es de vital importancia que las mujeres que se someten a este tipo de intervenciones estén acompañadas por profesionales de la salud que comprendan y la guíen en medio de la fantasía que tiene la

mujer con respecto a la histerectomía, pues le da el significado de que ya no va a "servir" como mujer, sintiendo que pierde su órgano femenino. Este sentimiento de pérdida de la feminidad, la mayoría de las veces es resultado, por un lado, de fantasías negativas por parte de la mujer, pero por otro lado, se debe a la falta de información que da el médico sobre la verdadera situación. La mayoría de las veces la mujer no recibe toda la información de lo que va a suceder en la cirugía y menos sobre las consecuencias que va a sufrir. Por tanto, es importante superar dicha dificultad por medio de una información real del problema, así también con una actitud de apoyo y comprensión por parte de las personas que la rodean, pues se trata de un momento en donde la mujer experimenta una situación de cambio y necesita sentirse escuchada, comprendida y valorada para poder expresar sus sentimientos con libertad y elabore el duelo con éxito.

Jamás, bajo ninguna circunstancia, se pierde la verdadera esencia de la feminidad, por tanto no es cierto que la mujer la pierda con la cirugía.¹⁷

2.4 Aspectos éticos.

“La ética siempre produce más interrogantes que respuestas satisfactorias. No existe ninguna teoría, principio, o regla que pueda dar respuesta a todos los interrogantes de la vida... La ética es sobretodo un intento, una aventura de cómo ser humano”

Verena Tschudin

La evolución que ha tenido la Enfermería al pasar de un oficio o trabajo artesanal con labores de cuidado basadas en el espíritu de servicio y en la intuición, a fin de actuar para hacer el bien, constituyen prácticas que fueron vistas con aprecio por las personas beneficiadas debido al espíritu de bondad y de acompañamiento que mostraron en su momento. Las prácticas de enfermería, en la segunda mitad del siglo XX, han sufrido una transformación hacia un proceso de acción sistematizado, sustentado en conocimientos con fundamentos teóricos y aplicación progresiva de los adelantos de la tecno-

¹⁷ Especialidades médicas, "La Histerectomía" <http://www.medicina21.com/doc.php> fecha de consulta: 4/mayo/2008

ciencia y de la ética que hoy, con los cambios y los progresos alcanzados, le imprimen a dichas prácticas de cuidado el carácter de una disciplina y práctica profesionales con su propia naturaleza, su carácter disciplinar e interdisciplinar y su dimensión ética.

Reflexiones sobre la Ética en enfermería.

El sustento teórico de la Enfermería comienza a desarrollarse y adquirir mayor precisión y validez con estudios de investigación desde hace poco más de cien años, a partir de las reflexiones y observación, recolección y análisis de datos que hizo F. Nightingale con los que sustentó sus proyectos de mejoramiento de los servicios de salud. Sin embargo, es apenas hacia la mitad del siglo pasado cuando en verdad se concreta con el estudio sistematizado de la enfermería, con resultado de investigaciones realizadas con rigor metodológico y la formulación de varias propuestas de modelos teóricos y teorías de enfermería que sustentan la práctica.

La fundamentación ética y humanitaria de la enfermería se ha hecho evidente desde la antigüedad. También se aprecia un progreso significativo en la investigación en enfermería con el propósito de definir paradigmas, modelos y enfoques teóricos orientados a describir la naturaleza de los fenómenos y los cuidados de enfermería y probarlos en diferentes escenarios. Enfermeras investigadoras, personalmente y en grupos, prueban, evalúan, modifican y enriquecen sus trabajos sobre teorías de enfermería con diversos tipos de investigación y proyectos de aplicación de sus hallazgos en la práctica y enseñanza de la profesión.

Es importante reconocer que el progreso de la ciencia y la tecnología es una respuesta a la crítica que se hace a la investigación para resolver interrogantes conceptuales o metodológicas, para aclarar dudas sobre procesos o resultados o para resolver cuestionamientos de validez; éstos y otros aspectos también se relacionan con la dimensión ética de la enfermería. Con los trabajos de las teóricas de enfermería, que de una u otra forma definen los conceptos en concordancia con el enfoque de su teoría, se ha

podido precisar una visión de la naturaleza de la enfermería y la comprensión de los fenómenos que vienen a construir, actualizar y enriquecer el conocimiento de la disciplina desde lo filosófico y específicamente, desde lo ético, lo ontológico, lo epistemológico y lo estético. En las características propias de cada enfoque teórico se aprecian las interrelaciones que se proponen entre los elementos del metaparadigma de enfermería, las que son importantes en el momento de analizar la dimensión ética. La ética, como sabemos, se refiere a la conducta de la persona en sus relaciones con los demás y con su ambiente, por lo tanto, para reflexionar sobre este aspecto es necesario identificar las interrelaciones entre los elementos del paradigma (persona, ambiente y salud), a fin de resaltar los principales comportamientos éticos y bioéticos en las relaciones de la persona con el otro, teniendo como guía los valores, los principios éticos, los aspectos humanitarios y los aspectos bioéticos relacionados con el respeto y el valor de la vida humana y de todas las formas de vida, así como las condiciones y comportamientos de las personas para preservarla.¹⁸

La persona que da cuidado de enfermería se valora en su comportamiento, en las relaciones con la persona cuidada con quien se relaciona individualmente o como miembro de una familia o grupo comunitario, siempre respetando su individualidad, su valor y dignidad, sus derechos, sus necesidades y sus prioridades, su cultura, su historia y el ejercicio de su autonomía. En los diferentes comportamientos, conductas e intervenciones del profesional de enfermería, al realizar el acto de cuidado se debe traducir la dimensión filosófica, ética y bioética, de humanización y científico-técnica que fundamenta su conocimiento y su actuar, que la sociedad percibe y valora como buen cuidado. Se requiere de un trabajo arduo y consistente de los profesionales de enfermería que muestre resultados convincentes de investigación para introducir políticas y sistemas de prácticas de cuidado

18 Brussino SL, "Ética de las virtudes y medicina" <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc> fecha de consulta:17/mayo/2008

guiados por los conocimientos teóricos de enfermería y por los componentes de ética, bioética y humanización que sustentan todas las intervenciones.

En este trabajo se tomaron en cuenta determinadas consideraciones éticas para realizar el presente estudio de caso, las que han sido extraídas del código de ética de las enfermeras y enfermeros de México, el cual nos dice que cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos, los cuales pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros, que además de tener implicaciones legales son indispensables para el desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de la persona.

Principio de beneficencia y no maleficencia: Obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se basa en deberes universales como son el hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nadie. En caso de que al aplicar este principio no se tengan las condiciones, medios o conocimientos para hacer un bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales.

Principio de autonomía: Respeto a las personas como individuos libres, tomando en cuenta sus decisiones producto de sus valores y convicciones personales. Se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en donde consta por escrito si el paciente está conciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

Principio de confiabilidad: Este afirma que la enfermera se hace digna de la confianza y el respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información a sus clientes (pacientes), al dar enseñanza, realizar los procedimientos propios y ofrecer servicios o ayuda a las personas.¹⁹

2.4.1 Relación enfermera-paciente.

Partiendo del hecho de que la persona es única y particular, que determina sus necesidades y problemas, los que conforman el punto de referencia del cuidado de enfermería. Posee un cuerpo y un espíritu propios, es un ser que conoce y que piensa, con libre albedrío, elementos con los que es capaz de realizarse plenamente, lo que lo hace el mejor candidato para su auto cuidado. A su vez la persona es un ser cultural con la capacidad de transformar su mundo hasta hacer de él un mundo de cultura, sólo así podrá convertirse en su espacio vital con las múltiples determinantes sociales y culturales que entran en el auto cuidado. Al referirnos a persona se entiende que pueden ser individuo, familia, grupo o comunidad. Si las enfermeras parten de los cuatro elementos conceptuales del metaparadigma (salud, entorno, persona y enfermería) que son la base del conocimiento enfermero, es más fácil ubicarse en la naturaleza del quehacer profesional en sus diferentes escenarios y cuidar a la persona sana o enferma.²⁰

Koldjeski, autor que sostiene que el concepto de cuidado comprende las dimensiones humanística y científica. La primera implica la valoración de la persona como ser humano, experimentar con o estar allí, transmitir esperanza ante cualquier contingencia relacionada con la salud, interés y preocupación por el otro y actualización por la relación enfermera–persona que le permite desarrollar un sentido de solidaridad humana; la segunda involucra las relaciones profesionales, la promoción y mantenimiento de la salud a través de la educación, el aplicar el saber enfermero a los procesos y experiencias humanas frente a la enfermedad, control del entorno y mantenimiento de la

19 Secretaría de salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Comisión Interinstitucional de Enfermería México 2001 Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/page/pdf/codigo_etica.pdf fecha de consulta 27/junio/2008

20 Guillén VR. "Enfoque conceptual de enfermería":

<http://www.exactas.unlpam.edu.ar/academica/carreras/enfermeria/documentacion> fecha de consulta: 21/mayo/2008

integridad humana. Define los cuidados profesionales como: “... *el uso terapéutico del yo de la enfermera con el paciente a través de la participación mutua en un tipo especial de relaciones, interacciones y acciones para conseguir cambios en la enfermedad y las experiencias relativas a la salud que abarcan el yo, el cuerpo y el contexto*”.²¹

La relación enfermera–paciente se considera terapéutica si el paciente puede beneficiarse de ella y este hecho también incumbe a la enfermera. Cada relación enfermera–paciente es diferente; Peplau considera el enfoque individualizado como algo esencial que debe basarse en un respeto básico sin prejuicios. Considera a la enfermera como alguien que da respuestas específicas generalmente relacionadas con un problema importante por tener habilidades y actitudes adecuadas para ello. La relación que se establece entre enfermera–paciente es el eje central de su modelo y pasa por cuatro fases definibles: *orientación, identificación, explotación y resolución*. Cada fase tiene usos y características particulares, aunque en la práctica tiendan a superponerse o repetirse, sobre todo las fases tempranas según las necesidades del paciente.

En la primera fase la enfermera ejerce una función de *orientación* a la persona que se encuentra ante una situación extraña que no puede controlar, esta fase necesita tiempo y espacio para su desarrollo. Como Peplau afirma en su obra original, la enfermera y el paciente aprenden a trabajar de un modo cooperativo para resolver las dificultades. Si en la fase de orientación se valora globalmente lo que está ocurriendo y a quien puede recurrir, la fase de *identificación* comienza cuando el paciente tiene más claro cual es el problema. Esta fase implica que se identifique con la enfermera y que esto contribuya el desarrollo del paciente hacia la resolución del mismo. A medida que el paciente tiene una visión más clara de su situación y de cuales son sus necesidades, amplía el uso de los recursos disponibles en los que están incluidos las personas y el ambiente, esto caracteriza la fase de *explotación*, en esta fase la relación está

21 Medina JL. La pedagogía del cuidado: Saberes y práctica en la formación universitaria en enfermería. Barcelona 1999. pp 56

situada en un nivel significativo, la planificación y ejecución del plan de cuidados puede ser un proceso de cooperación.

Peplau ve la fase de resolución como "un proceso de independización", que debe ser planificado con antelación y debe producirse gradualmente, de forma que el paciente inicie y desarrolle actuaciones que lo conduzcan a la independencia.²²

Relación enfermera-paciente: Se establecen tres niveles en la relación enfermera-paciente y estos son:

La enfermera como sustituta del paciente: Éste se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

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

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

Relación enfermera-médico: La enfermera tiene una función especial, diferente a la de los médicos, la mayor parte de su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

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

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos, asistencia directa en su autocuidado según sus requerimientos, debido a las incapacidades que

vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

2.5 Proceso Atención de Enfermería.

La ciencia de enfermería se basa en un sistema amplio de teorías. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar.

El Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, sus conocimientos y sus habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Tiene como objetivo, proporcionar un sistema dentro del cuál se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad.

Se organiza en cinco fases: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Estas etapas constituyen las fases de actuación concretas que tienen carácter operativo. El Proceso de Enfermería es un todo cíclico, dinámico e inseparable, pero estructurado en secuencias lógicas.

Beneficios del proceso enfermero. Se le asignan algunos beneficios reales en el sentido que:

- Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales.

- Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico.

- Evita que se pierda de vista el factor humano.

Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.

Adapta las intervenciones a la persona, no únicamente a la enfermedad.

Contribuye a que los usuarios y sus familiares se den cuenta de que su colaboración es importante, de que sus puntos fuertes son recursos.

Permite que las enfermeras aumenten el grado de satisfacción al obtener mejores resultados terapéuticos.

El proceso enfermero:

Tiene enfoque holístico, amplio, que valora el cuerpo, la mente y el espíritu y pretende potenciar al máximo la capacidad de las personas para hacer actividades que para ellas son importantes.

Considera principalmente como se ven afectadas las personas por los problemas de funcionamiento de los órganos y sistemas (respuestas humanas).

Se centra en enseñar a mejorar el funcionamiento y a ser independiente.

Requiere la consulta con los médicos para el tratamiento de la enfermedad o traumatismo.

Le interesan las personas, sus seres allegados y los grupos²³

Con el proceso de los cuidados de enfermería nos referimos a un análisis de la situación, encaminado a identificar las necesidades o problemas de salud y su naturaleza, de una o varias personas a quien se han de dirigir los cuidados. Este análisis deberá situarse en tiempo, ya que habrá de evaluar la acción curativa, permitiendo captar las condiciones en que se aplicarán las intervenciones, siendo ésta la base de la gestión de los cuidados. Colliere lo menciona como un proceso de descubrimiento, ya que todos los cuidados representan un encuentro entre dos personas que se complementan respecto a su necesidad de salud, es decir, se ha de situar a la persona en todos los aspectos o enfoques (mujer, madre, hermana, hija) de acuerdo a su edad, estilo de vida, rol social, a fin de poder actuar de forma complementaria en aquello que no saben o no pueden hacer, que solo pueden hacer con ayuda.

23 Acosta, AC. "El proceso enfermero" <http://www.enfermeria.uady.mx/sitioflash/proceso> fecha de consulta: 4/mayo/2008

Así, en todas las situaciones sobre el cuidar, son los usuarios del cuidado la primera fuente de información o conocimiento, por aquello que nos dicen ya sea de forma abierta o a través de expresión no verbal, ya que todo esto nos puede conducir a preguntas más elaboradas, para lo cual contamos con al menos dos herramientas: el interrogatorio no dirigido (conversación donde el cuidador deja que la persona se exprese a su propio ritmo), y el interrogatorio dirigido, (centrado en el problema) y que pueden usarse de forma complementaria.

El proceso de esta manera tendrá un enfoque global o antropológico, ya que centra a la persona en su contexto, intentando comprenderlo en sus hábitos, valores, creencias, etc. Dentro de este proceso, Colliere menciona además la *Interpelación de los signos*, que es el saber diferenciar los signos de un problema del problema mismo; la reorganización de la información, que permite una reflexión consistente en movilizar la información, encontrar relación con base en tres aspectos: Referente a la persona, referente al entorno y medio ambiente, y referente a su enfermedad.²⁴

Todo este proyecto de cuidados de enfermería exige estar ubicado en tiempo y espacio a fin de facilitar la desimplificación progresiva, a su vez permite reajustes y a fin de considerar el espacio en que se darán los cuidados, ya que el ambiente hospitalario es hostil para las personas, ya que no están familiarizadas con él, en cambio si se dan en el domicilio de la persona, serán los cuidados lo que tendrán que adaptarse.²⁵

El Proceso de Enfermería se ha caracterizado por ser intencionado, sistemático, dinámico, interactivo, flexible y basado en teorías. Exige como requisitos previos, opiniones, conocimientos y habilidades. Las opiniones forman el sistema teórico sobre el que se basa la práctica de la Enfermería. Los conocimientos y las habilidades constituyen los instrumentos para la realización de las cinco etapas del Proceso. El uso del P.A.E. tiene

24 Colliere, MF. Promover la Vida. McGraw-Hill Interamericana, México 1999 pp 233

25 Idem pp 285

consecuencias para la profesión, para la persona objeto del cuidado y para el profesional de enfermería en particular. En sentido profesional, el proceso de Enfermería define el alcance de la práctica de la profesión e identifica las directrices de la asistencia de Enfermería. La persona se beneficia del uso del Proceso atención de Enfermería, ya que le asegura la calidad de la asistencia, al tiempo que lo estimula a participar de la misma. Finalmente, las ventajas para el profesional de enfermería en particular, son una mayor satisfacción por el trabajo y un aumento del desarrollo profesional.

A través del tiempo, la Enfermería se ha considerado como un arte y en ocasiones hasta como ciencia. En este contexto se diría que el arte se debe considerar más que un concepto estático, suponiendo una percepción más dinámica y en constante desarrollo que extrae su sustancia de la intuición estética. Isabel M, Stewart, considera a la enfermera como una “verdadera artista”, esencial en el progreso de la profesión hacia algo más que un oficio de gran calidad. Comprendió que muchos veían el arte y la técnica como una entidad única, pero explicaba que un trabajo técnicamente perfecto, puede carecer de arte. La técnica, el alma, la mente y la imaginación son esenciales para formar a un verdadero artista.²⁶

Relación entre el modelo de Virginia Henderson y el proceso de atención de enfermería: El proceso de atención de enfermería es un método sistemático de prestar cuidados enfermeros. Su empleo ha de estar guiado por el modelo conceptual que en este caso es el de V. Henderson.

En el sentido filosófico del término, el método, ligado al dominio específico de la enfermería, en la actualidad es el Proceso de Enfermería, que comporta fines particulares y una forma de proceder que le es propia.

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

²⁶ Cristina “Historia de la Enfermería». http://usuarios.lycos.es/aficionada1/historia_de_la_enfermeria.html fecha de consulta: 4/mayo/2008

Existen otras teorías, todas ellas mantienen como constantes la conservación y el progreso de salud de la persona, mediante acciones organizadas. Es decir, conseguir la calidad en los cuidados y la calidad de vida.

1. Valoración: Esta fase incluye la recopilación de datos de la persona, sus necesidades y problemas y las respuestas humanas, limitaciones, incapacidades, etc. que se producen ante ellos. La validación y la organización de los datos, según clasificaciones conceptuales.

La valoración orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que debe recogerse y sobre la forma de organizarlos y clasificarlos, determinando en cada caso cuáles son relevantes y apuntan a la presencia de un problema propio, y los que señalan la posible existencia de un problema que debe ser tratado por otro profesional.

2. Diagnóstico enfermero: En esta etapa se produce la identificación de los problemas interdependientes y de los Diagnósticos de enfermería. Proporciona los criterios necesarios para decidir si hay o no, desviación de las normas esperadas.

Si la respuesta es negativa, finaliza la intervención enfermera; si es afirmativa, permite analizar las claves, hacer inferencias, interpretarlas, enunciar hipótesis, validarlas y formularlas.

Es el juicio clínico que formula la enfermera ante una situación de salud y que se soluciona a través de intervenciones determinadas por ella. Definen la actuación enfermera destinada a lograr objetivos de los que la enfermera es responsable. Se describe el problema, la causa o causas mediante la fórmula "relacionado con" (r/c) y según los datos objetivos o subjetivos "manifestado por" (m/p).

Se utilizan las categorías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) de 1990. El modelo de V. Henderson determina problemas relacionados con la autonomía y problemas relacionados con independencia.

Diagnósticos reales. Identifica situaciones en las que el usuario ha perdido o no ha alcanzado el nivel óptimo de desarrollo de su potencial para lograr la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas. Hay factores causales originados por una o más áreas de dependencia.

Diagnósticos de riesgo. Identifican situaciones en las que el usuario está a punto de perder su independencia. No hay manifestaciones de dependencia, pero están a punto de aparecer en un futuro por la presencia de factores relacionados.

Diagnósticos de salud. El usuario puede aumentar el nivel de desarrollo de su potencial, demuestra conductas adecuadas pero puede y quiere mejorarlas.

Problemas de colaboración: Son aquellos problemas de salud reales o potenciales. Se denominan problemas interdependientes o complicaciones potenciales, en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y control prescritas por el médico. Dependen principalmente de la patología del paciente, de la aplicación del tratamiento médico y del control de la respuesta a éste, así como de la evolución de la situación patológica. Se presentan con pocas variaciones entre unos enfermos otros que se encuentran en la misma situación. Estos problemas son más fáciles de estandarizar. Es importante consensuar con los médicos cuales son las complicaciones más frecuentes relacionadas con estas situaciones patológicas, su diagnóstico y su tratamiento y también las actividades de prevención y control más indicadas. La enfermería es plenamente responsable de su actuación aunque la responsabilidad del resultado final recae sobre el médico. Para nombrar estas situaciones es necesario utilizar la terminología médica que describe las alteraciones de la homeostasis biológica. Pueden tratarse de problemas ya existentes o reales (PI) o pueden referirse a complicaciones potenciales (CP) para indicar que el problema aún no existe y hay que vigilar o prevenir si es posible.

3. Planificación: Es la etapa en la que se elabora el plan de cuidados adecuado a la situación. Consiste en el establecimiento de prioridades y la

identificación de los objetivos que se han de conseguir y la actuación más adecuada para lograrlos. Al formular objetivos hay que distinguir entre los problemas de colaboración donde la enfermera no es la única responsable y se han de formular en detectar signos y síntomas e instaurar medidas preventivas. Los objetivos de los diagnósticos enfermeros son los que guían la actuación enfermera y deben estar formulados en términos de conducta del usuario y no de la enfermería. Hay objetivos para los diagnósticos de riesgo, para los reales y para los de salud. Deben tener sujeto, verbo, tiempo, modo y medida.

Para los problemas con relación a la autonomía se identifica la capacidad del paciente y se establece la ayuda necesaria, se implicará al usuario en la medida de lo posible en sus cuidados. Si el paciente no tiene autonomía se determina quién es la persona que desempeñará el papel de agente de autonomía asistida y si es un familiar, la enfermera se asegurará que posee los conocimientos necesarios para llevar a cabo las actividades requeridas y si no posee conocimientos ni habilidades se planificarán intervenciones para desarrollar capacidades. En los problemas con relación a la independencia se puede abordar desde la orientación al problema o la causa e incidir sobre las fuentes de dificultad, instruyendo, animando o desarrollando capacidades.

Objetivos: Reflejan el resultado esperado, en términos de nivel de desarrollo del potencial para lograr la independencia, tras la realización de las intervenciones, y son distintos si se tratan de problemas reales de riesgo o de salud.

Determinación de intervenciones y actividades: Se deben consensuar con el usuario/familia y variarán en función del tipo de problemas de que se trate.

4. Ejecución: Es la puesta en práctica del plan de cuidados y dónde la enfermera presta sus servicios. Consta de preparación, realización y registro de la actuación y resultados. Debe dar todo el protagonismo a la persona/familia en la toma de decisiones y su participación en los cuidados. El modelo adoptado repercute en las intervenciones seleccionadas y en la forma de llevar a cabo las actividades planificadas en la etapa anterior.

5. Evaluación: Las actividades de esta fase determinan el progreso del paciente hacia los objetivos. Actúa como mecanismo de retroalimentación y de control para todo el proceso. La evaluación posibilita el movimiento en el ciclo completo del proceso y da idea de globalidad. En la fase de evaluación, se determina la eficacia de la intervención enfermera en términos de logro de los objetivos propuestos. Consta de valoración de la situación actual del usuario, comparación de los objetivos y emisión de un juicio para mantener, modificar o finalizar el plan de cuidados. Al igual que sucedía en la etapa de valoración, durante la evaluación, el modelo adoptado, dicta los datos objetivos y subjetivos necesarios para valorar el estado de salud de la persona en respuesta a la actuación enfermera, y permite determinar el grado de consecución de objetivos propuestos a fin de determinar, la actuación que debe seguirse.

2.5.1 Análisis y valoración de datos.

Valoración: Es el punto de partida del Proceso de Enfermería. Es la base de todas las etapas siguientes, lo que la convierte en el banco de datos imprescindible para tomar decisiones. Su objetivo es recoger datos sobre el estado de salud del paciente, estos datos han de ser confirmados y organizados antes de identificar los problemas clínicos y/o diagnósticos de enfermería.

La valoración incluye diferentes acciones: obtención de la información, su interpretación y posterior organización de toda la información obtenida.

1.- Obtención de la información:

En la fase de valoración, la enfermera evaluaría a los pacientes a partir de cada uno de los 14 componentes de los cuidados básicos de Enfermería. Tan pronto se evaluara el primer componente, la enfermera pasaría al siguiente y así sucesivamente hasta que las 14 áreas quedaran cubiertas. Para recoger la información, la enfermera utiliza la observación, el olfato, el tacto y el oído. Para completar la fase de valoración, la enfermera debe analizar los datos

reunidos. Esto requiere conocimientos sobre lo que es normal en la salud y en la enfermedad.

Para analizar y valorar todos los datos obtenidos, se pueden recoger los datos en el siguiente esquema:

Informaciones generales (Nombre, Edad, Sexo, Estado civil, Diagnóstico, Ocupación, Nacionalidad, Lugar donde se encuentra la persona).

Necesidades fundamentales:

1. Respirar:

Vías respiratorias: Ritmo, Amplitud, Influencia de las emociones, Entorno:

2. Beber y comer:

Vías digestivas, Tipo y cantidad de alimentos y líquidos absorbidos, Hábitos alimentarios, Sentido de la nutrición, Influencia de las emociones.

3. Eliminar:

Vías de eliminación, Deposiciones, Frecuencia de emisión de deposición y orina:

Cantidad y aspecto, Menstruación, Hábitos de eliminación.

4. Moverse y mantener una buena postura:

Alineación de los miembros, Movimientos, Posición habitual, Circulación sanguínea y coloración de la piel, Pulso, T/A, Actividades, Influencia de las emociones.

5. Dormir y descansar:

Hábitos de sueño y de descanso, Influencia de las emociones.

6. Vestirse y desvestirse:

Estatura, Corpulencia, Hábitos en el vestir, Significado de los vestidos y de la apariencia física.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:

Grados de temperatura, Influencia de las emociones, Entorno.

8. Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos: Estado de la epidermis, cuero cabelludo y de las uñas, Piel bien hidratada, Boca y nariz secas, Hábitos de limpieza:

9. Evitar los peligros:

Medidas físicas y psicológicas, Entorno:

10. Comunicarse con sus semejantes:

Visión, Oído, Actitudes verbales, Actitudes no verbales, Expresión de ideas y emociones, Comunicación con familia y amistades.

11. Actuar según sus creencias y sus valores:

Creencias, Expresión de sentimientos religiosos.

12. Ocuparse para realizarse:

Medios utilizados por el individuo para realizarse, Manifestación de las emociones y de los sentimientos:

13. Recrearse:

Condición física, mental y emocional, hábitos recreativos y distractores (pasatiempos), Ocio.

14. Aprender:

Condición física, mental y emocional, Importancia de conocer y aprender, Medidas individuales de aprendizaje, Nivel de escolaridad.

Una vez recogidos todos los datos es importante valorar las manifestaciones de independencia y de dependencia de cada necesidad así como de las fuentes de dificultad que producen esas manifestaciones de dependencia.

2.5.2 Diagnósticos enfermeros.

Diagnóstico:

Para Virginia Henderson, un diagnóstico de enfermería es un problema de dependencia que tiene una causa que las enfermeras pueden tratar para conseguir aunque sea una milésima de independencia.

Una enfermera puede diagnosticar o emitir un dictamen sobre las necesidades alteradas que tienen las personas a las que atiende.

El diagnóstico comprende varias acciones:

Análisis de datos, identificación de los diagnósticos de enfermería, identificación de los problemas interdependientes, problemas de enfermería.

A) Análisis de datos: Después de ser clasificados en manifestaciones de independencia y de dependencia y en fuentes de dificultad, los datos son comparados entre ellos.

Las manifestaciones de dependencia y las fuentes de dificultad son retenidas porque requieren intervenciones por parte de la enfermera “aquí y ahora”. Hay que separar lo que yo puedo resolver con mi función autónoma y lo que no puedo resolver.

B) Planteamiento de hipótesis: A partir de estas manifestaciones de dependencia proponemos nuestras hipótesis diagnósticas.

C) Validación: Para ello acudimos a la definición del diagnóstico para cerciorarnos de que se adapta a nuestro problema.

D) Valoración: Valorar como incide nuestro problema en las 14 necesidades fundamentales, aparte valoramos que porcentaje de las manifestaciones de ese diagnóstico se adapta a nuestro problema, con lo que conseguiremos obtener el problema fundamental de nuestro paciente. Este problema que hace que las 14 necesidades no estén satisfechas.

2.5.3 Tecnologías propias.

Planificación: Según Henderson, la fase de planificación supone hacer que el plan responda a las necesidades del individuo, actualizarlo como convenga a partir de los cambios, utilizarlo como un historial y asegurarse de que se adapta al plan prescrito por el médico. En su opinión un buen plan integra el trabajo de todos los miembros del equipo de salud.

En esta etapa hay que pensar por adelantado lo que vamos a hacer.

Fijación de prioridades: consiste en colocar el orden en el que vamos a resolver el problema, esto se hará según:

Amenaza de muerte

La persona (cliente)

El impacto del problema (el que más influye en las 14 necesidades)

Establecimiento de los objetivos: estos pueden ser a corto o a largo plazo siempre que se pueda deberán marcarse con el paciente.

La enfermera y el paciente siempre están luchando por la consecución de un objetivo, ya sea la independencia o la muerte pacífica. Una meta de la enfermera debe ser lograr que la jornada del paciente transcurra dentro de la “normalidad posible”. El fomento de la salud es otro objetivo importante para la enfermera.

Determinación de las actividades de enfermería: Las actividades surgen de la causa que genera esas manifestaciones de dependencia.

Los modos de intervención o suplencia son clave para las actividades de los diagnósticos de enfermería.

Estos pueden ser:

Realizar una actividad por él: sustituir, reemplazar.

Ayudarlo a realizar la actividad: completar.

Enseñarlo a realizar la actividad: aumentar o añadir.

Supervisar la actividad: reforzar.

Ejecución: En la fase de ejecución, la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad o para conseguir una muerte pacífica. Las intervenciones son individualizadas según los principios fisiológicos, la edad, los antecedentes culturales, el equilibrio emocional y las capacidades físicas e intelectuales. Aunque toda la documentación se realiza en las fases anteriores del proceso, adquiere un valor fundamental en la ejecución; quizás ello sea debido a un principio jurídico muy extendido y de aplicabilidad a nuestro contexto asistencial” lo no escrito no forma parte de la realidad”.

Evaluación: Una vez ejecutado el plan de cuidados, la etapa siguiente es la Evaluación; por tanto, es la etapa final del proceso de Enfermería.

En este nivel de operación cuando la enfermera, al final del Proceso de Enfermería, compara el estado de salud del paciente con los resultados definidos en el plan de atención.

Henderson evaluaría al paciente según el grado de capacidad de actuación independiente. Según Henderson los objetivos se habrían conseguido si se hubiera mejorado aunque sea una milésima de independencia, si se hubiera

recuperado la independencia o el paciente recibe una muerte apacible o la aceptación de su pérdida, como en éste caso.²⁷

²⁷ Hernández, J. y Esteban, M. "Fundamentos de Enfermería. Teoría y método". McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1999.

recuperado la independencia o el paciente recibe una muerte apacible o la aceptación de su pérdida, como en éste caso.

27

III. METODOLOGÍA.

Se trata de la aplicación del método científico, considerando para su desarrollo:

Desarrollo de metodología de trabajo en equipo

Asignación de responsabilidad de cuidados

Aplicación del método científico a los cuidados, pudiendo hacerlo en dos formas:

Método Individualizado:

Valoración inicial (Entrevista / observación / exploración física).

Detección de Necesidades alteradas mediante diagnósticos de enfermería u otras formas de formulación de problemas del paciente.

Formulación de objetivos con el paciente.

Planificación de intervenciones y actividades de enfermería.

Ejecución de las actividades conforme a la prescripción y pauta.

Registro de las actividades realizadas.

Evaluación continua.

Método Estandarizado: Asignación informatizada del plan de cuidados en función del motivo de ingreso.

La valoración inicial es utilizada como método de ajuste del plan de cuidados asignado desde el ingreso a la unidad de atención correspondiente.

Ejecución de las actividades conforme al plan de cuidados estandarizado.

Registro de las actividades realizadas.

Evaluación en cada día de estancia de la persona, ajustando el plan estándar.

Prestación de cuidados de acuerdo a una unidad de criterio, a través de unos cuidados estandarizados en: Procedimientos generales y /o específicos, protocolos clínicos y/o técnicos de cuidados, planes de cuidados estandarizados, orientados a las situaciones de salud más prevalentes en

cada unidad de enfermería y a los procesos asistenciales implantados en nuestro hospital, continuidad de cuidados a través del Informe de enfermería al alta.²⁸

Se realizó el presente estudio de caso a una persona que acudió al Hospital Central Sur de Alta Especialidad, dependencia de los servicios médicos de Petróleos Mexicanos, al servicio de Gineco Obstetricia, para lo cual se solicitó de antemano la autorización de la persona misma y de su familiar, en este caso de su esposo.

3.1 Herramientas de Trabajo.

Se empleó el método de Proceso Atención de Enfermería, orientado por el modelo conceptual de Virginia Henderson, con apoyo de teóricos sobre el proceso de duelo.

En la etapa de valoración se evaluó a la persona de manera exhaustiva y focalizada a través de la exploración física con base en el método clínico además de la recopilación de datos por medio del interrogatorio directo e indirecto ya que se contó con el apoyo de su familiar (esposo). Todo esto con los datos propios de la valoración. Asimismo, se utilizaron otras herramientas como lo son la revisión del expediente e historia clínica, la hoja de registros médico-clínicos y de enfermería que incluye el registro de los indicadores de calidad (vigilancia control de la administración de medicamentos vía oral, de venoclisis instalada, de sonda vesical instalada, de prevención de úlceras por presión), contando también con el apoyo de investigación bibliográfica para complementar el plan de atención.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Es la aceptación y autorización por parte del usuario, en pleno uso de facultades para implicarse voluntaria y libremente en una decisión clínica o por

28 H.U.R.S. España "Planificación de cuidados" http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria/2006/metodo_cuidados fecha de consulta 25/05/08

parte de su familiar legalmente autorizado en caso de incompetencia del usuario, para la realización de procedimientos para tratamiento de carácter médico. En este caso enfocado al cuidado y con base en las necesidades de Virginia A. Henderson, se le solicita su colaboración explicándole previamente los beneficios de la elaboración de diagnósticos de enfermería y la elaboración de un plan de cuidados, como serían la disminución de riesgos y complicaciones dentro del proceso de recuperación del evento motivo del tratamiento.

Los requisitos del consentimiento informado son: libertad, competencia e información suficiente. Tiene que entenderse como fruto de la relación clínica positiva enfermera-paciente, basada siempre en la confianza y en la información continua.

Debe favorecer la comprensión del procedimiento o cuidado propuesto, en qué consiste, alternativas posibles, la oportunidad y los resultados esperados (con beneficios secuelas y riesgos) con el fin de llegar a una decisión, ya sea de aceptación o de rechazo. Debe existir constancia de esa decisión por medio de la firma de un documento que consigna el deber previo de informar satisfactoriamente al usuario, así cuando la persona firma el documento de consentimiento, consiente libremente y sin coacción a ser objeto de procedimientos y cuidados sobre lo cual se le ha informado adecuadamente para poder decidir.

3.2 Fases de Intervención.

3.2.1 Trans-operatorio. Técnicamente empieza con la acomodación del paciente en la mesa quirúrgica y acaba cuando el paciente es trasladado a la sala de reanimación. En esta fase se contemplaron únicamente, para mantener la continuidad con la fase anterior, las necesidades que potencialmente pudieran estar alteradas e igualmente se procedió a planificar los objetivos y las actividades a realizar. El análisis de la fase trans operatoria quería ser una prospección acerca del contenido que deberían tener las trayectorias clínicas del bloque quirúrgico.

3.2.2 Post-operatorio inmediato. La etapa post-operatoria se subdivide en tres partes: inmediato (primeras horas después de terminada la cirugía hasta su alta del servicio de recuperación), mediato (tiempo de internamiento en piso hasta su alta a su domicilio) y tardío (comprende desde el primer día extra hospitalario hasta su alta definitiva una vez resuelto el evento). La etapa inmediata, técnicamente empieza cuando el paciente es llevado a la sala de recuperación y acaba cuando el anestesiólogo, enfermera y cirujano finalizan los cuidados de seguimiento y es dado de alta del área de recuperación quirúrgica y trasladado a piso. Debo mencionar que fue en esta etapa cuando se detectaron los primeros indicios de que la paciente del presente estudio, manifestaría duelo y riesgo de mal manejo de éste al reportar datos de incredulidad y no aceptación, manifestados por llanto y rechazo a las personas (tanto equipo médico y familiares) durante casi todo el periodo de recuperación inmediata.

3.2.3 Post-operatorio mediato. Esta Etapa del post-operatorio comprende desde su ingreso al piso de hospitalización hasta su alta del hospital, cuando la enfermera deja de tener el contacto cotidiano y permanente durante las 24 horas dividido en 3 turnos. La fase postoperatoria contempló el retorno desde la sala de operaciones, su recuperación y su preparación (con la correspondiente información clínica y sanitaria) para ser dado de alta. Aquí se incluyeron las recomendaciones domiciliarias que el paciente debía seguir después de ser dado de alta que eran seguidas y evaluadas en el contacto telefónico que se establece con él en las siguientes 24 horas y los días que le siguieron, las consultas programadas y las entrevistas que se incluyeron en estas. La metodología utilizada en este último tramo de la trayectoria coincidió con la de la fase pre operatoria a pesar que el tipo de problemas detectados en esta fase suelen ser diferentes como diferentes son los objetivos marcados y las consiguientes actividades a realizar.

Necesidades fundamentales:

1. Respirar: Vías respiratorias: Ritmo, amplitud, influencia de las emociones, entorno.
2. Beber y comer: Vías digestivas, tipo y cantidad de alimentos y líquidos absorbidos, hábitos alimentarios, sentido de la nutrición, influencia de las emociones.
3. Eliminar: Vías de eliminación, deposiciones, frecuencia de emisión de deposición y orina (cantidad y aspecto), menstruación, hábitos de eliminación.
4. Moverse y mantener una buena postura: Alineación de los miembros, movimientos, posición habitual, circulación sanguínea y coloración de la piel, Pulso, T/A, Actividades, influencia de las emociones.
5. Dormir y descansar: Hábitos de sueño y de descanso, influencia de las emociones.
6. Vestirse y desvestirse: Estatura, corpulencia o complexión, hábitos en el vestir, significado de los vestidos y de la apariencia física.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales: Grados de temperatura, influencia de las emociones, entorno y clima.
8. Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos: Estado de la epidermis, cuero cabelludo y de las uñas, piel bien hidratada, boca y nariz secas, hábitos de limpieza.
9. Evitar los peligros: Medidas físicas y psicológicas, entorno.
10. Comunicarse con sus semejantes: Visión, oído, actitudes verbales, actitudes no verbales, expresión de ideas y emociones, comunicación con familia y amistades.
11. Actuar según sus creencias y sus valores: Creencias, expresión de sentimientos religiosos.
12. Ocuparse para realizarse: Medios utilizados por el individuo para realizarse, manifestación de las emociones y de los sentimientos:
13. Recrearse: Condición física, mental y emocional, hábitos recreativos y distractores (pasatiempos), ocio.
14. Aprender: Condición física, mental y emocional, importancia de conocer y aprender, medidas individuales de aprendizaje, nivel de escolaridad.

3.2.4 Post-operatorio tardío. Esta etapa inicia al egreso del paciente hacia su domicilio y concluye cuando se da el alta definitiva, que de no haber complicaciones, ocurre en el caso de cesárea e histerectomía, cuando son retirados los puntos de piel. Las necesidades de la paciente en este caso no suelen ser totalmente físicas, ya que por lo general la evolución es satisfactoria si los cuidados fueron adecuados, aquí suelen detectarse sólo los síntomas emocionales.

3.2.4 Post-operatorio tardío. Esta etapa inicia al egreso del paciente hacia su domicilio y concluye cuando se da el alta definitiva, que de no haber complicaciones, ocurre en el caso de cesárea e histerectomía, cuando son retirados los puntos de piel. Las necesidades de la paciente en este caso no suelen ser totalmente físicas, ya que por lo general la evolución es satisfactoria si los cuidados fueron adecuados, aquí suelen detectarse sólo los síntomas emocionales.

IV. APLICACIÓN DEL PROCESO.

4.1 Descripción del Caso.

La Sra. Emma, mujer de 32 años, acudió a la consulta de gineco-obstetricia el viernes 23 de marzo de 2008 a las 10:30 horas. Portadora de un embarazo de 38.5 SDG; refirió ruptura de membranas a las 8:30 a. m. aproximadamente con actividad fetal normal y ausencia de contracciones hasta el momento de la consulta, presenta datos de pre-eclampsia leve (hipertensión reactiva leve, edema de manos y miembros inferiores de leve a moderados) detectados desde el 23 de febrero y controlados con dieta y reposo relativo, sin requerir medicamentos hasta la fecha.

Ella comenta que éste ha sido un embarazo normal, casi sin molestias salvo lo esperado, de leves a moderadas correspondientes a cada etapa del embarazo. Otro comentario que ella hizo fué que tiene muchas ilusiones en este bebé ya que el primero lo perdió a finales del primer trimestre y se estuvo cuidando más de un año para que este embarazo fuera mejor; posteriormente pasaron otro año tratando de embarazarse sin lograrlo hasta que por fin, se embarazó de éste bebé.

A la Sra. Emma se le canaliza una vía periférica en M.T.I. con Sol. Cloruro de sodio al 0.9% 500 ml + 10 U de Syntocinon a 35 gts x min para inducción del parto hasta formar el segmento y es enviada por el servicio de Urgencias a la Unidad Tocoquirúrgica y se pasa al quirófano a las 17:00 hrs. para operación

cesárea (indicada por ruptura prematura de membranas con más de 8 horas de evolución). Se realiza cirugía y nace producto único vivo de sexo femenino, con peso de 2.800 Kg. y APGAR de 8-9, el alumbramiento es íntegro un minuto después y se le administra 1 amp. de Carbetocina de 1 ml (100 mcgr.) diluida en 10 ml de agua inyectable intravenosa en aplicación lenta. De inmediato empieza a mostrar signos de shock anafiláctico (T.A. 90/40, FC de 130 x min. Edema palpebral y peribucal, disnea, diaforesis, cianosis distal, FR de 36 a 40 x min.), se le suministran Hidrocortisona 500 mg IV, avapena 1 amp de 20 mg IV, y adrenalina 100 mcgr vía SC. Se inicia anestesia general y se intuba vía orotraqueal para asistencia ventilatoria. En ese momento se aprecia atonía uterina con hemorragia importante (aprox. 700 ml en 20 min.) que no cede a oxitócico alterno (ergotrate una amp. IV) ni a maniobras manuales, se habla con el esposo presente en la sala (se le permitió su presencia por ser médico otorrinolaringólogo) y se le pide autorización para histerectomía, a lo cual accede. Al término de la cirugía la paciente es trasladada al área de recuperación donde permanece hasta que pasan los efectos de la anestesia y es cuando el cirujano habla con ella a fin de informarle del curso de los acontecimientos. La Sra. Emma primero pregunta por su bebé, después dice no creer lo que el cirujano le dice ya que su esposo estaba presente y él no le ha dicho nada, posteriormente reacciona con llanto silencioso y persistente ante la noticia de la histerectomía.

Variables e indicadores: Para el presente estudio de caso, las variables consideradas son las 14 necesidades básicas planteadas por el Modelo de V. Henderson y como indicadores se tomaron los datos obtenidos por medio de la exploración física, con base en cada una de las necesidades. Por consecuencia, se llevó a cabo la valoración de la satisfacción de cada una de estas variables de acuerdo a los distintos grados de dependencia o independencia, lo cual permitió la definición de cada uno de los diagnósticos de enfermería que se detectaron.

4.2 VALORACIÓN GLOBAL DE ACUERDO A LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON.

Ficha de identificación

Nombre: E. M. B. Edad: 32 años
Sexo: Femenino Ocupación: Labores del hogar
Escolaridad: Contador Público Lugar de nacimiento: México, D. F.
Lugar de Residencia: México, D. F.
Fuente de información primaria: El mismo individuo (paciente)
Cuidador primario: Esposo

Exploración física.

Cráneo normocéfalo, cabello abundante largo medio bien implantado, ligera palidez tegumentaria, pupilas isocóricas normorrefléxicas, narinas permeables mucosas bien hidratadas, dental completo piezas firmes y sin caries, pabellones auriculares de implantación adecuada sin presencia de secreciones, sin alteración de órganos de los sentidos, cuello cilíndrico sin alteraciones, columna vertebral bien alineada espacios intervertebrales palpables, tórax sin compromiso con ruidos cardíacos y respiratorios normales, mamas simétricas congestivas por embarazo con areolas hiperpigmentadas y pezón formado, miembros superiores íntegros con reflejos normales, presencia de venoclisis permeable en miembro torácico izquierdo para mantener vía, uñas cortas resistentes, abdomen globoso a expensas de útero gestante con embarazo de 38.5 SDG, periné ligeramente edematoso, hiperpigmentado, con vello púbico de aspecto normal en regular cantidad, presencia de globo vesical palpable el cual es drenado al instalar sonda Foley 14 Fr globo 5 ml, miembros pélvicos normorrefléxicos íntegros con discreto edema de pies, sin presencia de venas varicosas.

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS

Menarca: 13 años Ritmo: 28x4-5 G: 2 P: 0 A: 1 C: 0

Diagnóstico: Emb. de término sin TDP efectivo, RPM 8 hrs. de evolución, se prepara para interrupción de embarazo vía cesárea.

Resultados de laboratorio al ingreso:

Valores representativos	Valores del paciente	Valores normales
glucosa	90 mg/dl	55 - 95 mg/dl
creatinina	1.0 mg/dl	0.9 - 2.0 mg/dl
Bilirrubina total	0.70 mg/dl	0.1 - 2 mg/dl
Conjugada	0.20 mg/dl	0.1 - 1 mg/dl
Indirecta	0.50 mg/dl	0.1 - 1 mg/dl
Proteínas totales	7.0 g/dl	6 - 8 g/dl
Albúmina	4 g/dl	3.5 - 5 g/dl
Hemoglobina	13 g/dl	12 - 16 g/dl
Hematocrito	42 %	40 - 48 %
Leucocitos	9.8/L	5 - 10X10 ⁹ /L
Neutrófilos	0.6	0.6 - 0.7 U. SI
Plaquetas	255000/mm ³	140000 - 450000/mm ³
Potasio	4.4 meq/L	3.8 - 5 meq/L
Sodio	140 meq/L	135 - 145 meq/L

1. Necesidad de Oxigenación.

Biofisiológico: Mujer adulta de 32 años, conciente, talla: 1.60 m, peso de 72 Kg., T.A.: 130/95, FC: 98x min FR: 22x min, refiere fatiga y disnea postural por embarazo avanzado, con aleteo nasal que mejora con la posición de Fowler.

Niega enfermedades crónicas degenerativas, así como antecedentes de HAS, niega tener familiares diabéticos, niega haber presentado alergias y antecedentes transfusionales; antecedentes quirúrgicos: amigdalectomía a los 12 años, legrado instrumental post aborto espontáneo hace 2 años.

Sociocultural: Niega toxicomanías y adicciones, pero convivió con padre fumador hasta su matrimonio (hace 4 años).

Psicoemocional: Al momento de este interrogatorio, manifiesta preocupación y ansiedad pos operatoria, debido a que no sabe como será su matrimonio y su vida ahora, sin el útero y su capacidad reproductora. Esa ansiedad le provoca crisis de llanto y la consecuente dificultad respiratoria. Está preocupada por la bebé pero al verla bien se tranquiliza, esta poco conversadora, algo deprimida.

Espiritual: Sin datos significativos para la esta necesidad.

2. Necesidad de Eliminación:

Biofisiológico: Presenta estreñimiento desde el inicio del tercer trimestre, con escasa salida de materia fecal sin meteorismo, que persiste los primeros 2 días de post operatorio, constipación de leve a moderada hasta la fecha, atribuida a su pobre ingesta de alimento con fibra, aunado al dolor post quirúrgico de la herida.

Micción: Poliuria del tercer trimestre, en post op. presencia de catéter vesical Foley 14 Fr, con bolsa colectora con hematuria ++ las primeras 24 horas, posteriormente drenando orina amarillo claro, cantidades aprox. De 400 a 600 ml hasta su retiro a las 72 horas, la presencia de sangrado transvaginal (loquios) dificulta una valoración de las características después de retirar la sonda.

Transpiración: diaforesis las primeras 4 horas de post op. Y por periodos breves durante las crisis de llanto.

Sociocultural: Este embarazo fue normoevolutivo, con micciones aumentadas y estreñimiento, diaforesis nocturna hacia el final del embarazo, náuseas y vómito ocasional al inicio.

Psicoemocional: El uso de un cómodo y la presencia de sonda vesical le causan conflicto y le avergüenza necesitar de la asistencia de alguien para eliminación de excretas así como para el aseo personal.

Espiritual: Sin datos significativos para la necesidad de eliminación.

3. Necesidad de Nutrición e Hidratación.

Biofisiológico: Antropometría adecuadas a edad, sexo y condición, estado nutricional adecuado, con estudios de laboratorio en parámetros normales. En el post operatorio inmediato presenta palidez de tegumentos con mucosas regularmente hidratadas para mejorar poco a poco, en ayuno por 24 horas, se le inicia y tolera vía oral con líquidos claros de las 24 a las 48 horas presentando periodos de náusea que cede al administrar ondansetrón 4 mg IV (PRN), continúa con dieta blanda con asistencia, con escasa ingesta ya que refiere dolor, se muestra apática, acepta solo líquidos en moderada cantidad. Sin antecedentes familiares de obesidad ni diabetes ni hipertensión.

Sociocultural: Manifiesta que una vez en casa, se preparará sus alimentos a su entera satisfacción, ya que refiere que la comida del hospital no le agrada.

Psicoemocional: Refiere que el ambiente del hospital la deprime y eso le quita el apetito.

Espiritual: La paciente presenta un grado tal de depresión que se niega a comer y muy apenas acepta algo de líquidos al principio para posteriormente aceptar solo algunos bocados de fruta, al considerar que debe lactar a su bebé.

4.- Necesidad de Termorregulación.

Biofisiológico: Durante el embarazo estuvo normotérmica; presentó un pico febril a las 10 horas de post operada (38.2°C), el resto del tiempo de estancia intrahospitalaria no presentó ninguna alteración de temperatura, sobretodo después de iniciar la deambulacion y baños de regadera. Manifestó periodos de diaforesis aunadas a crisis de llanto, sobretodo por las noches.

Sociocultural: La paciente refiere conocer métodos para control térmico. (Compresas de agua fría, baños de agua templada, etc.)

Psicoemocional: Refiere sentirse sofocada, acalorada, lo que relaciona con el hecho de que ya no tiene matriz, que le adelantaron la menopausia, además de que por las noches hace calor y le dan crisis de depresión y llanto lo que la acalora y le produce sudoración.

Espiritual: Sin datos significativos para la necesidad de termorregulación.

5. Necesidad de Moverse y Mantener una buena postura.

Biofisiológico: Sistema músculo esquelético en buenas condiciones, posición semifowler las primeras 24 hrs., debilidad muscular leve y fatiga que desaparece poco a poco. A las 48 hrs. se moviliza libremente, limitada por momentos por la presencia de dolor moderado de herida quirúrgica que cede a los analgésicos.

Sociocultural: Sin datos significativos para la necesidad.

Psicoemocional: Manifiesta vergüenza al necesitar del baño de esponja debido al dolor de la operación, no quiere sentirse como una carga. Esto cede al iniciar deambulación y al retiro de la sonda vesical iniciando baños de regadera.

Espiritual: La paciente refiere que se siente abandonada por Dios, lo que la hace sentir apatía y estar adinámica.

6. Necesidad de Descanso y Sueño.

Biofisiológico: Durante el embarazo dormía mucho, salvo el último mes que ya era muy incómodo; en el post operatorio durmió hasta que pasó el efecto de anestésicos, pero al enterarse de la histerectomía llora mucho y tiene insomnio dice que de tristeza y por el dolor de la herida pese a los analgésicos; posteriormente ya en su domicilio, más tranquila, duerme por periodos muy largos, se siente apática y constantemente fatigada.

Sociocultural: Expresa que desde niña dormía bien sus 8 horas más una siesta por la tarde, durante el embarazo igual sobretodo por las tardes y al final del embarazo lo hacia casi sentada por el tamaño del abdomen,

Psicoemocional: Refiere que desde la cirugía se siente mal porque su descanso se ha alterado, ya que lo que acostumbraba ha sido imposible.

Espiritual: Al sentirse abandonada por Dios, su pena la hace presentar insomnio aunado a periodos de sueño durante el día.

7. Necesidad de Higiene y Protección de la piel.

Biofisiológico: Buena coloración e hidratación de tegumentos y mucosas, solo los 2 primeros días requirió de aseo en cama, posteriormente fue capaz de

baño en regadera con mínima asistencia. Posteriormente aseo en general sin asistencia. Sociocultural: Habita en casa propia de material con todos los servicios intradomiciliarios, bien iluminada y ventilada, 4 habitaciones, donde habitan solo ella y su esposo, cuenta con ayuda doméstica 2 veces por semana y el apoyo de su madre y una hermana soltera.

Psicoemocional: Al principio tenía miedo a una infección pero su esposo que es médico la tranquilizó al respecto, sin embargo se muestra apática y pese a sus buenos hábitos higiénicos, solo se asea hasta que se le sugiere hacerlo.

Espiritual: La paciente comenta que no cree merecer lo que pasa, está enojada con Dios y esto la ha vuelto apática y por ello ha descuidado su higiene y aspecto durante varios días.

8. Necesidad de usar Prendas de vestir adecuadas.

Biofisiológico: Al principio requirió de ayuda para vestirse, pero poco a poco pudo recuperar sus capacidades de independencia. En el hospital solo usó el camión hospitalario (4 días) y ya en casa se muestra apática, permanece en bata de casa casi todo el día, negándose al arreglo personal.

Sociocultural: El ser esposa de un médico conocido en el hospital, la obligaba a recibir muchas visitas, pero cada vez se mostraba más desinteresada y apática, solo se disculpaba y después de 15 días que las visitas disminuyeron, su apatía y depresión aumentó.

Psicoemocional: Entra en conflicto, está apática y deprimida, al verse desarreglada en el espejo, cae en llanto y se deprime más diciendo que por fea e incompleta, no hay ropa que le luzca.

Espiritual: En las crisis de llanto refiere que si Dios quiso que dejara de ser una mujer completa y ya no volviera a ser madre, menos ha de querer que sea vanidosa con su apariencia.

9. Necesidad de Evitar Peligros.

Biofisiológico: Adulto maduro sexo femenino, discreta palidez de tegumentos posterior a hemorragia transoperatoria importante, post operada de cesárea e histerectomía, normoevolutiva y sin complicaciones, íntegra y bien orientada,

neuromuscular disminuido en el trans-operatorio inmediato, requiriendo de vigilancia estrecha en el servicio de Recuperación por efectos anestésicos residuales y los analgésicos, fatiga y disnea causada por el llanto intermitente con congestión nasal.

Sociocultural: Cuenta con apoyo familiar (esposo, suegra, madre, una hermana y una sobrina) así como amistades allegadas y empleada doméstica.

Psicoemocional: Le preocupa su evolución pero desaparece al hablar con su esposo. Estaba aprensiva ante el tratamiento médico, desconfiaba de quien no pudo salvar su útero, preguntaba constantemente por su estado de salud y el de la bebé y por su tratamiento, después se mostró reservada y aunque era cooperadora también estaba apática.

Espiritual: Por depresión solo quiere dormir y ya no despertar, dice que mejor la hubieran dejado morir en vez de quitarle el útero, luego llora en silencio y murmura disculpas a su bebé, esposo y familia.

10. Necesidad de Comunicación.

Biofisiológico: Las primeras 48 horas de post operatorio presenta debilidad, disnea leve y fatiga, órganos de los sentidos sin compromiso, ensimismada, muy callada por largos periodos, luego crisis de llanto, negación y enojo.

Sociocultural: Tiene buena relación con su esposo y familiares, así como con sus amistades cercanas. Su depresión persiste pese a ello, ya que los oía sin escuchar, sin interés en nada ni responderles casi, dice que más por educación ya que se siente mejor sola.

Psicoemocional: Comunicación verbal adecuada y coherente, estableciendo contacto visual con interlocutor, congruente, reservada con su familia parecía comunicarse mejor con una amiga y algunas enfermeras, más las que le rebasan en edad.

Dice que siente que le falló a su esposo y familia porque no tendrá mas hijos (quería tres) sobretodo el varoncito, por eso le deprime hablar con la familia, muestra una gran tristeza.

Espiritual: Siente que su comunicación con Dios está rota porque ha blasfemado y renegado mucho desde su cirugía.

11. Necesidad de vivir según sus Creencias y Valores.

Biofisiológico: Femenino adulto de 32 años, íntegra y bien orientada en todas las esferas, presenta duelo disfuncional por la pérdida de un órgano de identidad y la función de éste (útero y capacidad reproductora) lo que le ocasiona sufrimiento emocional, por paridad no satisfecha.

Sociocultural: Se siente devaluada como mujer, al no ser capaz de proporcionar a su esposo la familia que anhelaban y planificaron juntos.

Psicoemocional: Presenta sufrimiento emocional al pensar en los tres bebés que deseaba y ya no tendrá, no puede ver a su esposo sin pensar en que no le dará su hijo varón y se siente incompleta en todos los aspectos.

Espiritual: Cree en Dios, es católica medianamente apegada a la iglesia, ha pensado que tal vez esto puede ser un castigo, además del conflicto que veces siente por haber blasfemado, lo que le da remordimientos y temor de que la castigue más.

12. Necesidad de Trabajar y Realizarse:

Biofisiológico: De buena constitución física, talla y peso de complexión media y buen estado de salud general, dedicada a labores del hogar, nivel de escolaridad superior (C. P. T.)

Sociocultural: Nunca ejerció su profesión ya que se casó al graduarse, refiere que tal vez le habría gustado pero se siente satisfecha con sus decisiones al respecto, ya que su mayor anhelo era formar esta familia y su esposo la ha compensado ampliamente por ello.

Psicoemocional: En medio del duelo, le preocupa descuidar su hogar y a su bebé, se siente mal física y moralmente, sobretodo porque todos la tratan con cariño y la apoyan mucho.

Espiritual: Sus creencias la hacen desear realizarse como persona y como mujer, esto le ha creado algunos conflictos que le está costando trabajo manejar.

13. Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas.

Biofisiológico: Su sistema nervioso y sensorial está íntegro, pero está apática, refiere sentirse cansada, desganada, sin interés en actividades fuera de casa salvo lo elementalmente necesario.

Sociocultural: Su vida normal antes del embarazo era de ir al gimnasio al menos 3 veces por semana, una tarde con alguna amiga(s), fines de semana familiares, ocasionalmente salía con su esposo y/o amistades. Ahora se siente cansada y no tiene interés en salir, atiende las visitas con desgano.

Psicoemocional: Cuando está sola (situación que busca) se encierra en si misma, llora en silencio; se muestra reservada y presenta largos periodos de silencio si está acompañada, su rostro refleja una profunda tristeza, a veces se muestra irritable.

Espiritual: Antes iba de vez en cuando a la iglesia, pero ahora se ha negado a ir, se siente mal y no desea hacerlo.

14. Necesidad de Aprendizaje.

Biofisiológico: Sistemas y sentidos sin alteraciones, capacidades cognitivas íntegras y capacidades intelectuales en buenas condiciones.

Sociocultural: Tiene una carrera pero no la ha ejercido nunca, dice que siempre quiso tomar clases de cocina pero por el embarazo decidió dejarlo para después, ahora no cree querer nada ya que perdió todo interés y todo le da igual.

Psicoemocional: Siente que ya no vale la pena aprender lo que antes le llamaba la atención, como la puericultura, ya que no tendrá más hijos. Reconoce que deberá aprender a perdonar y a vivir con su nueva situación la que aún rechaza, no sabe como aceptar lo inevitable ni como manejarlo, pero acepta de es algo que tiene que aprender.

Espiritual: Tiene un concepto de Dios muy especial, de gran bondad y justicia y siente que le han surgido dudas al respecto, dice que tendrá que reaprender al respecto, por lo que ha comenzado a leer de nuevo la Biblia.

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA.

Realizada al 5º día de post operatorio, estando la paciente en pre alta.

No.	NECESIDAD	I	TD	PD
1	Oxigenación	X		
2	Nutrición e Hidratación	X		
3	Eliminación	X		
4	Moverse y mantener una buena postura	X		
5	Descanso y sueño		X	
6	Uso de prendas de vestir adecuadas			X
7	Termorregulación	X		
8	Higiene y protección de la piel	X		
9	Evitar peligros			X
10	Comunicarse			X
11	Vivir según creencias y valores		X	
12	Trabajar y realizarse			X
13	Jugar y participar en actividades recreativas		X	
14	Aprendizaje		X	

I: Independiente

TD: Totalmente dependiente

PD: Parcialmente dependiente

4.3 Valoración Focal. Sufrimiento Emocional.

En este punto cabe aclarar que la persona evaluada presentó cierto grado de alteración de sus necesidades de oxigenación, Nutrición e hidratación, eliminación, movimiento y postura, descanso y sueño, termorregulación, higiene y protección de la piel, evitar peligros y comunicarse, que fue de total a parcial, en los periodos trans y post operatorio inmediatos, las que fueron satisfechas en su momento.

Problemas detectados:

Es conveniente agregar que la persona evaluada presentó diversos problemas desde el ingreso al servicio de urgencias hasta su alta 6 días después, pero para fines de este trabajo solo se abordaron los diagnósticos correspondientes a los aspectos emocionales los cuales me motivaron a darle el cuidado y seguimiento.

Los problemas se ubican en las necesidades de:

Uso de prendas de vestir adecuadas; Necesidad de evitar peligros; Necesidad de comunicarse; Necesidad de trabajar y realizarse como persona las cuales se encontraron con alteración en un grado de parcial dependencia al egreso. Asimismo, las necesidades de: Descanso y sueño; Necesidades de vivir según las creencias y valores; Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas y aprendizaje, en las que se encontró total dependencia hasta casi un mes después del egreso. Se presentan las etiquetas diagnósticas correspondientes a cada uno de ellos para posteriormente desarrollar el diagnóstico específico así como cada etapa del proceso de atención de para cada uno de ellos.

BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL.

Estado en el que una persona que anteriormente tenía experiencias de autoestima positivas, experimenta sentimientos negativos sobre sí misma en respuesta a un acontecimiento (una pérdida o un cambio).²⁹

AFRONTAMIENTO INDIVIDUAL INEFICAZ.

Estado en el que la persona experimenta o corre el riesgo de experimentar una incapacidad para controlar adecuadamente los factores estresantes internos o ambientales por carecer de recursos adecuados (físicos, psicológicos, de conducta o cognitivos).³⁰

29 Carpenito, L.J. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 9ª. Ed. Madrid 2002 Interamericana McGraw-Hill pp 73

30 Idem pp 31

DETERIORO DE LA INTERACCION SOCIAL.

Estado en el que una persona experimenta o está en riesgo de experimentar respuestas negativas, insuficientes o insatisfactorias en sus relaciones sociales.³¹

DESESPERANZA.

Estado emocional subjetivo mantenido, en el que una persona no ve alternativas ni opciones personales disponibles para resolver problemas o para conseguir lo que desea y no es capaz de movilizar energía en beneficio propio para establecer objetivos.³²

Las anteriores etiquetas diagnósticas corresponden a los problemas de parcial dependencia que fueron detectados en la persona elegida para su estudio a los que se les dio seguimiento y un plan de intervención específico.

Las siguientes son las etiquetas diagnósticas correspondientes a los problemas detectados en un grado de total dependencia o en determinado momento recurrentes o persistentes, es decir que se trató el problema pero éste desaparecía solo parcialmente o reaparecía, lo que hacía que la paciente pareciera presentar recaídas constantes en su sintomatología de dependencia parcial e incluso total por sufrimiento emocional que le causaba un duelo no resuelto por la pérdida del órgano reproductor y lo que esto le representa para su vida futura. En particular ella menciona cual es el significado de la pérdida: "...soñábamos tener 3 hijos, mi esposo quería un varón, yo lo daba por hecho, lo que me está pasando parece un castigo o algo así..., me siento vacía, no sólo del cuerpo sino del alma, como si ya no fuera mujer, no puedo evitar sentirme frustrada y vacía, realmente me siento nula, sin ilusiones..."

ALTERACIÓN DEL PATRON DEL SUEÑO.

Estado en el que una persona experimenta o está en riesgo de experimentar un cambio en la cantidad o la calidad de su patrón de descanso, que provoca malestar o que interfiere con el estilo de vida deseado.³³

31 Carpenito, L.J. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 9ª. Ed. Madrid 2002 Interamericana McGraw-Hill pp 330

32 Idem pp 205

33 Ibidem pp 523

SUFRIMIENTO ESPIRITUAL.

Estado en el que una persona experimenta o está en riesgo de experimentar, un trastorno del sistema de creencias o de valores que proporcionan fuerza, esperanza y significado a la vida.³⁴

DUELO.

Estado en el que una persona o familia experimentan una respuesta humana natural en la que intervienen reacciones psicosociales y fisiológicas ante una pérdida real o subjetiva (persona, objeto, órgano, función, posición social, relación).³⁵

POTENCIAL PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL.

Una persona que experimenta la afirmación de la vida en una relación con un poder superior (según definición de la persona), consigo mismo, con la comunidad y con el entorno que alimenta y celebra la integridad (La Nacional Interfaith Coalition en Aging, 1980, según se cita en Carson, 1989).³⁶

4.4 Jerarquización de Diagnósticos.

DIAGNÓSTICO 1.

Baja autoestima situacional relacionado con la pérdida de una parte del cuerpo y su función (útero y capacidad reproductora) secundario a evento quirúrgico, manifestada por episodios transitorios de descuido personal, expresión verbal de autonegación y sentimientos negativos hacia su persona.

Objetivo:

La persona mostrará un buen nivel de autoestima, y experimentará una mejora en su cuidado personal, en su imagen y sentimientos hacia sí misma.

Criterios de resultados: La persona tendrá expectativas y actitudes positivas con un sentimiento de autoestima adecuado, con aceptación de la situación abordando el problema sin sentirse minimizada.

³⁴Carpenito, L.J. *Manual de Diagnósticos de Enfermería*. 9ª. Ed. Madrid 2002 Interamericana McGraw-Hill pp 529

³⁵ Idem pp 232

³⁶ Ibidem pp 534

Indicadores:

Identifica el origen de lo que amenaza su autoestima y aborda el problema positivamente.

Identifica aspectos positivos de si misma.

Tendrá deseos de acicalarse, cuidando de su aspecto.

Sentirá que su valor personal no ha mermado y que su familia y amistades la siguen viendo positivamente.

Será capaz de manejar la situación sin sentirse inferior por el hecho de vivir una mala experiencia.

DIAGNÓSTICO 2.

Afrontamiento individual ineficaz relacionado con alteración de la integridad corporal secundario a la pérdida quirúrgica de un órgano (útero) y su función con la consecuente baja autoestima, manifestado por expresión verbal de incapacidad para afrontar la situación, preocupación, ansiedad y deterioro de la participación social.

Objetivo:

La persona será capaz de afrontar de manera efectiva y satisfactoria la situación por la que atraviesa sin manifestar preocupación ni ansiedad excesivas, siendo capaz de manejarlo sin deterioro de sus capacidades previas de autocuidado y relación social.

Criterios de resultados:

La persona tomará las decisiones y pondrá en marcha las acciones oportunas para cambiar y controlar las situaciones de provocación de su entorno personal (factores de estrés).

Indicadores:

Expresión verbal de sentimientos relacionados con su estado emocional.

Identificación de sus patrones de afrontamiento y de las consecuencias del comportamiento resultante.

Identificación de actitudes y aptitudes personales y aceptación del apoyo a través de la relación con la enfermera.

Desarrollar, mejorar y mantener relaciones positivas con los demás.

DIAGNÓSTICO 3.

Deterioro de la integración social relacionado con incapacidad de establecer y mantener relaciones gratificantes y pérdida de la energía secundaria a la pérdida quirúrgica de un órgano y su función de procreación.

Objetivo:

La persona será capaz de continuar con lo que era su vida antes del evento, sin dificultad para relacionarse con su entorno, manteniendo un buen nivel de energía y buena actitud.

Criterios de resultados:

La persona y su familia manifiestan una mayor satisfacción al interactuar y socializar.

Indicadores:

Identificar conductas problemáticas que impiden la socialización.

Sustituir las conductas de ruptura social por otras constructivas.

Describir estrategias que favorezcan una socialización efectiva.

DIAGNÓSTICO 4.

Desesperanza relacionada con mutilación quirúrgica (Histerectomía), pérdida de la capacidad reproductiva, aislamiento y pérdida de la fe en Dios, manifestada por apatía intensa, adinamia, somnolencia, expresión verbal de sensación de vacío, agotamiento excesivo, disminución de las emociones y pérdida del significado de la vida.

Objetivo:

La persona manifestará sentirse con suficiente energía para sus actividades diarias, recuperando el buen humor y esperanzas en un futuro mejor. Será capaz de ver su entorno con optimismo y recordará el episodio como algo fortuito en el que Dios no tuvo nada que ver.

Criterios de resultados:

A corto plazo.- La persona expresa sentimientos de optimismo acerca del presente.

Indicadores:

Compartir el sufrimiento con los demás de manera abierta y constructiva.

Recordar y revisar su vida de manera positiva.

Considerar los propios valores y significado de la vida.

Expresar confianza en un resultado y una meta deseadas.

Expresar confianza en ella misma y en los demás.

Conservar la energía emocional.

A largo plazo.- La persona expresa expectativas positivas acerca del futuro, manifestando el propósito y significado de la vida.

Indicadores:

Demostrar un mayor nivel de energía, manifestado por la realización de actividades (por ej. Autocuidados, ejercicio, aficiones).

Tener iniciativa, autogobierno y autonomía en la toma de decisiones y la resolución de problemas.

Hacer afirmaciones como: “Tengo una gran ilusión por...”, “Quedan más tiempos buenos por delante”, “En el futuro seré más feliz”, “Tengo fe en...”

Expresar creencias espirituales positivas.

Redefinir el futuro y establecer objetivos realistas.

Mostrar paz y bienestar con la situación.

DIAGNÓSTICO 5.

Alteración del patrón del sueño relacionado con depresión y dolor pos operatorio y permanecer demasiado tiempo durmiendo durante el día, manifestado por dificultad para dormir o permanecer dormida por la noche, fatiga excesiva al despertar, agitación y alteración del estado de ánimo.

Objetivo:

La persona manifestará una mejoría en su patrón de sueño, siendo capaz de dormir por la noche un periodo de 6 a 8 horas corridas sin manifestar somnolencia durante el día, ni presentar sensación de cansancio excesivo, con mejoría también del estado de ánimo.

Criterios de resultados:

La persona comunica un equilibrio óptimo entre reposo y actividad.

Indicadores:

Identificar y describir los factores que impiden o inhiben el sueño.

Identificar y describir las técnicas que inducen el sueño.

DIAGNÓSTICO 6.

Sufrimiento espiritual relacionado con la separación de los vínculos espirituales secundario a la pérdida de un órgano y su función (Histerectomía), manifestado por desinterés emocional en sí misma y su familia, expresión verbal de cólera, resentimiento, culpa, temor por el futuro y sensación de vacío espiritual.

Objetivo:

La persona manifestará una notable mejoría en su actitud, sin sentimientos de culpa o temor de ningún tipo; referirá aumento de interés por su entorno, su familia y por sí misma.

Criterios de resultados:

La persona expresa satisfacción y se siente cómoda con su situación espiritual.

Indicadores:

Continúa con las prácticas espirituales que solía llevar a cabo antes del evento. Expresa una disminución paulatina de los sentimientos de culpa y ansiedad hasta que desaparecen.

DIAGNÓSTICO 7.

Riesgo de duelo disfuncional por la pérdida inesperada de un órgano y su capacidad (útero y reproducción) aunada a maternidad no satisfecha relacionada con histerectomía, manifestada por fracaso de la adaptación a la pérdida, periodos recurrentes de negación y depresión prolongada (reacción emocional exagerada), aislamiento e introversión, dificultad para reestructuración de la vida y para el desarrollo de nuevos intereses.

Objetivo:

La paciente manifestará cada vez menos sensación de depresión, aprenderá a manejar su situación y a reestructurar su vida desarrollando interés por su

presente y futuro. Expresará el deseo creciente de disfrutar lo que ahora tiene en su familia así como de su bebé, adaptándose al hecho de que no tendrá más y reincorporándose positivamente a su entorno familiar y social. Aprenderá a llevar un duelo sano ante la pérdida del órgano y función reproductora.

Criterios de resultados:

La persona manifiesta la intención de buscar ayuda profesional y acepta toda la ayuda que se le ofrece para aprender a manejar su duelo.

Indicadores:

Reconocimiento de la pérdida y del significado real de ésta así como lo que representa para ella.

Reconocimiento de un proceso de duelo no resuelto.

DIAGNÓSTICO 8.

Potencial para mejorar el bienestar espiritual y emocional, manifestado por expresión verbal de toma de conciencia de su situación, motivación y deseos de recuperar las esperanzas, la fe, la alegría y reintegrarse a su vida anterior.

Objetivo:

La persona recuperará la esperanza, la alegría de vivir y se reintegrará a su vida anterior adaptando sus condiciones actuales.

Criterios de resultados:

La persona experimenta un aumento y mejoría de la armonía y la integridad espiritual personal y familiar.

Indicadores:

Mantener la relación previa con un ser superior.

Continuar con las prácticas espirituales que no resulten perjudiciales para su salud.

Reconocimiento simple y sencillo de las capacidades de recuperación y la fuerza para el logro de objetivos.

4.5 Plan de Intervenciones.

En esta etapa y de acuerdo a los 8 problemas detectados, se presenta el plan de intervenciones de enfermería ideadas para la mejor y más pronta resolución de cada uno de ellos. (Los identificaremos usando solo la etiqueta diagnóstica para evitar ser repetitivos).

1. BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL.

Intervenciones de enfermería:

Ayudar a la persona a identificar y expresar sus sentimientos

Invitarla a practicar las charlas con uno mismo (Escribir una breve descripción del cambio sufrido y las consecuencias que ha tenido, por ej. “Me tuvieron que quitar la matriz, me siento frustrada porque ya no podré tener otro bebé”; Escribir tres cosas que crea que pueden ser de ayuda en esta situación).

Convencer a la persona de que puede tener un control sobre su situación actual.

Retar a la persona a imaginar un futuro y unos resultados positivos.

Investigar y reforzar las capacidades y rasgos positivos (por ej. Aficiones, amistades, apariencia personal, laboriosidad, habilidades).

Aconsejar la realización de actividades para ejercitar el cuerpo (por ej. Caminar, nadar, montar en bicicleta, aeróbicos).

Ayudar a la persona a aceptar sentimientos positivos y negativos a través de conversaciones amistosas.

Aconsejarle que reflexione sobre su comportamiento actual y las consecuencias de este (por ej. Indecisión, aislamiento, ansiedad, apatía).

Ayudar a identificar pensamientos automáticos negativos y la generalización exagerada.

Ayudarle a identificar su propio grado de responsabilidad y control de situaciones

(por ej. Cuando se culpa continuamente de los problemas de los demás).

Valorar y movilizar los sistemas de apoyo con los que cuenta.

Valorar el significado de la pérdida para ella y para sus seres queridos en cuanto a lo visible y a la función de dicha pérdida, así como la repercusión emocional.

Ya que la persona reaccionó a la pérdida con negación e incredulidad, shock, cólera y depresión, es importante mantenerse atento al efecto de la respuesta de los demás ante la pérdida y animarlos a compartir sus sentimientos y temores entre ellos.

Permitirle e incluso invitarla a manifestar sus sentimientos y su duelo.

Hacer uso del rol de roles para ayudar a expresarse y compartir emociones y sentimientos tanto a la persona como a la familia.

Buscar alternativas realistas y dar ánimos a la persona y su familia.

Evaluación:

La persona expresó deseos de verse a un espejo y de cuidar de su aspecto, manifestando una lenta pero notoria mejoría en el manejo de la situación, con gradual aumento de la autoestima y la percepción de sí misma, reconociendo sus capacidades y habilidades personales.

2. AFRONTAMIENTO INDIVIDUAL INEFICAZ.

Intervenciones de enfermería:

Valorar el estado de afrontamiento actual de la persona:

Determinar la presencia de sentimientos y síntomas y su relación con los acontecimientos.

Valorar su capacidad para hablar de los hechos.

Escuchar atentamente y observar sus expresiones faciales, gestos, el contacto visual, la postura del cuerpo, el tono e intensidad de la voz.

Determinar si hay riesgo de autolesión y prevenirlo.

Ofrecer apoyo mientras se habla con la persona:

Tranquilizarla aceptando la dificultad de su situación y sentimientos.

Cuando la persona se muestre pesimista, proporcionar apoyo mencionándole perspectivas más esperanzadora y realista.

Cuando se muestre enfadada:

Ayudar a mantener un entorno con bajos niveles de estímulo.

Investigar el motivo de su enojo.

Nunca discutir con ella ni ponerse a la defensiva.

No hablarle de lo que se ha hecho, sino de lo que se puede hacer.

Ofrecerle opciones que aumenten la sensación de control de la situación y de los sentimientos.

Reconocer ante ella que todos nos enfadamos alguna vez, pero hay actuaciones que no son aceptables.

Determinar si existe riesgo de violencia por parte de la persona y actuar con base en ello.

Ayudarla a realizar una autoevaluación de su comportamiento.

Ayudarla a resolver problemas en forma constructiva:

¿Cuál es el problema?

¿Qué o quién considera que es responsable del problema?

¿Cuáles son sus opciones? (que haga una lista)

¿Cuáles son las ventajas e inconvenientes de cada opción?

Comentar con ella sus posibles alternativas.

Ayudarla a identificar problemas que no se pueden controlar directamente y ayudarla a practicar actividades que reduzcan el estrés para conseguir el control. (Por ej. Un programa de ejercicios, tomar clases de yoga o alguna manualidad)

Prepararla para los problemas que podrían surgir después del alta:

Uso de fármacos y sus efectos secundarios, Aumento de la ansiedad, Trastornos del sueño, Alteración del apetito, Conflictos familiares y/o conyugales.

Evaluación:

La Sra. Emma fue capaz de identificar sus necesidades, los factores de estrés que le afectaban, su capacidad de adaptación a los acontecimientos y de aceptar y aprovechar positivamente el apoyo asistencial enfermero y familiar. Experimentó una reacción lenta pero positiva frente a la experiencia vivida siendo capaz de hablarlo con la consecuente toma de decisiones adecuadas y oportunas.

3. DETERIORO DE LA INTERACCION SOCIAL.

Intervenciones de enfermería:

- Proporcionar una relación individual de apoyo.
- Ayudar a la persona a identificar cómo el estrés precipita los problemas.
- Ayudar a identificar formas de actuación alternativas.
- Ayudarla a analizar los enfoques que mejor funcionen.
- Proponer el uso de terapias de grupo entre la familia:
 - Centrarse todos en el aquí y el ahora.
 - Establecer normas que desapruében conductas no adecuadas.
 - Animar a probar conductas sociales nuevas o no habituales.
 - Animarlos a que confirmen sus percepciones ante los demás.
 - Identificar las cualidades de cada quien e ignorar las debilidades.
 - Utilizar aperitivos o café para reducir la ansiedad durante las sesiones.

Evaluación:

La persona fue capaz de recuperar su rol familiar y social, yendo de menos a más en su interacción con su entorno y con cada una de las personas con quienes tuvo que relacionarse. Manifestó que estas relaciones resultaron gratificantes y le hicieron sentir viva, satisfecha y con renovada energía.

4. DESESPERANZA.

Intervenciones de enfermería:

- Transmitir empatía para favorecer la verbalización de las dudas, sus temores y preocupaciones.
- Ayudarla a expresar por qué y en qué medida es importante tener esperanzas en la vida.
- Fomentar la expresión de en qué medida ha disminuido su esperanza y las áreas en que siente que ésta le hace falta.
- Ayudar a la persona a afrontar la desesperanza separándolos de los aspectos esperanzadores.
- Identificar, valorar y movilizar los recursos internos de la persona (autonomía, independencia, racionalidad, pensamiento cognitivo, flexibilidad, espiritualidad).

Ayudarla a identificar sus fuentes de esperanza (por ej. Fe, relaciones, objetivos o metas por alcanzar).

Crear un ambiente que propicie y fomente la expresión espiritual.

Ayudarle a desarrollar objetivos realistas a corto y largo plazo (se sugiere redactar un cartel con los objetivos indicando el tipo y el tiempo asignado a la consecución de objetivos concretos).

Enseñar la forma de anticipar experiencias agradables (por ej. Caminar, leer, escribir cartas).

Valorar el sistema de apoyo espiritual con que se cuenta (valores, actividades religiosas, relación personal y familiar con Dios, significado y propósito que la oración tiene para ella).

Darle tiempo y oportunidades para reflejar el significado del sufrimiento.

Evaluación:

La persona manifestó una lenta pero evidente mejoría en su situación emocional, ya que fue capaz de verbalizar cuáles eran las causas de su desesperanza, identificó también sus recursos y fuentes de esperanza, tomando decisiones acertadas respecto al uso de ellos, dando como resultado la recuperación de la fe y esperanza en el futuro.

5. ALTERACIÓN DEL PATRON DEL SUEÑO.

Intervenciones de enfermería:

Organizar los procedimientos para minimizar las posibles molestias durante el periodo de sueño y descanso (por ej. Organizar horario para toma de medicamentos, ingesta de líquidos en forma que no se tenga necesidad de micción nocturna, disminución de ruidos en el entorno, comodidad del área de descanso, cama y habitación).

Establecer un programa de actividades durante el día. (Caminar, ejercicio, fisioterapia).

Limitar la cantidad y duración de descanso y sueño durante el día (por ej. Una hora, máximo).

Valorar junto con la persona y su familia, las rutinas habituales al ir a dormir (duración, horario, prácticas higiénicas, rituales como lectura, juguetes, etc., y seguirla lo más fielmente posible.

Limitar o eliminar la ingesta de cafeína después de media tarde.

Explicar a la persona y a su familia, las causas del trastorno del sueño/descanso y las posibles formas de evitarlo. (Boyd y Nihart, 1998).

- a) Mantener horarios fijos para acostarse y levantarse.
- b) Establecer una rutina relajante de preparación para dormir (por ej. Tés o infusiones de hierbas, baño caliente o de tina, masajes ligeros).
- c) Técnicas de relajamiento físico y mental (yoga, masaje, aromaterapia, musicoterapia) unas 3 horas antes de ir a la cama.

Evaluación:

La persona manifestó una clara mejoría en sus periodos de sueño y descanso, logrando conciliar el sueño en menos tiempo y manteniendo periodos de sueño más prolongados cada día hasta lograr despertar lo suficientemente descansada y relajada, desapareciendo los episodios de vigilia, insomnio y despertares sobresaltados durante la noche.

6. SUFRIMIENTO ESPIRITUAL.

Intervenciones de enfermería:

Mostrar una actitud de aceptación de sus prácticas y creencias espirituales evitando la emisión de juicios.

Reconocer y ayudarle a reconocer la importancia de tener y satisfacer las necesidades espirituales.

Expresar la disponibilidad de brindarle asistencia para ayudarle a cubrir sus necesidades incluyendo las espirituales.

Proporcionarle intimidad, tranquilidad y respeto suficientes para la oración; la visita de algún guía espiritual que ella pida o sugiera; la lectura y contemplación espirituales que le sean reconfortantes.

Contactar al director o guía espiritual que ella solicite y colaborar o facilitar la realización de sus prácticas o servicios religiosos, si así lo desea.

Recordarle que las prácticas o ritos espirituales en general no son perjudiciales para su salud.

Darle la oportunidad de orar sola, con su familia o con su congregación en la medida que lo solicite mientras no le sea perjudicial. Leer obras de carácter espiritual o religioso para ella si lo desea.

Comentar con ella este diagnóstico, permitiéndole opinar al respecto y tomar en cuenta sus sugerencias.

Ofrecerle rezar, meditar o leer con ella y/o con otros miembros de la familia, si así lo desean.

Hacerle saber que se está siempre dispuesta a escucharla cuando desee compartir sus sentimientos ya sean positivos o negativos, sin establecer ningún tipo de juicio, en la medida que lo necesite o lo solicite.

Evaluación:

La Sra. Emma pudo manejar adecuadamente la situación en el aspecto espiritual, manifestó verbalmente que había terminado por aceptar la voluntad de Dios y que entendía que no era un castigo, que ya no estaba enojada y se sentía tranquila y en paz, que “le dolía mucho lo que pasó pero el tiempo lo cura todo, y Dios perdona todo”, esto en relación a que había renegado de su fe y ya había pedido perdón por ello.

7. RIESGO DE DUELO DISFUNCIONAL.

Intervenciones de enfermería:

Enseñarle las tareas normales del duelo, el proceso que conlleva (Worden, 1982) y ayudarle a reconocer en qué momento de éste se encuentra. (Reconocimiento de la pérdida, experimentación de dolor, adaptación a la pérdida, aumento de la confianza en sí misma y establecimiento de objetivos).

Animarla a compartir la percepción de la situación.

- a) Revisar la relación con el objeto perdido (órgano reproductor).
- b) Señalar con empatía las representaciones erróneas.
- c) Comentar la idoneidad de la culpa, la cólera o la aflicción.
- d) Facilitar sus expresiones de cólera o rabia.

Si persiste la negación, darle los cuidados o intervenciones correspondientes al diagnóstico de “negación ineficaz”.

Ayudar a la persona a identificar actividades que se han ignorado o abandonado desde la pérdida. Aconsejarle que elija de una en una para reanudarlas.

Aconsejar y animar a la participación de actividades motoras (por ej. Paseos, ejercicio en bicicleta al aire libre, actividades gimnásticas), sobretodo que le sean atractivas y divertidas.

Resaltar los procesos de afrontamiento satisfactorios para enfatizar las actividades que lo conforman.

Comentar sobre los recursos de su entorno y comunidad disponibles para compartir las experiencias con otras personas que han tenido experiencias similares.

Evaluación:

La persona logró identificar las etapas del duelo, reconoció cada etapa y sus características manifestadas en ella así como el manejo más adecuado a su caso. Ella pudo enumerar recursos con los que contó para afrontar y manejar su duelo en forma adecuada y logró vivirlo en forma satisfactoria.

8. POTENCIAL PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL.

Intervenciones de enfermería:

Son las mismas que para el diagnóstico de Sufrimiento Espiritual, pero en éste se le da un énfasis en resaltar ante la persona el hecho de que ella es capaz de manejar el evento por sí misma. Se le mostrará que los progresos, si bien han sido guiados por el apoyo y orientación de enfermería y el equipo de salud y su familia, nada se logra si ella no participa activamente de ello. Hacerle evidente que el potencial para alcanzar los objetivos, está totalmente en ella.

Evaluación:

La Sra. Emma se mostró accesible y optimista en lo referente al tema de su alto potencial como persona y como mujer, para afrontar cualquier adversidad, cualquier problema y cualquier dolor físico y/o emocional, ya que fue capaz de

identificar, reconocer que contaba con todos los recursos, capacidad y apoyo para superar lo que estaba viviendo, así como de hacer uso de ellos.

4.6 Evaluación final

La Sra. Emma presentó una lenta pero evidente evolución satisfactoria en el manejo de su duelo por la pérdida del útero y la capacidad reproductiva. Ella manifestó síntomas de depresión por la no aceptación del evento, pero con el paso de los días los síntomas que se acentuaron en la primera semana, pasó a una etapa de negación, a la de enojo, para posteriormente mostrar una etapa de apatía, cansancio y desgano, lo cual después de ir aplicando las intervenciones correspondientes a cada estadio, ya mencionadas anteriormente, la Sra. Emma se fue recuperando poco a poco, logrando superar cada signo y síntoma presentado. Finalmente la paciente se empezó a mostrar optimista, se refugió en el cuidado y atenciones a su bebita y a su esposo, quien la apoyó mucho tanto a ella como al equipo de salud, dando por resultado que al término de este trabajo, la Sra. Emma estaba más optimista y mostró una buena evolución y manejo del evento, de acuerdo a sus propias palabras: “Estoy aún triste porque no tendré los tres bebés que planeábamos, pero es un milagro tener a mi nena y sobretodo estar viva y contar con mi familia y con mi esposo. Veo ante mí un futuro bueno y hermoso. Bendigo a Dios por ello y gracias a todos los que me han ayudado”.

identificar, reconocer que contaba con todos los recursos, capacidad y apoyo para superar lo que estaba viviendo, así como de hacer uso de ellos.

4.6 Evaluación final

La Sra. Emma presentó una lenta pero evidente evolución satisfactoria en el manejo de su duelo por la pérdida del útero y la capacidad reproductiva. Ella manifestó síntomas de depresión por la no aceptación del evento, pero con el paso de los días los síntomas que se acentuaron en la primera semana, pasó a una etapa de negación, a la de enojo, para posteriormente mostrar una etapa de apatía, cansancio y desgano, lo cual después de ir aplicando las intervenciones correspondientes a cada estadio, ya mencionadas anteriormente, la Sra. Emma se fue recuperando poco a poco, logrando superar cada signo y síntoma presentado. Finalmente la paciente se empezó a mostrar optimista, se refugió en el cuidado y atenciones a su bebé y a su esposo, quien la apoyó mucho tanto a ella como al equipo de salud, dando por resultado que al término de este trabajo, la Sra. Emma estaba más optimista y mostró una buena evolución y manejo del evento, de acuerdo a sus propias palabras: “Estoy aún triste porque no tendré los tres bebés que planeábamos, pero es un milagro tener a mi nena y sobretodo estar viva y contar con mi familia y con mi esposo. Veo ante mí un futuro bueno y hermoso. Bendigo a Dios por ello y gracias a todos los que me han ayudado”.

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

El aporte esencial de la Enfermería al cuidado de la Salud, hace que ésta interactúe con personas de antecedentes culturales similares y distintos a los suyos, constituyéndose en un actor social por excelencia. Se vuelve así imprescindible la existencia de trabajos sobre Proceso Atención de Enfermería, acordes a nuestra realidad en la salud y en la docencia, para poder brindar cuidados de calidad dentro de una metodología propia, con una perspectiva hacia una Enfermería transcultural. Es por lo tanto, un acercamiento a esta problemática, desde nuestra visión y experiencia, la cual nos brinda la posibilidad de ir comprendiendo mucho más al Proceso, entenderlo y

adaptarlo, en un trabajo permanente que seguimos construyendo diariamente, con el objetivo de alcanzar la ansiada integración Docencia/Servicio. Surge aquí la necesidad de identificar dos aspectos: En primer lugar la importancia de su adaptación a nivel de la enseñanza, en la cual los docentes, como miembros de esta profesión, debemos consensuar partiendo de nuestras propias experiencias; y en segundo lugar, lo cual es indudablemente posterior al primero, la adopción de estrategias que promuevan la aplicación real del Proceso en la práctica enfermera.

No es posible actuar sin tener una idea clara de lo que tenemos que hacer, es decir que la enfermería, como disciplina que quiere y debe diferenciarse de las demás disciplinas sanitarias, lo podrá hacer siempre que use un marco de referencia como base de sus observaciones y que dirija la forma y los objetivos de su práctica. Además, un modelo nos ayuda a precisar la naturaleza de los cuidados, nos guía para elegir las intervenciones para conseguir objetivos, delimita nuestra responsabilidad profesional y aclara el servicio que damos a la sociedad. Debemos incorporar nuestro propio producto e identificar el valor añadido, que su contribución específica aporta al proceso asistencial y hacer uso de una metodología propia, el proceso enfermero, que nos permita obtener e identificar nuestra contribución a la salud de la población. Podemos decir que el fin primordial de la enfermería es prestar cuidados enfermeros fundamentados en una completa información y una atención personalizada e integral a los usuarios y sus cuidadores.

Esto hace necesario la adopción de un modelo acorde con nuestra realidad, que favorezca y garantice la continuidad asistencial y ayude a conseguir la máxima independencia a través del plan de cuidados y de los diagnósticos de enfermería.

La importancia de un marco teórico de referencia para la enfermería, resulta incuestionable, en los modelos expuestos y generalizando, podemos observar la utilización de términos similares o iguales con distintos enfoques y formas. Aunque los autores tengan puntos de vista diferentes sobre algunos conceptos

sorprende el grado de coincidencia en los valores y objetivos centrales y en todo caso la compatibilidad puesto que las diferencias suelen ser menos obvias que las similitudes, los conceptos que incluyen las teorías suelen ser complementarios no excluyentes. Algunos profesionales opinan que debería haber un modelo único y universal para toda la enfermería, otros en cambio creen en las ventajas de la universalidad. Nuestra disciplina se refiere a un tipo de realidades complejas y mutables, diferentes según sea la perspectiva del especialista que se aproxima a ellas. No es fácil llegar a un consenso, quizás ni siquiera sea bueno ya que restaría riqueza y fuerza al necesario debate interno. La cuestión estriba en no quedarse en las palabras o términos que cada autor utiliza, sino en tratar de penetrar en el sentido que da a esas palabras, en lo que trata de decir con ellas, el debate debe centrarse en *cómo representan los valores que buscamos* .

Se trataría de comprender las bases de los conocimientos a los que se refieren y como estos conocimientos, pudiendo recombinarse indefinidamente en distintas situaciones, aportan algo irremplazable al contenido y a la manera de ver los cuidados de enfermería, abriendo nuevos caminos de interrogación y reflexión.

La enfermería como ciencia es joven y está lejos de alcanzar un punto de conclusión aceptando la idea de que un modelo excluya a los otros. Nos atreveríamos a asegurar que ninguna teoría, ningún modelo o marco conceptual puede pretender legitimar el ejercicio profesional de los cuidados de enfermería ya que cualquier disciplina científica tiene múltiples teorías, estructuras, modelos y cuadros conceptuales. Este pluralismo de teorías, es clave de la evolución de la práctica enfermera. Las diferentes construcciones teóricas, pueden ayudar a encontrar mejores modos de prestar cuidados hoy y en el futuro, si tendemos a una utilización polivalente que pueda enriquecer los cuidados, de manera que sea la propia enfermera la que acceda al saber, dominando su utilización de forma creativa.

Una vez revisada la situación actual en nuestra comunidad y las tendencias actuales, se ha optado por elegir un modelo para la práctica asistencial basado en el enunciado por Virginia Henderson. Entre los motivos que podemos destacar para considerar este modelo como adecuado a nuestro entorno, estarían:

En nuestra comunidad autónoma, es el modelo más utilizado.

En la mayoría de documentos de nuestras Instituciones y Escuelas de Enfermería, aunque no se especifique un modelo concreto, aparecen referencias al modelo de Virginia Henderson. Algunos de los planes de cuidados que aparecen en los procesos asistenciales desarrollados, están realizados bajo este modelo.

En la Institución donde laboro es un modelo conocido por aquellos profesionales que han mostrado interés por trabajar con un modelo de cuidados. Es un modelo muy conocido y con un amplio desarrollo, utiliza una terminología fácil de comprender para describir los conceptos, expresando ideas profundas y complejas de manera sencilla. Es un modelo abierto, dando lugar a la posibilidad de adaptación a diversas situaciones culturales y del entorno, así como la adaptación a los diversos entornos de cuidados (En el caso de la institución donde trabajo sería aplicable en las etapas de Asistencia Especializada y Asistencia Primaria), incluye como parte de la actuación de la enfermería el papel de colaboración con otros profesionales de la salud. Tiene un concepto de persona como un todo, compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que interactúan entre sí, permitiendo el tan actual concepto de atención holística.

Para este modelo la persona tiene un potencial de cambio, de afrontamiento, de interrelación con los demás y con su entorno, y de capacidad para ocuparse de sus cuidados. Afirma que la persona/familia, es precursora de sus propios cuidados para alcanzar la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas. La salud deja de ser algo externo, dado por el sistema sanitario, pasando a ser un deber personal y colectivo. Propone el proceso enfermero, como metodología adecuada para llevarlo a la práctica. El Consejo

Internacional de Enfermería adoptó su definición de la función propia de la enfermera. Permite usar la taxonomía NANDA, para formular los problemas identificados.

Las parejas necesitan hablar de la fertilidad perdida, del ya no tener hijos por motivos de salud. Este tema puede afectar sus metas y expectativas en la vida y necesitar tiempo y flexibilidad para asimilarlo. Los seres humanos tenemos una admirable capacidad para enfrentar las crisis y los cambios durante la vida, y la habilidad para cambiar y adaptarse ante las pérdidas. Con frecuencia puede ser tranquilizador para la persona el saber que la angustia es una reacción normal. Se puede ofrecer y proporcionar ayuda para enfrentar su situación, platicando con ella sobre las razones por las que está sintiendo las emociones que manifiesta; se le debe asegurar que no está “enloqueciendo”, sino que está experimentando reacciones emocionales, que aunque quizás son nuevas para ella, son completamente normales. Algunas personas buscan ayuda no profesional, lo cual proporciona con frecuencia un gran respaldo y podría considerarse que sean incorporadas al Plan de Atención. Existen grupos de autoayuda variados, pero es importante que esto no sea considerado una panacea, de hecho muchas personas pueden no sentirse cómodos dentro de un grupo, llegando a encontrarlos incluso deprimentes o falsos.

Para enfrentar y ayudar a una persona con crisis emocional, es importante:

No juzgar, saber escuchar, conceder tiempo, no involucrarse en exceso (conocer las propias limitaciones), no hacerse cargo de los demás (ayudar a ayudarse a sí mismo), saber identificar cuándo actuar y cuándo tomar decisiones, ayudar a alcanzar su independencia.

Todo profesional de la salud debe recordar que todos somos humanos expuestos a emociones similares. Es fácil dejarse seducir por la necesidad de culpar a alguien, o incluso sentirse culpable uno mismo. En esencia, el no poder ofrecer ningún remedio que cambie la situación, puede causar mucha aflicción en el personal médico y en la persona tratada. Puede surgir la

búsqueda de explicaciones imaginarias, en lugar de ver, por sentido común, cómo puede darse la ayuda inmediata a la persona afectada a pesar de que el daño sea irreversible. Recordemos que todas las personas tienen necesidades emocionales y, por lo tanto, necesidad de orientación y que no todos los profesionales de la salud se sienten capaces o están motivados para proporcionarlo. La forma de abordar la necesidad, no es negar o evitar su existencia poniendo barreras y limitaciones en torno a la paciente, sino creando un servicio en el que se les pueda brindar pronta y adecuadamente la atención por parte de la persona más capacitada para ayudar, utilizando el o los métodos que más se adecuen a las necesidades afectadas.

El dolor más grande que existe es el de la muerte y la desesperanza. El dolor por la pérdida de un miembro u órgano, es similar a éste. La sensación de mutilación ocasiona tal sensación de pérdida, desasosiego y sobretodo desesperanza, y tratándose de la pérdida del útero, ésta va aunada a la sensación de pérdida de la feminidad, y de la capacidad reproductiva, la que, si ocurre en una etapa temprana alejada de la menopausia, y si aún no está satisfecha la maternidad planeada y/o deseada, la pena es mayor. Se pierde una parte del cuerpo representativa de la identidad, se pierde la capacidad de procrear junto con la esperanza de tener la familia anhelada. Esto es irrecuperable y viene la sensación de frustración y culpa ante la pareja al no poder darle la descendencia deseada y se vive un tipo de duelo anticipado, pues aunque no se pierde un hijo, si la esperanza de tenerlo, siente que han muerto los futuros hijos antes de concebirlos, junto con todas sus ilusiones al respecto. Este dolor o duelo se vive igual que cualquier otro, con las mismas etapas emocionales identificadas, por todos y cada uno de los teóricos que han estudiado el duelo. Como las identificadas por la enfermera Gloria M. Francis: Negación, Ansiedad, Regresión, Depresión y Aceptación Realista, lo que pudimos detectar en la persona elegida para este estudio.

Mantener una comunicación efectiva con las personas a las que proporciona atención, identificándose y dirigiéndose con amabilidad, explicándole con

lenguaje claro y sencillo los cuidados que se proporcionan, favoreciendo un ambiente de confianza para que expresen sus dudas, sentimientos y emociones, atendiendo de inmediato la solicitud de ayuda o apoyo, explicándole en su caso las situaciones que pudieran retrasar la misma, respetando los límites de las atribuciones y responsabilidades señaladas en manuales, normas y políticas institucionales, respecto a la información que corresponde dar a cada integrante del equipo de salud. Reconocer en la persona su concepción holística, otorgando cuidados de enfermería tendientes a satisfacer las necesidades básicas de mantenimiento y conservación de la vida, entendiendo las diversas manifestaciones de tipo emocional expresadas a través de los sentimientos (sufrimiento, miedo, incertidumbre, entre otros), respetando los valores culturales, ideologías y capacidad para percibir, pensar y decidir sobre su tratamiento y cuidados.

El concepto holístico abarca a la persona en su totalidad (cuerpo, mente y espíritu). Proporcionar cuidados que garanticen la atención libre de riesgos y daños innecesarios, fundamentando los cuidados de enfermería en conocimientos científicos, técnicos y éticos actualizados, proporcionando un entorno seguro a través de la aplicación de las medidas de seguridad establecidas en las normas institucionales, manteniendo un estado de salud física, mental y social que evite constituirse en un factor de riesgo.

Establecer una coordinación efectiva con el equipo interprofesional de salud, aplicando en cada uno de los documentos (expediente clínico, reportes, informes, entre otros) los lineamientos establecidos por la institución, realizando los registros en forma: clara, legible, veraz, oportuna y confiable, utilizando terminología técnico-médica de uso y aceptación universal, elaborando y considerando a los registros clínicos de enfermería como evidencia del cuidado, actuar con base en los principios éticos que rigen la práctica profesional de enfermería, conociendo, adoptando, aplicando y difundiendo los deberes y responsabilidades contenidos en el Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México, favoreciendo y fomentando los valores éticos y sociales de la profesión.

Las secuelas también trauman. Muchas enfermedades tienen secuelas, tal es el caso de una histerectomía o de cualquier operación que implica la amputación de algún órgano. Lo mismo existen enfermedades en las cuales hay una limitación permanente para el individuo, como en el caso de hepatitis o del paludismo, cicatrices y discapacidades.

La angustia y el trauma. Cuando una persona se sabe enferma, evoca un estado emocional que en la mayoría de los casos es negativo. El paciente puede sentirse ansioso, angustiado, asustado, deprimido, culpable o enojado. También, dependiendo de la gravedad de la enfermedad, puede tener una actitud de negación o utilizar diferentes mecanismos de defensa como reacción a la noticia de que está enfermo, puede incluso manifestar un estado maniaco, (ejemplo del señor enfermo de Sida que estaba feliz porque se iba a morir) estos estados emocionales debilitan las funciones del yo del paciente y no le permiten afrontar adecuadamente su situación. Son afectos negativos que van a dificultar la recuperación de la salud, a menos que puedan ser manejados adecuadamente por el aparato psíquico.

La angustia es un afecto que tiene todas las características de una reacción de miedo frente a un peligro; físicamente es experimentada como aceleración del sistema cardiaco y respiratorio, tensión muscular. De alguna manera es una carga frente a una situación de peligro. La angustia también es una señal de peligro que motiva al individuo a buscar respuestas adecuadas; en este sentido la angustia puede ser una motivación adaptativa y un factor de desarrollo. Podemos apostar a la naturaleza motivacional de la angustia, siempre y cuando el aparato psíquico sea capaz de tolerarla y manejarla. Si el monto de angustia desborda la capacidad psíquica de elaborar una respuesta, esta se convierte en factor traumático y desencadena otros mecanismos para promover el equilibrio emocional de la persona. El origen de la angustia neurótica es explicado como la movilización de respuestas a una situación de conflicto interno, tratado como un peligro externo. Si la angustia desborda la capacidad del paciente para manejarla, ya sea por su monto (cantidad), por la intensidad o lo intempestivo o imprevisto, o bien por que el paciente no cuente

con una estructura mental adecuada para manejarla, esta se convierte en negativa y provoca: La paralización de algunas funciones yóicas: En este caso puede haber distorsión de la percepción, de la memoria, de la atención, del razonamiento lógico, del juicio, etc.

El paciente no es capaz de funcionar adecuadamente: En este caso puede ser que no sea capaz de trabajar, de estudiar, de realizar algunas tareas básicas de sobrevivencia.

Deteriora sus relaciones interpersonales: El enojo que siente por su situación puede ser desplazado a las personas más cercanas, se vuelve irritable o bien se aísla del contacto social.

Detiene el proceso elaborativo: El dolor que le ocasiono la situación no puede ser procesado y se queda como un cuerpo extraño que no le permite seguir adelante.

Se estanca en su vida: Se detiene o se congela el proceso de duelo

Se convierte en un factor traumático: Puede producir una neurosis o psicosis traumática.

Baja el funcionamiento del sistema inmunológico: En primera instancia, cuando el paciente no es capaz de manejar la angustia, tendremos que explorar la causa. Puede que se trate de un suceso tan terrible que implica una reacción emocional demasiado fuerte para ser procesada de manera normal. Un ejemplo de esto puede ser un desastre natural como un terremoto, un accidente, etc. o posiblemente, aunque el suceso no hubiese sido tan dramático, este haya ocurrido de repente, cuando el paciente no estaba prevenido, y su aparato emocional no pudo reaccionar adecuadamente, por ejemplo al recibir la noticia de una desgracia o muerte de un familiar cercano, o al enfrentar cualquier situación muy dolorosa sin previo aviso, o tal vez se trate de un paciente con una estructura mental inmadura, con baja tolerancia a la frustración y no es capaz de manejar la situación adecuadamente. También puede ser que en ese momento la persona esté pasando por una situación difícil y no pueda tolerar el estímulo doloroso.

El impacto de la explosión demográfica sobre la economía y el desarrollo del país y el reconocimiento de los derechos reproductivos de los individuos y de las parejas, fueron las bases sobre las cuales el Gobierno Federal formuló una nueva política de población como parte de una estrategia nacional en la cual el Sector Salud tuvo un papel preponderante. El proceso de desarrollo de la planificación familiar a través de los servicios de salud, contribuyó a mejorar los niveles de salud reproductiva de la familia, lo cual planteó nuevos retos. En México, al inicio de la presente administración, el Secretario de Salud tomó la iniciativa de implementar el Programa de Salud Reproductiva, que incluye el concepto holístico y la nueva misión acordes con la visión integral que parte de la Declaración de la Ciudad de México (1993), así como del Plan de Acción de la Tercera Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, ratificado en la Asamblea Extraordinaria de las Naciones Unidas en 1999.

¿CUÁNDO SE CONSIDERA QUE UNA PÉRDIDA HA SIDO SUPERADA?

Un proceso de duelo ha sido resuelto correctamente cuando el familiar toma conciencia intelectual y emocional de la pérdida, tras pasar por las etapas anteriormente mencionadas. La resolución se manifiesta porque: 1) el recuerdo del familiar fallecido ya no le provoca un efecto doloroso, refiriéndose a él sin llanto o sensación de opresión y, 2) la persona es capaz de enfocar su carga afectiva sobre nuevos objetos o personas.

Generalmente, es difícil establecer un período de tiempo necesario para la superación de la pérdida de un familiar, pero desde el punto de vista clínico se considera que una duración excesivamente extensa y/o la aparición de una serie de comportamientos no adaptativos pueden hacer que un profesional considere que se trata de un duelo patológico.

VALORACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO EN LA ADAPTACIÓN A LA PÉRDIDA EXPERIMENTADA POR EL PACIENTE.

1. Pérdida y duelo. Tipos de pérdida: corporal, funcional, de rol, muerte.

Proceso de adaptación a la pérdida: etapas del duelo (Kübler Ross). Tipos de duelo. Cuidados de enfermería ante la pérdida experimentada por el paciente.

PATRÓN DE VALORES-CREENCIAS

1. Cambios o pérdida de valores-creencias vitales a raíz de la hospitalización y/o la enfermedad.
2. Necesidades espirituales y religiosas del paciente durante la hospitalización.
3. La muerte del paciente. Conceptos de muerte y pérdida, signos de muerte. Interpretación del hecho de la muerte o pérdida en función de los valores-creencias del paciente y familiares al respecto.
4. Cuidados post-mortem: actuación ante un fallecimiento (protocolo habitual); la preparación del cadáver (procedimiento del amortajamiento).

BIBLIOGRAFÍA.

Alfaro LR Aplicación del proceso enfermero: Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª edic. Masson, Barcelona, 2003

Barrios EA, et.al. Filosofía y ciencias de la salud. Ed. Pueblo y literatura. Cuba 1991

Benavent MA, et.al.: Fundamentos de enfermería. DAE. Madrid, 2001

Brunner-Suddarth, Manual de enfermería médico quirúrgica, 4ª edic. Vol. II Interamericana. 1990

Carpenito LJ Diagnóstico de enfermería: aplicación a la práctica clínica 9ª edic. Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 2003

Carpenito LJ. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 9ª edic. Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 2002

Colliere MF. Promover la Vida. McGraw-Hill Interamericana, México 1999

Fernández FC. et.al. El Proceso de Atención de Enfermería, Estudio de casos., Barcelona, Masson-Salvat, 1993

George JB. Teorías de enfermería: de los fundamentos a la práctica profesional. 4ª edic. Porto Alegre: Artes Médicas, Brasil 2000

Griffith JW. Christensen PJ. Proceso Atención de Enfermería. Aplicación de Teorías, Guías y Modelos 3ª edic. El Manual Moderno, México 1986

Hernández CJ. Historia de la enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería. McGraw-Hill Interamericana, Madrid 1995

Hernández CJ, Esteban M.: Fundamentos de Enfermería. Teoría y método Interamericana McGraw-Hill. Madrid 1999

Kozier B, et.al. Marco conceptual y teoría de enfermería. En enfermería fundamental 4ª edic. Interamericana, Madrid 1993

Kozier B. Procesos y fundamentos. Enfermería. Interamericana México 1984

Leddy S., Mae P. Bases conceptuales de la enfermería profesional. JB Lipencoth. Company. Filadelfia 1990

Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Masson. Barcelona 2002

Marriner TA, Raile AM. "Modelos y teorías en enfermería" 5ª edic. Elviesier, España, Madrid 2007

Medina JL. La pedagogía del cuidado: Saberes y práctica en la formación universitaria en enfermería. Barcelona 1999

Meleis AL. Desarrollo y Progreso de la teoría de enfermería. 3ª edic. Philadelphia 1997

NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Elviesier Madrid 2005-2006

Paterson J, Zderad L. Enfermería Humanística. New York: Asociación Nacional de Enfermería, 1990

Potter P., Griffin A. Fundamentos de enfermería. 5ª edic. Vol.I y II. Harcourt. Madrid 2002

Rosales BS., Reyes GE. Fundamentos de Enfermería. El Manual Moderno. México 1991

Revista Medicina Holística. Vol. 30, 35, 36 España 1997

Wesley RL. Teorías y modelos de enfermería. McGraw-Hill Interamericana México 1995

Iyer PW. Proceso y diagnóstico de Enfermería. México 3ª edic. McGraw-Hill Interamericana, 1995

Zabala A. Implicaciones éticas en la práctica de enfermería. Ed. Consejo de publicaciones. U. de los Andes Venezuela 1984

ANEXOS.

i. La recogida sistemática y continua de datos.

Es la clave para realizar una valoración exacta de sus usuarios. En esta parte se comentará el establecimiento de prioridades en la recogida de datos, los métodos utilizados para ello y los métodos para favorecerla.

Prioridades en la recogida de datos:

Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del usuario que exigen una intervención de enfermería. La valoración de cada una de ellas puede ser poco realista o difícil de manejar. Por tanto, será preciso establecer un sistema para determinar que datos deben reunirse en primer lugar. Uno de estos mecanismos es la jerarquía de necesidades humanas.

MASLOW: Psicólogo que dice que las necesidades deben de estar jerarquizadas y crea una pirámide. (Las más bajas deben de estar cubiertas para que se desarrolle el pico de la pirámide).

Abraham Maslow (1943) describió las necesidades humanas en cinco niveles: (1) Fisiológicas, (2) de inocuidad o seguridad, (3) sociales (4) de estima y (5) de autorrealización. Sugirió que el cliente va subiendo en la jerarquía cuando intenta satisfacer necesidades. En otras palabras, las necesidades fisiológicas suelen tener una mayor prioridad para el cliente que la demás. Por tanto, cuando estas necesidades básicas no están satisfechas, es muy posible que el cliente no tenga ganas o no sea capaz de satisfacer necesidades de mayor nivel.

JERARQUÍA DE KALISH. Richard Kalish (1983) mejoró aún más el sistema de Maslow dividiendo las necesidades fisiológicas en necesidades de supervivencia y necesidades de estimulación. Esta división resulta especialmente útil para ayudar al profesional de enfermería a establecer prioridades en la recogida de datos.

Necesidades fisiológicas: hambre, sed, sexo, eliminación y termorregulación.

Necesidades de seguridad: física, económica, protección.

Necesidades de pertenencia: Afiliación, afecto, aceptación social.

Necesidades de estima: Aprobación, reconocimiento y éxito.

Necesidades de autorrealización: desarrollo de nuestras potencialidades.



ii. Trastorno disfórico menstrual.

El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) es una condición caracterizada por depresión, irritabilidad y tensión severas antes de la menstruación. Estos síntomas son más severos que los que se observan con el síndrome premenstrual (SPM).

CAUSAS, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO.

Las causas del síndrome premenstrual y del síndrome disfórico premenstrual no se han identificado, aunque parece que los factores sociales, culturales, biológicos y psicológicos están todos involucrados. Los investigadores estiman que el síndrome disfórico premenstrual afecta a entre el 3 y 8% de las mujeres en su edad reproductiva.

La depresión mayor es muy común con el síndrome disfórico premenstrual, aunque éste se puede presentar en mujeres sin antecedentes de ésta condición de depresión.

En estudios realizados, se ha encontrado que las mujeres que presentan trastorno afectivo estacional (TAE), una forma de depresión caracterizada por episodios anuales de depresión durante el otoño o el invierno que mejoran en la primavera o el verano, son susceptibles de presentar también el síndrome disfórico premenstrual.

SÍNTOMAS.

Los síntomas del síndrome disfórico premenstrual son similares a los del síndrome premenstrual, pero generalmente más severos y debilitantes. Los síntomas se presentan durante la última semana de la mayoría de los ciclos menstruales y generalmente mejoran en unos cuantos días después de que comienza el período.

Se deben presentar 5 ó más de los siguientes síntomas:

Sentimiento de tristeza o desesperanza y posibles pensamientos suicidas.

Sensación de tensión o ansiedad.

Ataques de pánico.

Altibajos en el estado de ánimo caracterizados por períodos de llanto.

Irritabilidad o ira persistente que afecta a otras personas.

Desinterés en las actividades diarias y en las relaciones con los demás.

Dificultad para concentrarse.

Fatiga o falta de energía.

Deseo vehemente por consumir alimentos.

Trastornos en el sueño.

Sensación de pérdida de control.

Síntomas físicos como distensión abdominal, sensibilidad en las mamas, dolores de cabeza y dolor muscular o articular.

SIGNOS Y EXAMENES INDICADOS.

No hay hallazgos en un examen físico o pruebas de laboratorio específicos para el diagnóstico del síndrome disfórico premenstrual. Se debe elaborar la historia clínica y llevar a cabo un examen físico (incluyendo un examen pélvico) y una evaluación psiquiátrica para descartar otras condiciones potenciales.

El hecho de mantener un calendario o un diario de los síntomas puede ayudar a las mujeres a identificar los síntomas más problemáticos y los momentos en que hay mayor probabilidad de que se presenten. Asimismo, esta información puede ayudar al médico a diagnosticar el síndrome disfórico premenstrual y determinar el tratamiento apropiado.

TRATAMIENTO.

A las mujeres que se sospeche o se les diagnostique que presenten síndrome disfórico premenstrual les puede servir lo siguiente:

Practicar ejercicio regular de 3 a 5 veces por semana

Tener descanso adecuado.

Seguir una dieta balanceada (con aumento de granos integrales, verduras, frutas y disminución o suspensión del consumo de sal, azúcar, alcohol y cafeína).

Además, es importante llevar un diario o calendario para registrar el tipo, severidad y duración de los síntomas.

Los inhibidores selectivos de la captación de la serotonina (ISRS) son antidepresivos que pueden tratar el síndrome disfórico premenstrual e incluyen fluoxetina (Prozac, Sarafem), sertralina (Zoloft), paroxetina (Paxil), fluvoxamina (Luvox) y citalopram (Celexa).

Se pueden recomendar suplementos nutricionales, como la vitamina B6, el calcio y el magnesio. Igualmente, se pueden prescribir calmantes, como la aspirina y el ibuprofeno, para el dolor de cabeza, el dolor de espalda, los cólicos menstruales y la sensibilidad en las mamas. Los diuréticos pueden servir para las mujeres que experimentan aumento significativo de peso debido a la retención de líquidos.

PRONÓSTICO.

Después del diagnóstico y tratamiento apropiados, la mayoría de las mujeres con síndrome disfórico premenstrual sienten que sus síntomas desaparecen o caen a niveles tolerables.

COMPLICACIONES.

Los síntomas del síndrome disfórico premenstrual pueden llegar a ser tan severos que interfieren con la vida diaria de la mujer. Las mujeres que sufren de depresión pueden presentar síntomas peores durante la segunda mitad de su ciclo menstrual y pueden requerir de ajustes en sus medicamentos.

Hasta un 10% de las mujeres que informan sobre síntomas de síndrome premenstrual, en particular aquellas con síndrome disfórico premenstrual, ha tenido pensamientos suicidas y la incidencia de suicidio en mujeres con depresión es significativamente mayor durante la última mitad del ciclo menstrual.

El síndrome disfórico premenstrual puede estar asociado con trastornos en la alimentación y el hábito de fumar.

Se debe buscar asistencia médica si:

Los síntomas del síndrome premenstrual no mejoran con el auto-tratamiento.

Los síntomas del síndrome premenstrual están interfiriendo con la vida diaria de la persona.³⁷

iii. El duelo.

La evolución de la Enfermería como disciplina del ámbito del conocimiento, nos permite una mayor comprensión de la experiencia humana que supone el cuidado, para lo cual es innegable la importancia del lenguaje como sistema de representación y percepción que tenemos del mundo, así como para la interacción en el contexto de la relación terapéutica.

Al hablar realizamos una serie de opciones o transformaciones -la generalización, la eliminación y la distorsión- sobre cómo comunicamos nuestra experiencia; opciones reguladas por reglas traducidas en la estructura de superficie, la cuál a su vez puede ser considerada como la representación lingüística de la representación completa que es la estructura profunda. La representación que la mujer haga del mundo determinará en parte lo que será su experiencia en él, el modo de percibirlo y de comunicarlo y las opciones que estarán a su disposición al vivir en el mundo. Estas significaciones, desde el

37 <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007193.htm> fecha de consulta 11/mayo/2008

modelo transformacional lingüístico, permitirían plantear que los cuidados enfermeros en un contexto psicoterapéutico tienen la posibilidad de ofrecer la opción de algún cambio en la forma que la mujer representa su experiencia del mundo. El solo hecho de tener esto en consideración por el profesional de enfermería, en la relación terapéutica, permitiría iniciar “la construcción mágica” de lo sanador a través de Modelos de Enfermería Personalizados (MEP), garantía de cuidados enfermeros humanizados.

La enorme variabilidad del duelo depende de las características de la persona en duelo, su situación personal y antecedentes, del tipo de pérdida (órgano, función, ser querido), de “quién” o “qué” es lo que se ha perdido, de las causas y circunstancias de la pérdida, de las relaciones sociofamiliares y de las creencias, costumbres sociales, religiosas, etc. de la sociedad en la que vive.

A pesar de toda esta enorme variabilidad se puede describir a grandes rasgos la evolución del duelo a lo largo del tiempo, para ello fragmentamos artificialmente el proceso de duelo en fases o períodos que reúnen unas características y nos ayudan a entender lo que sucede en la mente del doliente:

Duelo anticipado (pre-muerte): Es un tiempo caracterizado por el shock inicial ante el diagnóstico y la negación de la pérdida próxima, mantenida en mayor o menor grado hasta el final; también por la ansiedad, el miedo y el centrarse en el cuidado del enfermo. Este período es una oportunidad para prepararse psicológicamente para la pérdida y deja profundas huellas en la memoria.

Duelo agudo (muerte y peri-muerte): Son momentos intensísimos y excepcionales, de verdadera catástrofe psicológica, caracterizados por el bloqueo emocional, la parálisis psicológica, y una sensación de aturdimiento e incredulidad ante lo que se está viviendo. Es una situación de auténtica despersonalización.

Duelo temprano: Va desde semanas hasta unos tres meses después de la muerte. Es un tiempo de negación, de búsqueda del fallecido o de lo que se ha perdido, de estallidos de rabia, y de intensas oleadas de dolor y llanto, de profundo sufrimiento. La persona no se da cuenta todavía de la realidad de la pérdida.

Duelo intermedio: Desde meses hasta años después de la muerte. Es un tiempo “a caballo” entre el duelo temprano y el tardío, en el que no se tiene la protección de la negación del principio, ni el alivio del paso de los años. Es un periodo de tormentas emocionales y vivencias contradictorias, de búsqueda, presencias, culpas y auto reproches donde continúan las punzadas de dolor intenso que llegan en oleadas. Con el reinicio de lo cotidiano se comienza a percibir progresivamente la realidad de la pérdida, apareciendo múltiples duelos cíclicos en el primer año (aniversarios, fiestas, vacaciones) y la pérdida de los roles desarrollados por el difunto (confidente, amante, compañero, amigo). Es también un tiempo de soledad y aislamiento, de pensamientos obsesivos. A veces es la primera experiencia de vivir sólo y es frecuente no volver a tener contacto físico íntimo ni manifestaciones afectivas con otra persona. Se va descubriendo la necesidad de descartar patrones de conducta previos que no sirven (cambio de estatus social) y se establecen unos nuevos que tengan en cuenta la situación actual de pérdida. Este proceso es tan penoso como decisivo, ya que significa renunciar definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona perdida. Finalmente los períodos de normalidad son cada vez mayores. Se reanuda la actividad social y se disfruta cada vez más de situaciones que antes eran gratas, sin experimentar sentimientos de culpa. El recuerdo es cada vez menos doloroso y se asume el seguir viviendo. Varios autores sitúan en el sexto mes el comienzo de la recuperación, pero este período puede durar entre uno y cuatro años.

Duelo tardío: Transcurridos entre 1 y 4 años, el doliente puede haber establecido un nuevo modo de vida, basado en nuevos patrones de pensamiento, sentimiento y conducta que puede ser tan grato como antes,

pero sentimientos como el de soledad, pueden permanecer para siempre, aunque ya no son tan invalidantes como al principio. Se empieza a vivir pensando en el futuro, no en el pasado.

Duelo latente (con el tiempo...): A pesar de todo, nada vuelve a ser como antes, no se recobra la mente preduelo, aunque sí parece llegarse con el tiempo, a un duelo latente más suave y menos doloroso, que se puede reactivar en cualquier momento ante estímulos que lo recuerden.

Desgraciadamente en México, como en otros países, aún no se prepara a la persona para enfrentar de una manera más positiva su propia muerte y la de sus seres queridos, así como las pérdidas en la vida, al igual que a superar la frustración en general, dándoles un sentido. Actualmente, hay una carencia casi total en la formación de personas que se dediquen a ayudar de una forma tan especial que requieren tanto el enfermo terminal como el crónico y sus familiares, al igual que a aquellos que perdieron un órgano o su función. Por ello, se hace énfasis en la necesidad de aceptar la muerte como un fenómeno natural y por tanto la importancia de prepararse para morir o para una pérdida así como de aprender a vivir mejor.

Es por eso que la Tanatología ayuda a tantos seres humanos, que al enfrentarse con una enfermedad terminal que necesariamente los va a llevar a la muerte, se sienten desesperados, desgraciados, infelices, con una enorme angustia, ya que el hombre experimenta uno de los dolores más fuertes y profundos al enfrentarse con su propia muerte y la de sus seres queridos.

También se contempla la ayuda a la familia, que comúnmente se siente frustrada e impotente, asustada ante la enfermedad, alguna pérdida o la muerte inesperada de un ser querido.

Así también la Tanatología, ayuda a toda clase de pérdidas, desde la pérdida de la pareja por un divorcio, el casamiento de los hijos (el llamado “nido vacío”), al suicida en potencia tratando de ayudarle a encontrarle un sentido a su vida, la donación de órganos, eutanasia, aborto, el estatus en la ancianidad, etc., son varias áreas muy amplias que comprende esta ciencia.

La Dra. Elizabeth Kubler-Ross, (Médico Psiquiatra), consideró una obligación moral el ayudar a aceptar conscientemente este suceso inevitable y natural en la vida de todo ser humano. Cuando una persona está en pleno proceso de duelo, lo fundamental es dirigir nuestra acción a la elaboración de este proceso con los siguientes objetivos específicos:

a) *Aceptar que la pérdida es real*, debido a que una reacción muy común es la negación del hecho, para lo cual es interesante que participe en la medida que sea posible en los rituales que le ayudarán a la confirmación de la pérdida. Como ya se ha puntualizado anteriormente, siempre se produce una sensación de que no es verdad, que genera una conducta de búsqueda del miembro perdido, que les puede conllevar a no aceptar que el reencuentro es imposible, llegando a un total engaño. Esto que no es infrecuente a corto plazo en una primera etapa, puede llegar a ser significativo si perdura durante años. También se enmarcan en este sentido, la negación del significado de la pérdida, esto es el practicar un olvido minimizándola, así como rechazar la irreversibilidad del hecho: En las dos o tres primeras semanas puede ser normal pero si persiste la esperanza constante, crónica, se vuelve un problema. Con todo, el objetivo que se ha de buscar es la aceptación intelectual y emocional.

b) *Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida*. Los dolientes manifiestan no ser capaces de sentir, de experimentan un bloqueo, evitando pensamientos dolorosos, a la vez que idealizan lo que han perdido (familiar, objeto, situación, etc.).

c) *Adaptarse a un nuevo ambiente donde lo perdido está ausente*. La cuestión a abordar es que el superviviente ha de saber asimilar que actividades y lugares que antes se relacionaban con lo perdido ahora no ya son cubiertos y que los roles que desempeñaba ya no se harán, lo que puede generar un intenso sentimiento de vacío y resentimiento. Además se planteará un cuestionamiento sobre sí mismo, sus capacidades y sus valores vitales. Si esto no es bien elaborado el superviviente puede llegar al aislamiento, a caer

en la auto infravaloración y no será capaz de asumir nuevos roles, necesarios de abordar para seguir adelante, lo cual le reforzará negativamente.

d) *El ser capaz de seguir adelante con la vida cotidiana y la vida personal no supone el olvidar*, sino encontrar un lugar adecuado, recordar de forma que no que entorpezca a la hora de establecer nuevas acciones. Son útiles el empleo de la técnica de confrontamiento a la realidad (apto para el abordaje de pensamientos irracionales de culpabilidad), el psicodrama en terapia de grupo, la reestructuración cognitiva (muy interesante en el abordaje de la ansiedad o el sentimiento de no verse capaz de seguir viviendo), además de la técnica de solución de problemas (para la adaptación a la nueva situación y a los nuevos roles), el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y la toma de decisiones.

Otras estrategias que suelen ser muy empleadas también con el familiar son el uso de un lenguaje evocador, la visión de fotos, objetos personales, escritura de cartas al mismo o un diario sobre el duelo y dibujar. Como recomendaciones generales es interesante tener en cuenta en el duelo lo siguiente:

Abordar cuestiones como los sentimientos de culpabilidad, real o irreal, la ansiedad y el sentimiento de impotencia. Para ello, el profesional procurará ayudarle a la aceptación de la pérdida real cuestionándose sobre ella, “¿cómo ocurrió?, ¿quién te lo dijo?” y apoyándole para intentar mantener algunas actividades rituales después de la pérdida, por ejemplo el visualizarse en su nueva situación, platicar con otros del tema, que le ayudarán a afrontar la realidad de su pérdida.

Evitar sedar a la persona en exceso, ya que una persona sedada puede incluso no recordar luego el hecho, lo que puede dificultar la recuperación posterior.

Evitar los planteamientos simplistas como: “por lo menos tiene otro hijo“, “ha sido voluntad divina“, etc. Esos comentarios están orientados a tranquilizar al emisor de las frases, facilitándole el salir del paso, pero no al familiar superviviente.

A veces un silencio respetuoso acompañado de un “lo están pasando mal y es lógico”, informará a los familiares de que entendemos y compartimos su sufrimiento, lo que reforzará la percepción de no estar solos.

En relación a las expresiones de resentimiento con respecto al trato asistencial recibido, es bueno permitir que sean expresados de forma libre, pero evitando que el ataque a otros equipos.

Indagar sobre cómo ha quedado la situación financiera, pues si es mala puede ser un problema sobreañadido.

Explicar a la familia que un duelo normal tarda hasta un año en resolverse y en qué consiste con el fin de evitar pensamientos como creer estar volviéndose locos.

Observar el estado de salud de la persona afectada por el alto riesgo de enfermedad en los primeros meses.

Intentar detectar cuanto antes la existencia o no de ideación suicida y ayudarle a identificar y expresar sentimientos

Procurar asesorarles sobre la necesidad de desarrollar de forma adaptada nuevas relaciones, aún maritales debido a la posibilidad de la aparición de pensamientos de deshonra o de culpa.

Orientarles ante el fenómeno tan difícil de asumir para la familia de las diferencias individuales existentes entre los distintos miembros, así como examinar las defensas y estilos de afrontamiento propios de cada familiar y que puedan desembocar en conductas desadaptativas, por ejemplo, abuso en el consumo de determinadas sustancias tipo droga.

Es aconsejable para el enfermero entrenarse en el manejo correcto de la comunicación tanto verbal como no verbal para establecer contacto con el familiar y poder constituirse en facilitador para la expresión de sus sentimientos, a la vez que saber orientarle a través de la relación de ayuda para que se reencontre consigo mismo y con el mundo que le rodea.³⁸

³⁸ Latiegi GA. "Papel de la enfermería en el duelo" <http://www.sovpal.org/capitulos/15-latiegil.pdf> fecha de consulta 31/ago/2008

iv. Enfoques del cuidado holístico.

Busca la salud y bienestar del paciente a través del llenado de la hoja clínica y la toma de signos vitales, así como la exploración física para diagnosticar la terapia adecuada a seguir para cada paciente en particular.

HOLISTICO: Identifica y sugiere una terapia integral que genere beneficios tangibles al paciente. Implica la comprensión y percepción de ser humano como una unidad total formada a partir de la interacción de sus cuerpos: físico, emocional, mental y espiritual.

PARA EL DESARROLLO COMO ENFERMERAS HOLISTICAS: Fomenta y hace conciente al futuro terapeuta sobre la necesidad de mantenerse actualizado a través de cursos, especialidades y la búsqueda constante de conocimientos.

VENTAJAS DE LA ENFERMERÍA HOLÍSTICA.

El enfoque es no solo dar importancia a la atención, tratamiento y manejo terapéutico de la enfermedad, sino en la totalidad del ser humano, porque interactuamos con él de manera integral, no solo a través de sus padecimientos, sino como resultado de la interacción de varios sistemas interrelacionados a nivel físico, mental, emocional, social, espiritual, medio ambiente y otros factores.

El modelo holístico nos permite enfocarnos no sólo en los patrones de cada uno de los síntomas y padecimientos, sino buscar su origen, es decir, las causas que lo provocan, porque vemos a la enfermedad como un proceso en el que el padecimiento y el sufrimiento son oportunidades para sanar, transformarse y crecer como personas.

Damos importancia a la promoción de una nueva cultura de la salud integral, pues privilegiamos la prevención, la autoconciencia, la autoexploración, el cuidado personal y la responsabilidad mutua individual y en las comunidades.

El fundamento teórico metodológico de este enfoque está basado en el estudio y conocimiento del Modelo Enfermero, el cual incorpora los sistemas y

metodologías de vanguardia en el mundo, al que debemos actualizar de manera permanente.

Un sistema de diagnóstico integral de enfermería holística, es un diseño único e innovador que permite capacitar al profesional de enfermería en aplicar diversas disciplinas de la medicina Integrativa, con base en los síntomas y procedimientos quirúrgicos, con el objeto de mejorar la recuperación y reestablecer el equilibrio físico y mental de los pacientes, mejorando su calidad de vida y su salud en forma integral.

Conocer y capacitarse en el Modelo de Atención integral, que describe el manejo de las técnicas y normatividad vigente que marca el Sector Salud en la materia. Introducción al manejo Enfermero-Persona, a partir de diversas teorías de la psicología interpersonal, para mejorar el manejo del paciente y otorgar consejos prácticos en materia de su entorno psicológico y familia, manejo del entorno de la enfermedad terminal y el entorno familiar a partir del conocimiento y las bases de la tanatología.

Desde hace algunos años las enfermeras/os han intentado desarrollar la práctica autónoma de la enfermería, quizás como ningún otro grupo profesional ha deseado convertir la especialidad en una disciplina científica, no han sido pocos los esfuerzos para delimitar un área particular de pensamiento que guíe la práctica, la investigación, la formación y gestión en enfermería. Por tal motivo se realizó una revisión de la literatura con la intención de describir cómo abordan distintos autores los conceptos de profesión, ciencia y holismo desde los orígenes de la especialidad así como las condiciones históricas y tendencias filosóficas que influyeron e influyen en la enfermería. Se demostró que la enfermería cumple con los criterios de profesionalización del sociólogo Povalko, ya que tiene un método científico de trabajo, el Proceso de Atención de Enfermería, y un carácter profesional holístico al menos en su enfoque teórico.³⁹

39 Hernández CA. «La Enfermería como disciplina profesional holística» Revista Cubana de Enfermería 2004; 20(2) <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php> fecha de consulta 02/julio/2008

La imagen pública de la enfermera está muy relacionada con el sistema de salud, las actividades que realizan están muy influenciadas por la definición médica de salud, como ausencia de enfermedad, la curación de las enfermedades es el principal objetivo de la medicina, pero la prestación de servicios de salud encaminadas primordialmente a la curación de enfermedades es muy costosa y es por esto que nuestro sistema social hace énfasis en prevenir las enfermedades, promover la salud y mantener el bienestar de la población .

La salud y la enfermedad son temas de interés universal, por esto es básico para los profesionales de enfermería comprender los conceptos de salud-enfermedad.

Se consideraba que el sujeto no estaba enfermo, pero en la actualidad se considera que para tener salud es necesario estar en completo estado de bienestar mental, físico y social y no sólo la ausencia de enfermedad o incapacidad.

Algunos han criticado esta declaración argumentando que el bienestar completo no existe, otros piensan que lo ideal debemos tratar de alcanzarlo, para alcanzar esta condición, tenemos que pensar en que el hombre es un ser social, porque crece, se desarrolla en sociedad es obra de factores sociales, capaz de pensar, expresarse, de producir alimentos, instrumentos, influir en el medio que nos rodea y entrar en relaciones sociales con sus semejantes, teniendo en cuenta sus valores, cultura y las tradiciones que de sus antecesores ha heredado, estas manifestaciones forman una unidad y acción recíprocas, unidas en un todo el hombre como un ser social concreto.

El enfermero es el encargado entre otros profesionales de la salud de la atención de ser social y al brindare los cuidados de enfermería al individuo, la familia y la comunidad lo debe realizar teniendo en cuenta los componentes de totalidad o el holismo.

Es mi objetivo al realizar este trabajo, relacionar el holismo como corriente filosófica con los cuidados de enfermería que brinda a las personas como profesional.

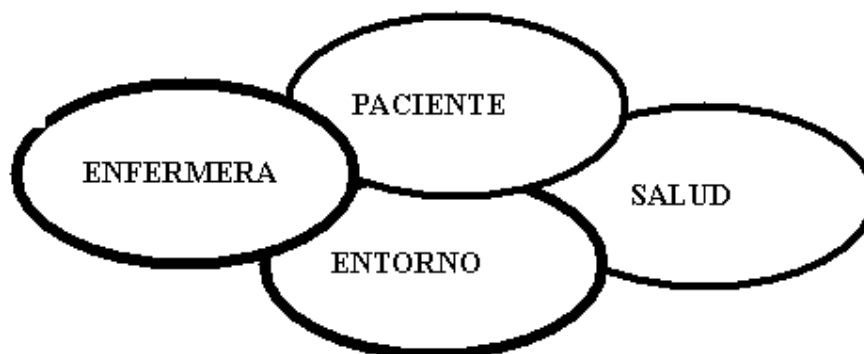
DESARROLLO E INTERRELACION DE TÉRMINOS

Ciencia: La ciencia es una capacidad adquirida y exclusiva de la especie humana, surgida de la necesidad del hombre de conocer los procesos con los que está Interconectado

Esta constituida por un conjunto de conocimientos organizados y sistematizados , fundamentados en el estudio, por lo que la ciencia impone una característica distintiva a sus conocimientos ,y es el conocimiento científico, a diferencia del conocimiento que podemos denominar común u ordinario, es producto exclusivo del trabajo de la ciencia

La ciencia debe mostrar cierta coherencia, esta coherencia necesita reflejar la interrelación de hechos, principios, leyes y teorías.

En la ciencia de la enfermería existe una nueva interrelación que hace que la enfermería sea coherente: el fenómeno interactivo entre:



La enfermería no tiene leyes generales porque no puede predecir generalidades, dado que una misma enfermedad orgánica con idénticas lesiones clínicas no tienen la misma respuesta humana, porque cada uno percibe su situación de salud de una manera distinta .

La enfermería ha dejado de poner énfasis en los aspectos técnicos de las ciencias naturales y biológicas para centrarnos en los aspectos holísticos como eje de actuación, que es lo que nos posiciona como disciplina independiente y nos acerca a una dimensión cada vez más próxima al campo de lo social. La enfermería es una ciencia porque tiene un cuerpo de conocimientos propios, contempla un paradigma, utiliza el método científico, posee modelos conceptuales propios como resultado de la investigación,

produce investigación científica propia, sus enseñanzas y sus prácticas son realizadas por profesionales.

Existen teorías de enfermería, tal como la teoría holística de la cual se derivan los conceptos de cuidado integral y el concepto del hombre como un todo. Es por ello que cuando definimos la salud, decimos que es el equilibrio entre el hombre y su ambiente, es decir, teniendo en cuenta el ecosistema donde se desenvuelve.

En la teoría holística son fundamentales los principios de la conservación, su aplicación ayuda a la enfermera a mantener la integridad del paciente. Para comprender los cuidados enfermeros conviene aprenderlos en su contexto y en su relación con otros campos del conocimiento humano, la filosofía, las ciencias humanas, la historia, la psicología, la fisiología, la sociología, la antropología, influyen y son influenciados por los cuidados enfermeros que ayudarán al estudiante a cultivarse y seguir desarrollándose a lo largo de la vida.

Los cuidados profundamente holísticos se centran especialmente en las reacciones específicas de las personas confrontadas con su problema de salud y el carácter único de sus estrategias de ajuste a las situaciones de estrés.

El filósofo Milton Mayeroff define los cuidados holísticos como una manera de entrar en relación con otra persona que favorece su desarrollo, propone 10 factores de cuidados que forman un marco conceptual para estudiar y comprender y dar cuidados enfermeros.

Esta teoría presenta una particular manera de mirar la enfermería, expresa que la ciencia de los cuidados holísticos constituye el corazón de la práctica de enfermería porque los cuidados holísticos están centrados en la salud en la cual la dimensión del ser social, cultura y entorno de la persona es tomada en cuenta en sus interacciones.

Los profesionales permiten ofrecer cuidados globales a la población y nos invita a centrarnos en las respuestas y las reacciones específicas de la

persona cuando esta es confrontada a un problema de salud del individuo, la familia o la comunidad. La enfermería como una ciencia humana de experiencia de salud-enfermedad-curación, que las realiza en sus acciones de salud de promoción, prevención, curación y rehabilitación, realizadas con acciones independientes de enfermería o de determinados cuidados humanos, personales, científicos, estéticos y éticos. Esta visión no solo sugiere que la enfermería sea ciencia académica y clínica, sino también una agente humanitaria y moral, ésta posición implica el uso del método científico, las teorías cualitativas del estudio de casos y otros enfoques dado que la enfermería implica brindar cuidados holísticos para proteger, mejorar y preservar la salud de los grupos de población.

FILOSOFIA Y TEORIA DE LOS CUIDADOS.

El sistema de valores establecidos dentro de la filosofía y teoría de los cuidados consta de los valores asociados con un profundo respeto por el reconocimiento por la persona y de la vida humana, son valores no paternalistas relacionados con la autonomía y la capacidad de elección, el énfasis se pone en ayudar a la persona a obtener más autocuración y autocontrol independientemente de las condiciones externas de salud .

Todos estos valores, se fusionan en los factores del cuidado principales que forman el cuadro conceptual para estudiar y comprender los cuidados de enfermería centrados en el holismo y que son:

- Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas.

- Tener en cuenta y sostener la esperanza y el sistema de creencias del individuo.

- Cultivar sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás.

- Desarrollar una relación de cuidados holísticos de ayuda y confianza.

- Promover sentimientos positivos sobre los negativos al brindar atención.

- Usar procesos creativos para la resolución de problemas.

- Promocionar la enseñanza transcultural.

- Crear un entorno de apoyo, protección o corrección mental, física, sociocultural y espiritual.

Ayudar a la satisfacción de necesidades básicas.

Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas.

El sistema de valores humanista altruista es una filosofía cualitativa que guía la vida del adulto, implica la capacidad de considerar a la humanidad con amor.

Tener en cuenta y sostener la esperanza y sostener el sistema de creencias del individuo.

Cultivar sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás.

Desarrollar una relación de cuidados holísticos de ayuda y confianza.

Promover sentimientos positivos sobre los negativos al brindar atención.

Usar procesos creativos para la resolución de problemas.

Promocionar la enseñanza transcultural.

Crear un entorno de apoyo, protección o corrección mental, física, sociocultural y espiritual.

Ayudar a la satisfacción de necesidades básicas.

La relación entre los tres primeros factores del cuidado constituye el fundamento filosófico de la ciencia de enfermería. El personal de enfermería tiene presente en este nivel de atención brindar cuidados que meriten los conceptos transculturales, ya que para el enfermero los cuidados constituyen la esencia de la profesión y un elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina.

a) La atención competente debe estar centrada en cuidados beneficiosos y saludables que cubran las necesidades culturales y el bienestar de las personas, familias, grupos y comunidades.

b) Los valores culturales han de tenerse en cuenta, así como sus prácticas, visión del mundo, lenguaje, tradiciones e idiosincrasia personal, familia y entorno.

c) Brindar el cuidado desde el punto de vista ético, es decir su importancia desde lo local e interno.

d) La atención genérica se mantiene respetando el derecho en el entorno de los cuidados tradicionales que se conocen y practican.

- e) El cuidado de enfermería se proyecta desde el punto de vista ético, entendiendo desde afuera el mundo interior del paciente.
- f) La atención profesional es necesaria para que el enfermero procese, interprete, adecue y ofrezca un cuidado distinguido.
- g) El etnocentrismo también se manifiesta en la población, donde cada grupo puede considerar lo suyo como superior.
- h) En la exploración de su terreno el enfermero debe saber conducir y asimilar de manera aceptable la imposición e ignorancia cultural de sus pacientes, así como el prejuicio cultural.
- i) Debe aplicar el tacto rebuscado para que el paciente no sufra un trauma cultural, y no esté desorientado por la falta de familiarización cuando se desarrolla en un entorno diferente al habitual.
- j) Evitará el dolor cultural ocasionado por malestar o sufrimiento cuando es ofendida la cultura del paciente atendido, sus creencias, cultura local o popular, mostrando síntomas de conflictos culturales, insatisfacción, tensión y preocupaciones.
- k) Debe adaptarse a las variaciones culturales con las cuales tratará diariamente tanto en consultas como actividades de terreno.
- l) Al impartir educación para la salud mediante las charlas educativas tiene presente las barreras culturales que pueden ser obstáculos para interpretar estilos de vida según sea la cultura del paciente o su nivel de conocimientos.
- m) Tiene presente el evitar los estereotipos negativos como positivos de los pacientes, recordando que esa etiqueta que le otorgamos al paciente de forma negativa le hace daño, así como lo bueno generalizado se puede convertir en negativo, ejemplo, apodos, referencias por vivir en un determinado lugar, tara de una familia, rasgos distinguidos o aberración.
- n) Permanece a la expectativa al brindar el cuidado enfermero teniendo en cuenta los cuidados fijos de una zona, a determinada condiciones geográficas, tal es el caso de los enfermeros cubanos en la asimilación e inserción en otras zonas culturales extranjeras donde tiene presente el límite cultural.
- ñ) Coloca el conocimiento enfermero en función de brindarlo en pacientes con reacción cultural contraria, es decir, aquellos que usan valores de otras

culturas, tal es el caso de la comunicación, normas de cortesía y protocolo, moda y alimentación.

o) Brinda atención especializadas a pacientes inmigrantes que por determinadas causas tienen en su entorno profesional.

p) Tiene presente la diversidad cultural, lo diferente en cada paciente, familia, grupo y comunidad, y la universalidad, aquellos caracteres semejantes que nos orientan al mensaje y cuidado generalizador de importancia a todos.

CONSIDERACIONES FINALES.

La Enfermería transcultural en la atención primaria de salud está orientada al descubrimiento de la verdad de los pacientes, sus puntos de vista, sus creencias y sus modos de vida que facilitan un efectivo Proceso Atención de Enfermería.

La meta de la transculturación en nuestra profesión es brindar cuidados responsables y coherentes transculturalmente que se ajusten de modo razonable a las necesidades de los pacientes, sus valores, creencias y estilo de vida.

Los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la Enfermería para orientar la práctica de esta disciplina.

Toda cultura humana cuenta con práctica y conocimientos asistenciales genéricos, normalmente con una dimensión profesional que varían con respecto a otras culturas.

Los valores, creencias y prácticas culturales están influidos y con frecuencia integrados en la visión del mundo, el lenguaje y el contexto religioso, de parentesco, político, educativo, económico, tecnológico, etnohistórico y ambiental de cada cultura en particular.

La Atención Primaria de Salud no tendrá éxito si no se conocen y utilizan de forma explícita los valores, las creencias y las prácticas de tipo cultural.

Hay que hablar en el idioma cultural del paciente, cada uno posee formas diferentes de ver el mundo, los valores y creencias culturales varían entre y

dentro de las culturas, ya que cultura es más que raza y etnicidad, donde cada persona es el resultado de la unión de las culturas.⁴⁰

Estudiar Enfermería es un desafío, cuyo objetivo final será convertirte en un profesional crítico, autónomo y responsable, donde todo lo que aprendas serán tus instrumentos para desarrollarte como profesional.

Considerando las nuevas demandas sociales y la necesidad de preparar a las nuevas generaciones hacia la salud mental y física, nos obliga a plantearnos sobre las metas que se trazan los educadores, los objetivos de la Escuela de Enfermería y el perfil que se espera lograr de los estudiantes. Lo central ya no es la cantidad de conocimientos que acumule el alumno, sino la calidad de sus aprendizajes.

Cuando hablo de Perfil Profesional me refiero al conjunto de conocimientos, habilidades, valores, actitudes, necesarios que posee un recurso humano determinado para el desempeño de una profesión conforme al contexto donde interactúan:

Conocimientos: Enfermería cuenta con un cuerpo de conocimientos propio y una responsabilidad definida en la atención de la salud de la población. Sus conocimientos científicos y técnicos le dan una identidad única en relación a otras profesiones.

Habilidades, actitudes y valores: A la vez enfermería es una disciplina, que implica un ejercicio profesional, con actitudes determinadas, aptitudes específicas y técnicas aplicadas.

Muchas son las situaciones con las que se enfrentan los enfermeros que llevan aparejadas relaciones y decisiones en las que existen conflictos de valores, prioridades y compromisos asociados con el cuidado que brindan a los individuos, las familias, las comunidades y la sociedad, así como para la profesión de enfermería. *“No sólo hacemos de acuerdo a como somos, sino que también somos a partir de lo que hacemos, la acción genera Ser y el Ser*

40 Valdez MC. “Holismo en Enfermería” <http://www.ilustrados.com/publicaciones> fecha de consulta 02/julio/2008

se transforma a partir de la acción...”. Esta Acción profesional requiere de aptitudes específicas que sólo pueden ser llevadas a efecto por un experto en la materia.

Este perfil dota a la Enfermería de una formación profesional polivalente que brinda capacidad de pensar, crear, reflexionar y asumir el compromiso de ejercer la profesión con valores humanistas, morales y éticos.

Por esto es importante reconocer que toda Escuela de Enfermería tiene hoy ante sí el desafío de buscar la creatividad, flexibilidad y calidad curricular formando recursos profesionales capacitados para dar atención integral al paciente, familia y la comunidad en el proceso de salud-enfermedad en todas las etapas de la vida; por lo que es necesario, desde este nivel, incluir una educación humanizada, en donde el objeto de estudio sea el hombre, tomando éste como persona.

Como profesional de enfermería nos convendría ver a nuestra profesión más allá de los cuidados físicos, recordando que el cuidado de la salud desde la perspectiva enfermera, se enfoca partiendo de una visión global del hombre, considerando los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Esta concepción del hombre es lo que se denomina visión “holística” del ser humano. El término holismo se deriva del griego y significa “todo”.

El enfermero presta atención y/o cuidados en forma oportuna y continua al individuo sano o enfermo, a la familia y a la comunidad, en el medio hospitalario y extrahospitalario, orientando los cuidados hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la reparación de la salud y la rehabilitación.

La actividad profesional de los enfermeros no solo es asistencial, sino que existen otras como la:

DOCENCIA: En las últimas décadas, la complejidad de la atención sanitaria ha hecho que los profesionales de la salud se vean obligados a desarrollar constantemente sus conocimientos para mejorar la calidad de la atención.

La actividad docente de enfermería incluye:

Formación de profesionales de enfermería en todos los niveles (básico, superior y especializado).

Formación continua para favorecer el aumento de conocimientos, a través de cursos, conferencias, congresos, etc., que promuevan la actualización del personal de enfermería.

ADMINISTRACIÓN: La enfermería en todos los niveles de actuación, tiene responsabilidades de planificación, organización y control de los servicios de enfermería.

La administración de los servicios de enfermería comprende un conjunto de actividades que tratan de garantizar la coordinación de los cuidados de enfermería, con el fin de que se consigan los objetivos.

INVESTIGACIÓN: La enfermería, como disciplina, tiene la obligación de profundizar en sus conocimientos de forma constante, como lo hace cualquier rama del saber humano. Por lo que precisa investigar con el fin de incrementar el cuerpo de conocimientos, relacionado tanto con los principios teóricos como con la práctica profesional. Hay que tener en cuenta que el saber que proporciona la investigación sólo se valida en la práctica, mejorando y ampliando constantemente a través de ella el caudal de conocimientos.

La enfermería de hoy es muy distinta a como se practicaba hace cincuenta años. Distintos factores son los que han intervenido en esta profesionalización del cuidado:

Enfermeras y enfermeros han asumido la responsabilidad de formar a sus propios profesionales, de organizar y dirigir los servicios de enfermería y de iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su cuerpo disciplinar. Desde una actividad basada en el empirismo y centrada en la técnica, se ha pasado a orientar el cuidado en un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional, como lo demuestra el uso generalizado del Proceso de enfermería y la formulación de diagnósticos enfermeros.

La enfermería a lo largo del tiempo se ha desarrollado como ciencia y como profesión, pero todo cambio, y aún más toda consolidación debe ir respaldada por una teoría que le de sentido y metodología, y por una práctica (que la hace útil y funcional). La teoría brinda autonomía profesional porque orienta las funciones que la enfermería desarrolla.

De una asistencia centrada en la enfermedad con contenido básicamente práctico-asistencial, se ha pasado actualmente a ejercer la profesión con una orientación hacia la salud. Otros campos como la docencia, la gestión y la investigación son también aspectos que han ampliado la responsabilidad profesional.

La creación de grupos, colegios, sociedades científicas en campos específicos de cuidados de Enfermería, que buscan por medio de actividades, tales como cursos, congresos, seminarios, etc., la mejora colectiva de los conocimientos y así alcanzar la calidad en la atención al individuo, familia, los grupos y a la sociedad en general.

Mediante estos y muchos otros cambios, la enfermería es una profesión con prestigio creciente y que va en alza, la actividad de cuidar se convierte en una disciplina diferenciada de otras profesiones de salud. Sin embargo todos estos cambios positivos y la satisfacción de haberlos impulsado y conseguido, no debe hacernos menos ambiciosos para seguir avanzando, logrando nuevos cambios y que la enfermería siga creciendo.

Para finalizar y esperando que puedan lograr sus objetivos les dejo esta recomendación de Florence Nightingale 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..."*⁴¹

41 Aguilar L "Enfermería: una profesión que crece" <http://www.fcs.uner.edu.ar/ingreso/enfermeria.htm> fecha de consulta 03/julio/2008