



88

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

SISTEMA: UNIVERSIDAD ABIERTA
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

**CUIDADOS DE UN ADULTO MAYOR
CON PROCESOS DEGENERATIVOS EN
UN CONTEXTO PLURICULTURAL**

PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

Antonia Martínez Vázquez

NO. DE CUENTA: 9661878-9

ASESORA:

LIC. MARGARITA CARDENAS JIMENEZ.

287061

NOVIEMBRE DEL AÑO 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

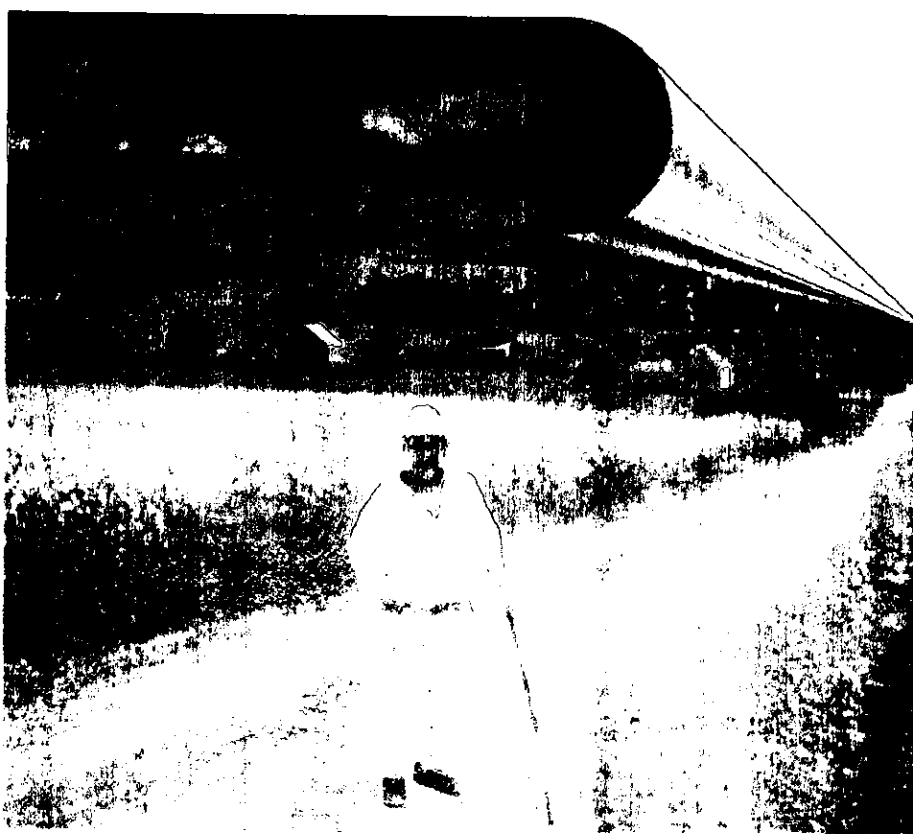
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MÉXICO**
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**CUIDADOS DE UN ADULTO MAYOR
CON PROCESOS DEGENERATIVOS EN
UN CONTEXTO PLURICULTURAL**



NOVIEMBRE DEL AÑO 2000

DEDICATORIA.

A Dios con infinito
agradecimiento por
iluminarme el sendero de la
vida y de permitirme el feliz
término de mis estudios.

En memoria de mis padres,
ha pesar de haber fallecido,
continúa presente en todos
los actos de mi vida.

Con mucho amor a mi
esposo e hijos por su apoyo
incondicional en todo
momento.

A mis profesores de la
ENEO-UNAM. Agradezco,
a cada uno de ellos por
trasmitirme sus sapiencias
durante el desarrollo de
ésta Licenciatura en
Enfermería.

Tomy.

INTRODUCCIÓN.

En la formación de enfermeras no basta la preparación teórica, que se adquiere en las aulas, sino la integración de los conocimientos a la práctica que puede orientarse hacia el individuo, a la familia o a la comunidad. La enfermería como profesión es una disciplina con una historia propia, y con una práctica que la identifica como única, que explica e implica su quehacer. Hoy día es necesario la concientización del personal de enfermería para conocer de cerca a su profesión, ya que durante mucho tiempo ha asumido roles que no le corresponden, dicho conocimiento implica la revisión teórica, metodológica y tecnológica de los elementos que la conforman

El presente trabajo trata sobre la construcción del proceso de atención de enfermería; y aborda primeramente los propósitos y la metodología que se desarrolla el marco teórico que le da sustento a la puesta en práctica del proceso.

Posteriormente se incluyen cada una de las etapas y su descripción de cada uno de ellos.

En la etapa de valoración se analiza cual es su objetivo, la forma de recolectar datos y la organización de los mismos.

Etapa Diagnóstica, se describe las ventajas de su uso para la enfermera y para el cliente. La forma correcta de escribirlos si son reales, potenciales y posibles, se basa en la taxonomía diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

En la planeación, una vez identificados tanto las capacidades como los problemas, se abordan aspectos como la jerarquización de las prioridades, determinación de objetivos, intervención de enfermería y observaciones.

Ejecución, se habla ampliamente del desarrollo del plan.

Evaluación, en donde se determina si el plan ha dado los resultados esperados o si es necesario hacer algún cambio en el mismo.

Hoy día hay muchos modelos de enfermería pero se elige el de Virginia Henderson, ya que es un modelo suficientemente desarrollado sustentado en bases científicas.

También se abordan conceptos básicos del modelo y su aplicación, se incluye una guía de valoración de las 14 necesidades básicas.

Este proceso de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson, se realizó en un adulto mayor con procesos degenerativos en un contexto pluricultural en el domicilio. Llegando a una conclusión que se deberá implantar este proceso de enfermería a nivel central.

INDICE

– Dedicatoria.	1
– Introducción.	2
– Índice.	4
I. JUSTIFICACIÓN.	6
II. OBJETIVO.	7
III. METODOLOGÍA.	8
IV. MARCO TEORICO.	
1.- Antecedentes de Enfermería.	10
2.- Conceptualización de Enfermería.	20
a) Persona.	22
b) Entorno.	23
c) Salud.	23
d) Cuidado.	24
3.- Antecedentes del Cuidado.	25
4.- Propuesta Teórica.	
– Antecedentes de Virginia Henderson.	28
– Postulados Teóricos.	30
5.- Proceso.	
– Antecedentes del Proceso.	36
– Etapas.	
Valoración.	41
Diagnóstico.	45
Planeación.	48
Ejecución.	49
Evaluación.	50
6.- El Proceso Basado en Virginia Henderson.	51
7.- Características de la Etapa de Vida de la Persona.	93

V.	APLICACIÓN DEL PROCESO	
1.-	Resumen valorativo.	107
2.-	Jerarquización de las necesidades.	117
3.-	Plan de Cuidado.	120
4.-	Registro de Cuidado.	125
5.-	Evaluación.	131
6.-	Plan de Alta.	135
VI.	CONCLUSIONES.	137
VII.	SUGERENCIAS.	139
	Bibliografía.	140
	Anexo.	142

I. JUSTIFICACIÓN.

Actualmente la enfermería ha evolucionado de acuerdo a los cambios de la sociedad, de la cultura y de los avances de la ciencia.

La formación de recursos humanos debe de ir a la par o quizás más allá de la teoría y la práctica, llevando al individuo, familia o comunidad sana o enferma.

Hoy día el personal de enfermería , debe entender y conocer de su profesión para que se dé el cambio, desde cada uno de nosotros hasta los planes y programas de estudio de las escuelas de formación educativa.

Con base a lo anterior se hace un proceso de atención de enfermería de forma teórica y práctica de acuerdo al modelo de VIRGINIA HENDERSON, ya que es un modelo sistemático y organizado de dar cuidado de enfermería, así como hacer un diagnóstico de enfermería de acuerdo a la NANDA, que permita planear, ejecutar y evaluar los cuidados que se ofrecen a las personas.

Así mismo el realizar este trabajo me aporta mayor conocimiento sobre lo que es la enfermería y su método.

Me permitirá obtener la titulación en la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

II. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Ofrecer cuidado integral al individuo en su hogar por medio del proceso de atención de enfermería, para ofrecer una mejor calidad de vida.

OBJETIVO ESPECIFICO.

Que la persona, familia y comunidad se interrelacionen con el equipo de salud para el autocuidado en su domicilio.

Limitar el proceso degenerativo del adulto mayor a través del cuidado.

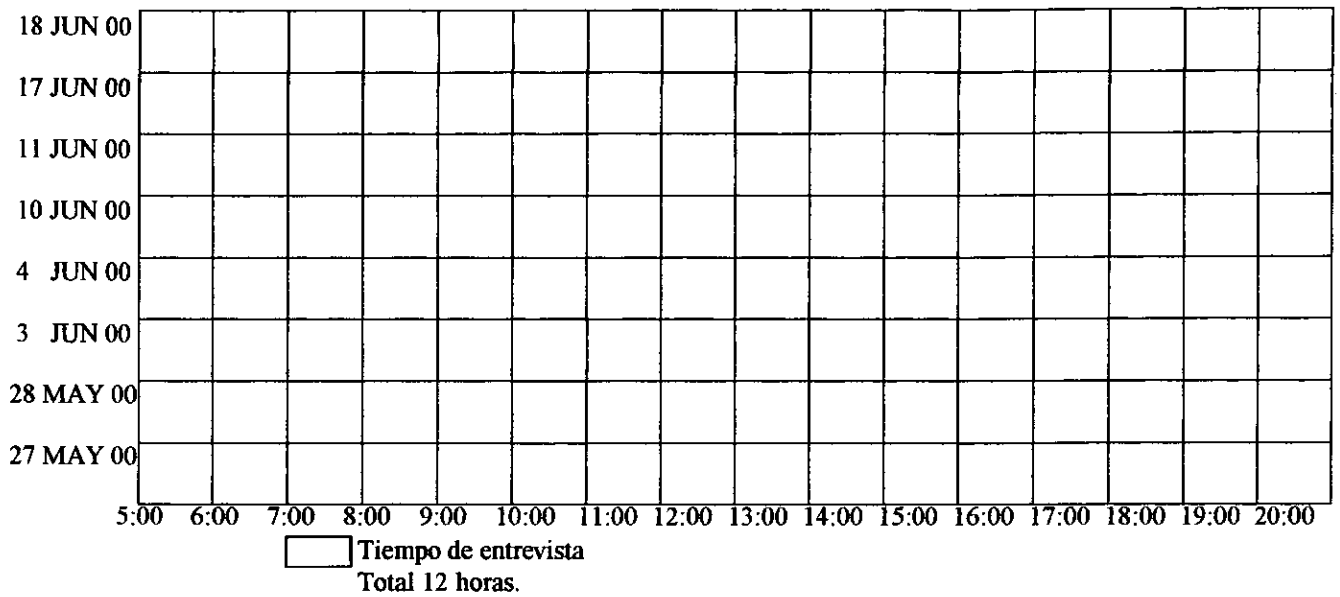
III. METODOLOGÍA.

El presente Proceso de Enfermería, se aplicó a un adulto mayor de 93 años, en un contexto pluricultural que presenta procesos degenerativos; se realiza previa investigación bibliográfica del Proceso de enfermería y del modelo de Virginia Henderson, constituyendo el marco teórico que sustenta ambas partes.

Este proceso se llevó a cabo en el domicilio del Sr. Bartolomé Vázquez Chahal con domicilio en la 1ª calle oriente número 56 Paraíso del Grijalva, Municipio de Venustiano Carranza, Chiapas, antes San Bartolomé de los Llanos, lugar de los "Totikes". Del 27 de Mayo al 18 de Junio se realizó la valoración de enfermería cada fin de semana: los días sábados por la mañana 1 hora, por la tarde 1 hora y los domingos por la mañana 1 hora, reuniendo un total de 12 horas (anexo 1); se llevó mucho tiempo porque el señor Bartolomé se desviaba mucho del tema o bien, se ponía a contar muchos detalles de una sola pregunta; además por ser muy anciano es lento para hablar. Durante el tiempo que se efectuó el proceso de enfermería se estableció una buena comunicación con él, familiares y la persona que lo cuida; la planeación, ejecución y evaluación de los cuidados se realizó del 24 de Junio al 16 de Julio del 2000 los mismos días de la semana y las mismas horas por día sumando 24 horas que en total son 36 horas de trabajo en el domicilio. (anexo 2)

Varió la hora de entrevista porque fué la hora en el que se encontraba en condiciones de conversar.

ANEXO 1: Grafica de Valoración

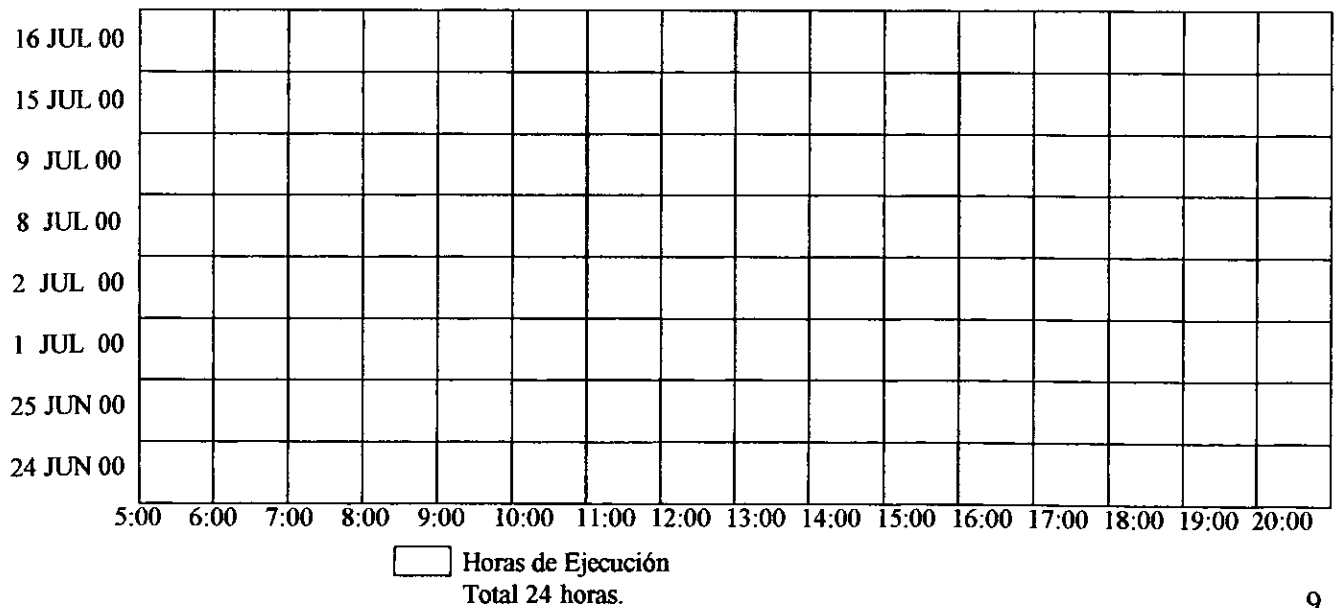


NOTA: No utilizan el cambio de horario.

Ejecución del Plan de Cuidado.

Se llevó a partir del sábado 24 de Junio en fines de semana sábados y domingos por las mañanas y por las tardes; haciendo cuatro viajes en dicho lugar.

ANEXO 2: Grafica de Ejecución de Cuidados



IV. MARCO TEORICO

1.- ANTECEDENTES DE ENFERMERÍA.

La profesión de enfermería ha evolucionado durante siglos, el rol clásico de la enfermera fué el del cuidado humano, tutela, consuelo y apoyo. A todos estos hay que añadirle las características propias del verdadero profesionalismo incluida la educación, un código ético, un dominio del oficio, una persona informada y involucrada en la profesión y responsable de sus actos (Flaherty 1979).

Desde los primeros tiempos se reconoce la figura de la enfermera como la persona que proporciona ayuda al enfermo, a los niños y los recién nacidos. En la era cristiana (año 1500 D. C.), eran las mujeres encargadas de prestar atención al enfermo en el hogar, mas tarde las órdenes monásticas se ocuparon de estas actividades integrándolas en sus actividades normales. La primera orden de enfermería, las hermanas Agustinas, se fundó en la edad media. Esta fué probablemente la primera organización puramente sanitaria que se creo para el servicio público.

Antes de la reforma protestante del Siglo XVI los hospitales se organizaban bajo la dirección de la Iglesia Católica. A partir de la reforma a principios de 1517, el interés por la iglesia y la religión disminuyó en gran medida.

Esta crisis provocó el periodo llamado " Periodo oscuro" de la enfermería. Los hospitales eran lugares insalubres, oscuros y denigrantes; mujeres que no tenían ninguna formación especial, eran vistas como crueles e inmorales con escasos salarios y con jornadas laborales de 12 y 20 horas consecutivas. Este "periodo oscuro" finalizó a mediados del siglo XIX. La reforma llegó de la mano de una enfermera Británica, Florencia Nightingale, durante la guerra de Crimea (1854 - 1856).

Los esfuerzos de Florencia Nightingale lograron que la enfermera se convirtiera definitivamente en una profesión respetada. Sin embargo el proceso reformista de Nightingale no solo hizo de la enfermería una profesión además de luchar por la limpieza y la comodidad de los hospitales, Nightingale trabajó a favor de la educación del pueblo enseñándole a tomar medidas sanitarias y a evitar en lo posible las infames condiciones de las ciudades. Nightingale creía en la prevención y en la necesidad en un ambiente siempre fresco, agua potable, medicación adecuada, paz, movilidad y el conocimiento para que el cliente cuidara de sí mismo. Muchas de las propuestas que hizo son ahora las bases de la enfermería.

La formación de la enfermeras era el principal objetivo de esa reforma, entre sus muchos logros destaca la fundación de la Escuela de Enfermería en el St. Thomas Hospital de Londres, primer centro que desarrolló un programa de formación para enfermeras. También colaboró en la creación de la primera organización de Atención Domiciliaria.

En Norteamérica, la creación de los Servicios de Enfermería y Salud, fué algo anterior a la revolución Americana (1775 - 1783).

Una organización importante fué la Nurse Society of Philadelphia, que ofrecía a la mujeres la instrucción mínima de obstetricia necesaria para capacitarlas para ayudar a las parturientas.

Al final del año 1800 se produjo una rápida reforma de los servicios de enfermería en los Estados Unidos y Canadá. Se pusieron en marcha escuelas de enfermería con planes adecuados, de ella salieron gran número de enfermeras, las primeras lideres de la profesión.

Isabel Hampton Robb, era una joven maestra de escuela en Canadá, ésta mujer decidió cambiar de profesión e ingresar en la Bellevue Hospital Training School de

Nueva York, después de su graduación, ejerció como enfermera en Roma durante dos años y después dirigió la Illinois Training School cuando contaba con 26 años de edad. Tres años más tarde marchó a Baltimore para organizar una nueva escuela dependiente de Johns Hopkins Hospital, escribió un libro de texto que se convirtió en básico en todas las escuelas de enfermería de América.

Mary Adelaide Nutting, también canadiense, asistió a las primeras clases dadas en el Johns Hopkins, después de su graduación organizó un curso e formación para estudiantes, previo a la práctica en las salas del hospital Hopkins. Redujo el tiempo de estudio de 12 a 8 horas y prolongó el periodo de formación a tres años.

Mary Agnes Sniverly, se graduó en Bellevue y volvió a Canadá para hacerse cargo de la Escuela de Formación del Toronto General Hospital, su trabajo en la dirección de la escuela de enfermería le hizo ganar gran reconocimiento y fue la primera presidenta de la Canadian Nurses Association .

Lidian D. Wald y Mary Brewster, fueron las primeras que se ocuparon de los pobres en los barrios marginados de Nueva York, lo que en principio fue su hogar para pobres, posteriormente se convirtió en el Centro de Salud Pública, poco después se estableció una escuela de enfermería relacionada con la atención domiciliaria. En este proyecto participaron Wald junto con Liliana L. Rogers.

Linda Richards, se graduó en 1873 en New England Hospital for Women and Children Training School de Boston, es considerada por muchos historiadores como la primera enfermera graduada norteamericana, ésta mujer reformó 12 grandes hospitales, algunos especializados en enfermedades mentales, sus programas de formación incluían un periodo de práctica en hospitales generales. También fundó la primera escuela de enfermería en Japón. Algunos especialistas discrepan en la consideración de Richards como la primera enfermera graduada. Documentos procedentes de Women's Hospital de Filadelfia sugieren que Harriet Newton Phillips la primera en recibir un título de este hospital en 1864 (Jorge

1976), Phillips también es considerada como la primera pionera de la salud pública en América, de los servicios misioneros y quien tuvo la primera postgraduación.

La tendencia general desde la creación de las primeras organizaciones de enfermería en 1800 hasta el final de la Primera Guerra Mundial fué la rápida expansión de hospitales y de escuelas de enfermería en los mismos. Muchas jóvenes se integraron en la enfermería ya que los criterios de selección se hicieron menos duros. La mayoría de las escuelas de ese entonces habían adoptado programas de formación de tres años, pero la aceptación de la jornada laboral de 8 horas fue más problemática.

1946. Muchos de los programas de enfermería en los Estados Unidos aportaban mayores contenidos clínicos, en la actualidad la enfermera clínica especialista es una licenciada de un programa master, o de doctorado en enfermería con una especialización en una especialidad clínica. Estas enfermeras son las responsables del aumento de sus conocimientos y competencia clínica y de la mejora de los cuidados de enfermería y la calidad de la organización del aprendizaje y la investigación (Mc Phail 1971) desde el comienzo hasta el presente, la enfermería ha cambiado en todas las áreas. Los programas de educación de enfermería han avanzado rápidamente y también en una amplia gama de hospitales y de servicios de enfermería comunitarias.

A través de todos estos cambios, la enfermería ha continuado aportando un servicio estable de ayuda a la gente.

Appendix A perfila acontecimientos significativos en la historia de la enfermería desde el siglo primero hasta los años 1980.

El arte de la enfermería es cambiante y responde a las necesidades de la sociedad.

El Siglo XX se caracterizó por grandes cambios en las áreas de la curación, algunos de los cuales contrastan de forma notoria con las épocas iniciales de la historia, pero muchas de las innovaciones han sido la continuación del pasado. Estos cambios son frutos de la interconexión de numerosos factores que han surgido de una era cada vez más tecnológica. La práctica de la enfermería se ha visto forzada a realizar ajustes dentro de este contexto social a medida que han aumentado los conocimientos y han ido variando las actividades y valores. Ha crecido la enfermería de manera vertical y horizontal.

Otros acontecimientos y elementos sociales es el sistema de cuidados de salud que se impartían. A la primera mitad del Siglo XX hubo muchos factores que impulsaron el progreso de enfermería: dos Guerras Mundiales, la autoorganización de las enfermeras, la legislación general y de la enfermería, los problemas de bienestar social, el apoyo a otras disciplinas de salud por parte de Fundaciones Nacionales y la complejidad de la medicina. En la segunda mitad del Siglo XX ha habido otros movimientos sociales que han afectado profundamente a los cuidados de salud de enfermería, por ejemplo: el consumismo y la exigencia de las personas a recibir cuidados de salud de calidad, el progreso de la Salud Pública (Reeder 1978).

Se agravaron los problemas de salud y se intensificaron los problemas de provisión de cuidados adecuados; se ampliaron los servicios hospitalarios para proporcionar cuidados tanto a los pacientes de clase media como a los indigentes y sin hogar. A consecuencia de esto fue necesaria cambiar y reevaluar todo el concepto de enfermería, para ajustarse a las necesidades de ésta era de reforma. La enfermería ha tenido cambios trascendentales a lo largo del Siglo XX; ha obligado a introducir modificaciones radicales en los cuidados de enfermería. El cuidado del paciente de hoy plantea retos diferentes a los que tuvo que afrontar Florencia Nightingale.

En los años treinta, habían pocas enfermeras graduadas, que fueron empleadas por los hospitales, por cuanto la mayor parte de los cuidados de enfermería corrían a cargo de estudiantes; en esos tiempos la "enfermería" incluía una gran variedad de tareas que nada tenía que ver con la profesión, V, Gr.: fregar suelos, llevar y traer bandejas y limpiar equipos, etc. (Donahue 1988).

Las estudiantes les daban poco tiempo para poder proporcionar un cuidado de enfermería adecuado, mucho menos para incorporarse a ese cuidado con enfoque holístico.

Los años cuarenta, ya habían procedimientos como la toma de tensión arterial, aplicación de medicamentos, administración de oxígeno, etc. y otras técnicas más sofisticadas como en la colaboración en los quirófanos y salas de parto. En enfermería, a lo largo del Siglo XX hubo períodos de escasez dentro de la enfermería, incluso en la creencia de que había un exceso de enfermeras para el trabajo civil, después de la Segunda Guerra Mundial se vió frustrada. Muchas enfermeras dejaron de trabajar y se dedicaron a las responsabilidades familiares, otras se negaron a participar en una estructura laboral que ofrecía pocas recompensas, muchas horas de trabajo arduo y salarios muy bajos (Dennison 1942).

En la Segunda Guerra Mundial se establecieron salas pos-anestésicas y recuperación para prevenir las complicaciones en el pos-operatorio.

A mediados de los cincuentas (Haldeman y Abdallat 1959) fué posible la progresión de la unidad de cuidados intensivos, a la intermedia, a la de autocuidados, cuidados a largo plazo y a domicilio. Era ventajosa en muchos aspectos, por lo que contribuyó a acentuar todavía más la carencia de profesionistas. Al ir disminuyendo el número de enfermeras y aumentar las demandas se introdujo la "ENFERMERA DE EQUIPO". Este método nuevo requería menos personal bien preparado, con tareas concretas a los

conocimientos y experiencias de las enfermeras que proporcionaba el servicio. La enfermera profesional supervisaba directamente a todos los pacientes y a los miembros del equipo. Además se celebraban reuniones de equipo para planificar y valorar los cuidados, se aseguraba la continuidad de los mismos, se impartía formación y adiestramiento (Lambertsen 1953). Por desgracia la calidad de los cuidados de enfermería y la satisfacción del paciente, fueron decreciendo ya que cada vez eran más las enfermeras profesionales tituladas que atendían directamente a los enfermos. Sin duda estaba coordinado pero el cuidado de enfermería muy fragmentado.

Tuvo consecuencias graves debido al avance dentro de los procedimientos, diagnósticos y terapéuticos y al desarrollo de tecnología.

En los años sesenta y setenta, época de revolución para los cuidados de salud. Como el desarrollo del corazón, pulmón artificial, cirugía a corazón abierto, cateterización, diálisis renal, cirugía láser, aparatos de monitorización, etc. los cuidados de enfermería cada vez fueron más complejos. La enfermera tenía que identificar cambios muy sutiles en el estado de los pacientes, estar familiarizados con sofisticadas técnicas de tratamiento, aumentar la habilidad de interpretación de datos de laboratorio, etc.(Fitzpatrick 1983). Se hizo evidente la necesidad de un enfoque distinto de los cuidados de enfermería uno que proporcionara tanto calidad como atención integral al enfermo. 1963 Lidia Hall trabaja en un centro de enfermeras y rehabilitación del Hospital de Nueva York, con la finalidad de proporcionar cuidados de enfermería continuos y de calidad con el fin de favorecer la curación, prevenir las complicaciones, promover la salud, evitar las recaídas y nuevas enfermedades. El cuidado de enfermería lo imparte exclusivamente enfermeras profesionales con un contexto que fomenta el traslado del paciente del Hospital General al hogar.

1970. Empezó hacerse realidad la meta cambiada del cuidado de enfermería por parte de enfermeras profesionales y el cuidado integral del paciente. Con enfoque

(holístico) con la aparición de la "ENFERMERÍA PRIMARIA". Durante 24 horas y los 7 días de la semana dando cuidado integral (Marram, Barrett y Bevis 1979). Los cuidados de enfermería primaria asumen la responsabilidad de toda la gama de funciones incluyendo educación, consultas, cuidado exhaustivo y continuo, planificación y valoración de los cuidados, documentación del progreso y planificación del alta. La enfermería primaria ha ido ganando éxito y espera que gane reconocimiento por parte de los sistemas de salud. Algunas enfermeras primarias se dedican a la práctica privada o comparten una consulta con un médico. Como practicantes independientes. En estos momentos las enfermeras están expresando sus preocupaciones por la falta de personal, los bajos salarios, largas horas de servicio, la práctica peligrosa, la imposibilidad de utilizar los propios conocimientos, juicios y toma de decisiones y otras circunstancias que les impiden dar cuidados de enfermería de alta calidad.

Las enfermeras actuales se esperan sean demasiadas cosas para tanta gente y que funcionen en una gran variedad de contextos de acuerdo a las demandas de la época. Deben ser excelentes cuidadoras basadas en el razonamiento científico y lógico, las enfermeras se ven envueltas en avances científicos y técnicos. Las enfermeras seguirán haciendo frente a los retos del futuro tal como los identificaba Florencia Nightingale considerada como la primera investigadora y estadística (Nightingale 1860).

Las enfermeras graduadas para proyectos científicos, educativos y La lucha por identificar claramente la fase de conocimientos únicos para la enfermería han sido continuación especialmente en lo referente a definir y describir las funciones de la profesión; la doctora Martha E. Rogers propuso un catalizador significativo en el movimiento para el desarrollo de la teoría de la enfermería, su trabajo fué un testimonio claro de que la enfermería fuese reconocida como ciencia (Rogers 1970). La enfermería comienza a ser reconocida como ciencia legítima. La historia de la licenciatura en enfermería es bastante vaga. El desarrollo de los programas

universitarios se inició con los estudios de diplomado, luego vió que podían constituir el nivel de especialización psiquiátrica, la docencia y la administración.

1977. Según Styles, la historia de la formación de doctorado se dividió en dos componentes lógicos(Donahue 1988): Los primeros años, que estuvieron dominados por la formación de doctorado para enfermeras y los años actuales que hacen hincapié en la formación de doctorados en enfermería. Esto concuerda con los argumentos de Grace (1978) sobre la evaluación de estas etapas específicas de programas de doctorados dentro de la enfermería. El primer tipo es el de la especialidad funcional, que subraya la base de metodologías y conocimientos necesarios para la enseñanza y la administración. El segundo tipo implicaba la preparación dentro de las disciplinas científicas básicas sobre las que se apoyan la ciencia y el arte de la enfermería.

Aunque se han dado grandes pasos en la enfermería los problemas siguen vigentes. Las condiciones de trabajo y los entornos siguen siendo fuentes de conflicto, en estos momentos las enfermeras están expresando sus preocupaciones por la falta de personal, los bajos salarios, las largas horas de servicio, las prácticas peligrosas, la imposibilidad de utilizar los propios conocimientos, juicios y tomas de decisiones y otras circunstancias que les impiden proporcionar unos cuidados de enfermería de alta calidad.

De las enfermeras actuales se esperan que sean demasiadas cosas para tanta gente y que funcionen en una gran variedad de contextos. Deben ser excelentes cuidadoras, investigadoras capacitadas, eruditas y pensadoras basadas en el razonamiento científico y lógico. Las enfermeras se ven envueltas en avances científicos y técnicos y en todo tipo de nuevos papeles, que han ampliado sus oportunidades pero que al mismo tiempo han multiplicado el alcance de sus responsabilidades.

HISTORIA DE ENFERMERIA EN MÉXICO.

Época Precortesiana.

En la sociedad la mujer realizaba todas las labores del hogar, sexualmente la división del trabajo estaba bien definido. La mujer tenochca estaba bien convencida de su función en la vida, parir y ser madre solícita, de cuidar y educar a sus hijos. Así mismo únicamente podrá ejecutar actividades que su madre la había enseñado, como (costurera, curandera, hechicera y partera, etc.) (Bravo Peña 1992).

Época Colonial.

Se inicia los primeros hospitales e iniciaba con las primeras enfermeras que hacían curaciones en los hospitales y cárceles, eran mujeres de edad avanzada, solteras o viudas, honestas se consideraban muy humildes, la ocupación no exigía examen ni licencia para trabajar.

Época de la Revolución.

Las mujeres se introducen en los campos de batalla a proporcionar atención cariño y consuelo a los heridos de guerra, soportando sed, hambre y desvelos, esperando ser agredidas.

Época Moderna.

A finales del siglo XIX se imparten cursos de capacitación a los estudiantes de enfermería en donde se les proporciona uniforme de color azul con blanco rayado, delantal, cofia, tijeras y alfilerero. En el año 1900 el Dr. Liciaga le pidió al presidente Porfirio Díaz la construcción de la primera escuela de enfermería en México; los estudios duraban dos años y el requisito era tener cuarto año de primaria. Posteriormente en 1936 el Dr. Ignacio Chávez pidió certificado de secundaria, él era Director de la Facultad de Medicina; en 1972 se establece la necesidad de elevar el nivel académico de enfermería a niveles de Licenciatura, Enfermera General y Auxiliar de Enfermería, Diplomados.

2.- CONCEPCIÓN DE ENFERMERÍA.

Florence Nightingale en sus "Notas de Enfermería: que es y que no es" escritos en 1859, nos enseñó que uno de los roles más importantes de la enfermería es crear las mejores condiciones para que la naturaleza actúe su curso en el paciente.

A más de 100 años esta visión de Nightingale sigue latente, Nightingale articuló uno de los mejores focos de la enfermería moderna: la conceptualización del entorno y su efecto sobre el paciente. Ella distinguió la enfermería de la medicina.

Argumentó que estas dos disciplinas tienen una perspectiva diferente en el concepto de salud. Bajo esta nueva perspectiva la enfermera no necesita saber todo sobre los procesos de enfermedades, y debe entender la influencia que el medio ambiente ejerce sobre el enfermo. (Nightingale 1859).

Actualmente la enfermería ha evolucionado de acuerdo a los cambios de la sociedad. Florence Nightingale definió la enfermería hace unos 100 años como "La Actuación sobre el entorno de paciente para ayudarlo en su recuperación" (Nightingale 1860), según ella un ambiente limpio, ventilado y tranquilo era fundamental para recuperar la salud. Se considera como la primera enfermera teórica, Nightingale elevó la enfermería al estatus de profesión. Habla de la enfermería relacionándola con el cliente y el entorno.

1960 Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras "Modernas" que definieron la profesión como: La función propia de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, para que realice aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a su muerte tranquila); tareas que el individuo realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios, y todo ello de forma que el individuo se sienta capaz de llevarlas a cabo lo más pronto posible (Henderson 1966).

A finales del siglo XX unos teóricos de la enfermería desarrollaron sus propios puntos de vista sobre ella. Una enfermera teórica es una persona que busca definir sistemáticamente, principios básicos de la enfermería práctica. Algunos temas son comunes a muchas de estas definiciones: que la enfermería es inquieta, adaptativa, individualizada, holística, conexiona la familia y la comunidad, que incluye la enseñanza y los servicios directos e indirectos y que es una ciencia, en proceso de construcción así como un arte que tiene relación con la promoción de la salud, su mantenimiento, su restauración y el cuidado del moribundo. Las asociaciones de enfermería profesional han estudiado sobre ello también y han desarrollado sus definiciones.

La American Nurses Association (ANA) describe la práctica de la enfermería como "Directa, orientada hacia una meta y adaptable a las necesidades del individuo, la familia y la comunidad durante la salud y la enfermedad" (ANA 1973).

1980 la ANA publicó la siguiente definición: " La enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas del ser humano a los problemas actuales o potenciales de salud". (ANA 1980). En sus House of Delegates, 1987 la ANA adoptó una declaración sobre el alcance de la enfermería práctica: "Existe un espacio para la práctica de la enfermería clínica. El núcleo o esencia de esa practica es el diagnóstico de enfermería y el tratamiento de las respuestas del ser humano ante la salud y la enfermedad" (ANA 1987). La nueva declaración describe más ampliamente las diferencias entre las enfermeras profesionales y la técnica" la profundidad y amplitud a la que una enfermera llega a alcanzar en la práctica clínica son definidas bajo la base del conocimiento de la enfermera, el rol de la enfermera y la naturaleza de la población dentro del entorno de su práctica". (ANA 1987).

La enfermería es una profesión con un cuerpo de conocimientos propios enseñados, practicados y reglamentados, con una historia.

Es ciencia porque está basada en conocimientos científicos y esta orientado al "cuidado" con ingredientes de sentimiento, sensibilidad, emotividad y creatividad; traducidos en cuidados, esencia y eje central de la enfermería valiéndose de teorías, modelos, procesos de enfermería y metaparadigma (Grinspun 1995).

La enfermería como una profesión orientada a cuidar ("to Care") basada en el cuidado, esencia de la enfermería (Leiniger 1988).

Debemos conocer el significado de el "cuidado" porque el cuidado de enfermería es diferente a otras profesiones, porque son complejas, que requieren de una reflexión completa profunda y explícita. Este profundo conocimiento de la persona y su entorno es la clave para formar un fuerte vínculo entre enfermera y paciente, constituye la esencia real de la enfermería.

La enfermería es la disciplina enfocada en entender el significado de esta enfermedad en el contexto del mundo personal del cliente y ganar las fuerzas necesarias para movilizarse hacia un estado de salud.

"Nosotros tenemos la responsabilidad de abogar por el bienestar del cliente como ser humano integral, que comprende sus necesidades fisiológicas, físicas, psicológicas, sociales, económicas, espirituales, a esto se llama práctica profesional de enfermería" (Grinspun 1995).

Estas concepciones incorporan los cuatro conceptos del metaparadigma de enfermería: Persona, Entorno, Enfermería y salud. Conceptos articulados por primera vez en 1984 por Fawcett (Grinspun 1998).

a) **PERSONA.**- uno o mas seres humanos, que representan un todo único y complejo definido por la interrelación e interacción entre aspectos biológicos, físicos, psicológicos, sociales, económicos y espirituales (Grinspun 1995).

Persona: ser unitario como “un campo de energía pandimensional irreducible e indivisible” (Daily citado por Rogers 1988).

- b) ENTORNO.- Esta siempre vinculado con la persona y es definido como el mundo único de cada persona. Incorpora al medio ambiente físico-socio-económico y psicológico en el cual la persona se envuelve. Este entorno es individual (Grinspun 1995). “Cada campo de entorno es específico para un campo humano. Ambos están inmersos en un proceso continuo y creativo de modificación” (Daily citado por Rogers 1988).
- c) ENFERMERÍA.- Se concierne con personas en el contexto de su entorno. cuando intervenimos como enfermeras profesionales debemos reconocer la existencia de este mundo único y entenderlo. La esencia de enfermería reside en nuestra habilidad de conectarnos o vincularnos con las personas en el contexto de su mundo único. Es a través de esta conexión o vínculo, que la enfermería asiste a la persona a movilizar fuerzas para el proceso de salud, la interacción entre persona y enfermera se da entonces, cuando tres de los conceptos básicos del metaparadigma de enfermería se encuentran:



Enfermería es visto como el proceso activo. Las enfermeras se vinculan con la persona en el contexto de su mundo único, para lograr la salud (Grinspun 1995).

El ejercicio profesional de la enfermería es creativo e imaginativo y su fin es servir a la gente. Descansa sobre el razonamiento intelectual, el conocimiento abstracto y la compasión humana. No tiene funciones dependientes pero si cooperativas (Daily citado en Rogers 1988).

Definición de enfermería:

Enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera junto con la persona beneficiaria de estos cuidados identifican metas comunes para realizar y mantener la salud.

d) SALUD.- Definida como un estado de bienestar biológico, físico, psicológico y socioeconómico. Estos aspectos de salud forman una totalidad que constituyen el bienestar general de una persona o una sociedad.

No hay una definición única, universal de salud. Una definición óptima incorpora las perspectivas y necesidades individuales (de la persona), como también las colectivas (de la sociedad).

Una persona puede definir la salud de una manera distinta, de acuerdo a los tiempos o circunstancias cambiantes.

El estado de salud se obtiene mejores resultados mientras las enfermeras se conectan mejor con la persona y su entorno para movilizar fuerzas para alcanzar un estado de salud (Grinspun 1995).

ROGERS 1988, emplea el término salud pasiva para simbolizar el bienestar y la ausencia de enfermedades.

3.- ANTECEDENTES DEL CUIDADO.

Concepto de cuidado, los cuidados son universales, todos aparecen y se elaboran alrededor de dos grandes momentos de la vida que son el nacimiento y la muerte. Cuidar es el primer arte de la vida, que precede a todos los demás, sin el cual no sería posible existir, los cuidados están relacionados con la necesidad, la fecundidad y de asegurar la continuidad de la vida. La vida es movimiento, permanente y continuo, es una constante transformación, Hay que cuidar de la vida para que permanezca, se afirme, se desarrolle, se disminuya y se acabe (Colliere 1999).

Nightingale trató de revalorizar el cuidado al estipular que "Las leyes de la salud o de los cuidados, son validas tanto para los sanos como para los enfermos, ya que en la realidad son los mismos" (Nightingale 1860).

Desde el comienzo de la vida los cuidados existen ya que es necesario "ocuparse" de la vida para que ésta pueda persistir. Los hombres, como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y de ese modo, luchar contra la muerte: La muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie. (Colliere 1993).

Es decir que, durante millares de años, los cuidados no fueron propios de un oficio, aún menos de una profesión. Eran actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la vida del grupo.

En un principio, estas dos orientaciones coexisten, se complementan, se engendran mutuamente. Únicamente con la aparición de un pensamiento dialéctico que denuncia el "mal" lo que produce malestar para separarlo del bien, es decir, de todo aquello que hace vivir, que aísla para analizar y comprender lo

que se percibe como maléfico, como origen de la muerte, solo así, una de estas orientaciones ha prevalecido sobre la otra hasta el punto de negarla e intentar su destrucción.

Asegurar la continuidad de la vida, es la primera orientación que se inscribe en la historia de todos los seres vivos desde el principio de la historia de la humanidad.

Asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie, teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para asumir las funciones vitales: Recursos energéticos, de ahí la necesidad de alimento, protección contra las inclemencias del frío o del calor por medio de la ropa, del refugio, que dará lugar poco a poco al alojamiento.

Estas necesidades aseguran cada día el mantenimiento de las funciones vitales, da lugar a un conjunto de actividades indispensables de las que se hacen cargo los hombres y mujeres que según los recursos locales, se esfuerzan por atenderlas. Mas concretamente, las tareas se organizan alrededor de una serie de necesidades fundamentales: sustentarse, protegerse de la intemperie, defender el territorio y salvaguardar los recursos.

La organización de estas tareas da origen a la división sexual del trabajo que, precisándose, marcará de forma determinante según las culturas y las épocas, el lugar del hombre y de la mujer en la vida social y económica (Leakey citado por Colliere 1980).

Asegurar la supervivencia era y sigue siendo un hecho cotidiano de ahí la expresión antigua del mundo: cuidar de. Era necesario cuidar de las mujeres de parto. Cuidar de los niños, de los vivos, pero también de los muertos. Todo esto daba lugar a cuidar también del fuego para que no se apagara, de las plantas, de los instrumentos de caza, de las pieles, más tarde de las cosechas, etc.

La palabra inicial y original de cuidado es: cuidar de, ocuparse de.

Cuidar es, por tanto, mantener la vida asegurada, la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversos en su manifestación.

Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo (Colliere 1993).

4.- PROPUESTA TEORICA.

– Antecedentes de Virginia Henderson.

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Paso su infancia y adolescencia en Virginia Estados Unidos.

Durante la primera Guerra Mundial nace su inquietud por estudiar enfermería.

1918.- Ingresó a la escuela de enfermería en Washington fué graduada en 1921, aceptando un puesto de enfermería en Nueva York.

1922.- Inició su actividad como profesora de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingresó en la unidad de Columbia, donde obtuvo títulos de B. S. y M. A. en formación de enfermería.

1929.- Virginia Henderson trabaja como supervisora de enfermería en el hospital de Rochester, Nueva York.

1930.- Vuelve a la universidad de Columbia como miembro de la facultad impartiendo cursos sobre el Proceso Analítico de Enfermería y sobre el ejercicio profesional hasta 1948.

Virginia Henderson tiene en su haber una larga carrera como autora e investigadora, desde la década de los cincuenta, desarrollando una gran labor de investigación sobre enfermería a través de asociaciones.

1900-59.- Fué elaborado el cuarto volumen, el Nursing Studies Index comentados que ordenaban la literatura biográfica, analítica e histórica sobre enfermería. Virginia Henderson elaboró como autora o participó como coautora en varios trabajos importantes.

1960.- Fué publicado su folleto Basic Principles of Nursing Care, traducidos a más de veinte idiomas. La colaboración de Virginia Henderson con Leo Simmons durante cinco años dio como fruto una revisión de la investigación nacional

de enfermería que fué publicada en 1964. (Marriner citado en Alcantar 1996).

Su libro *The Nature of Nursing*, se publicó en 1966, en él describía su concepto de la función única y primaria de la enfermería. Ha sido reeditado en 1991. La sexta edición del *The Principles and Practice of Nursing* publicados en 1978, elaborado conjuntamente con Gladys Nite, siendo editado por Virginia Henderson. Este libro de texto ha sido tomado como referencia para los planes de estudio de muchas escuelas de enfermería. Durante la década de los ochenta, Virginia Henderson permanece en activo en Yale. Su influencia y logros conseguidos en la profesión de enfermería le han reportado al menos nueve investiduras entre ellas: Doctor Honoris Causa y el primer premio Cristiane Reimann, Premio Mary Adelaide Nutting de la U. S., socia honoraria de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing de Londres, etc. (Marriner 1996).

Virginia Henderson fué la primera enfermera "moderna" que definió la profesión en 1960, escribió "La función propia de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo para que realice aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a su muerte tranquila); tareas que el individuo realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios, y todo ello de forma que el individuo se sienta capaz de llevarlas a cabo lo mas pronto posible" (Henderson 1966).

Henderson habla de la enfermería relacionándola con el cliente y su entorno y también en relación de los individuos enfermos y sanos, reconociendo que las enfermeras trabajan con clientes aunque su recuperación no pueda ser posible y mencionando los roles de enseñanza y de intercesión de la enfermera (Marriner 1996).

- Postulados Teóricos.

Inicialmente Virginia Henderson no pretendió hacer una teoría de enfermería; lo que la llevó a desarrollar su trabajo fué la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una función propia de la enfermera.

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro de *The Nature of Nursing* en el que define la función propia de la enfermera.

La definición de la función propia de enfermería.

1956.- Virginia Henderson define que la función propia de la enfermera es "Asistir al individuo sano o enfermo a la realización de aquellas actividades que contribuyen a la recuperación (o a la muerte serena), actividades que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia en la forma más rápidamente posible". En 1960 completa esta definición de la siguiente manera:

La única función de la enfermera: ayudar a los clientes, sanos o enfermos, en el desarrollo de aquellas actividades que contribuyen a su salud, su recuperación o a una muerte tranquila, actividades que realizarían sin ayuda, si tuvieran la fuerza, el deseo o el conocimiento necesario. Todo esto de manera que se ayude a los clientes a recuperar su independencia lo más rápidamente posible (Kozier 1993).

Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson.

A partir de esta definición, se observan conceptos y subconceptos básicos del modelo de Virginia Henderson como:

1.- PERSONA

Necesidades Básicas.

2.- SALUD

Independencia.

Dependencia.

Causas de la dificultad o problema.

3.- ROL PROFESIONAL.

Cuidados básicos de enfermería

Relación con el equipo de salud.

4.- ENTORNO.

Factores ambientales.

Factores socioculturales.

LA PERSONA Y LAS 14 NECESIDADES BASICAS.

Con la definición de la función propia de la enfermera, Henderson conceptualiza al individuo o persona, objeto de los cuidados.

Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas que debe satisfacer su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar peligros.
10. Necesidad de comunicarse.

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje.

El individuo tiene necesidades comunes en su unicidad tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

La satisfacción de las 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de cada individuo, así como por la estrecha interrelación entre las diferentes necesidades que implica que cualquier modificación en cada una de ellas puede dar lugar a modificaciones en las restantes. Desde un punto de vista holístico. (Henderson 1995).

Salud, Independencia / Dependencia y Causas de la Dificultad.

SALUD. Virginia Henderson desde una filosofía humanista considera que todas las personas tiene determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales.

En este sentido buscan y tratan de lograr la independencia por lo tanto la satisfacción de sus necesidades con el fin de mantener un estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Virginia Henderson a tres causas: "Falta de fuerza", "falta de conocimiento" o "falta de voluntad". (Henderson 1995).

INDEPENDENCIA. Se define como "la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas" (Henderson 1995), de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

El modo de satisfacer las propias necesidades es totalmente individual, los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades también son específicos y únicos para cada individuo. Los criterios de independencia deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales variarán según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

DEPENDENCIA. Se puede considerar desde dos aspectos:

- a) Ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las catorce necesidades.
- b) Que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de independencia como los de dependencia, deben considerarse de acuerdo a los componentes específicos de cada persona (biofisiológicas, psicológicos, socioculturales y espirituales). (Ferrin 1993).

CAUSAS DE LA DIFICULTAD O PROBLEMA. Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus necesidades Virginia Henderson las agrupa en tres posibilidades.

1.- **FALTA DE FUERZA.** Se entiende como fuerza, a la capacidad física, habilidades mecánicas y capacidad del individuo para llevar a cabo acciones pertinentes a la situación determinado por el estado emocional, estado de funciones psíquicas, capacidad intelectual.

2.- **FALTA DE CONOCIMIENTO.** En lo relativo a cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, autoconocimiento y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

3.- FALTA DE VOLUNTAD. Es la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades (Ferrin 1993).

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente.

Estos aspectos deben ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes (de suplencia o de ayuda), siempre vendrá determinado por el grado de dependencia.

ROL PROFESIONAL. CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA Y EQUIPO DE SALUD.

Los cuidados básicos se conceptualizan como "acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona". Henderson dice "...éste es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación..."

Los cuidados básicos de enfermería están íntimamente relacionados con las necesidades básicas, Virginia Henderson afirma "...los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. En otras palabras, la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero éstos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona".(Ferrin 1995) De esto surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Virginia Henderson, también analiza a la enfermera como miembro del equipo multidisciplinario "...en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimiento en la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir del otro actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia".(Ferrin 1995)

En relación al paciente, Virginia Henderson afirma que "...todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en "asistir" a esta persona. Si el paciente no comprende, ni acepta el programa tratado con él y para él, ni coopera en su desarrollo, se perderá gran parte de los esfuerzos del equipo". El usuario es visto como un sujeto activo y responsable de su propia salud que participa en las decisiones y en el logro de sus metas (Marriner 1996).

ENTORNO.

El concepto de entorno, Henderson lo dice de forma implícita y otras veces explícitamente, la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizaje y factores ambientales) ahí la incluye. Para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 necesidades básicas y de los factores que la influyen.

5.- ANTECEDENTES DEL PROCESO.

a) Antecedentes.

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces orientados al logro de objetivos.

Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos esenciales e interrelacionados que son: VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN en los cuales usted realiza acciones intencionadas pensadas para maximizar los resultados a largo plazo. Caracterizado por su humanidad porque el plan de cuidados se desarrolla y se pone en práctica de tal forma que los intereses e ideales únicos del consumidor y de las personas significativas para él reciban la mayor consideración, el proceso de enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados, se mide por el grado de eficiencia y el grado de satisfacción y progreso del paciente. El proceso se basa en principios y reglas que se ha comprobado efectivos en la promoción de la calidad de los cuidados, la eficiencia y la satisfacción del paciente. Si se dedica el tiempo necesario para aprender y aplicar los principios en las situaciones en la vida diaria, mejorará su capacidad para solucionar los problemas, tomar decisiones y maximizar las oportunidades y recursos. Tendrá la satisfacción de lograr los objetivos finales de los cuidados de enfermería.

- Promover, mantener o restaurar la salud o lograr una muerte tranquila.
 - Permitir a las personas manejar sus propios cuidados de salud.
 - Proporcionar cuidados de calidad y a un coste efectivo.
 - Buscar formas de mejorar la satisfacción mediante los cuidados de salud
- (Alfaro 1996)

Antecedentes Históricos del Proceso.

- 1955 Fue introducido el término (P. A. E.) Proceso de Atención de Enfermería por Hall, desde entonces varias enfermeras han descrito de diversas maneras el proceso.
- 1963 WENDENBACH planteó el proceso que constaba de tres etapas:
- a) identificar la ayuda necesitada.
 - b) Administrar la ayuda.
 - c) Verificar la ayuda otorgada.
- 1966 Virginia Henderson Planteó que el proceso de enfermería era el mismo que el de las etapas del método científico.
- 1965 Mc Cain por primera vez usa el término de la VALORACIÓN. Para valorar utilizó como marco las capacidades funcionales del cliente.
- 1967 KNOWLES, describió la actividad de enfermería; como el descubrir, investigar, decidir hacer y discriminar.
- 1976 (Wester Interstate Comision on Higher Education) enumeró, las etapas del proceso de enfermería como percepción y comunicación, interpretación, intervención y discriminación.
- 1950 Se desarrolla el concepto de DIAGNÓSTICO y se aplicó a la identificación de los problemas o necesidades del cliente; este término no fue aceptado. Aunque muchas enfermeras lo consideraban básico para la enfermera profesional.
- 1973 GEBBIE y LAVIN de la escuela de enfermería de la Universidad de San Luis ayudaron a organizar la primera conferencia sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería. Aquí se definió el término de diagnóstico como "la conclusión o juicio que tiene lugar como resultado de la valoración de enfermería".
- 1975 GEBBIE y LAVIN, a partir de esta fecha se vienen realizando conferencias cada dos años.
- 1982 El grupo de la conferencia aceptó el nombre de North American Nursing Diagnosis Association (N. A. N. D. A.), reconociendo la participación y

- aportación de enfermeras canadienses. Actualmente este grupo ha establecido y aceptado alrededor de cien categorías diagnósticas.
- 1980 La A. Na. Standards of Nursings, practice declaró que “la enfermera es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas actuales y potenciales”, esta asociación consideró claramente que diagnóstico era función de enfermería.
- 1982 El National Council of State Boards Nursing, Definió y describió cinco etapas del proceso de enfermería: VALORACIÓN, ANÁLISIS, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.
- 1994 la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) continua exigiendo el proceso de enfermería como medio de documentación de todas las fases del cuidado del paciente. (Potter, Patricia 1995).

En España, los Diagnósticos de Enfermería aparecieron en la década de los ochentas. La Asociación Española de Enfermería Docente (A. E. E. D.), inició en 1988 una política de apoyo a la difusión del trabajo de la N. A. N. D. A., impartiendo una serie de temas por la profesora Carpenito, autora de varios libros y miembro de la N. A. N. D. A.; y al mismo tiempo se daba la discusión y traducción del listado de la taxonomía (Henderson 1997).

Actualmente la A. E. E. D. Ha formado un grupo nuevo de trabajo tomando como base la tarea previa de elaborar un documento que pretende:

- 1.- Dar a conocer el trabajo y funcionamiento de la N. A. N. D. A.
- 2.- Situar los diagnósticos en el contexto en el que fueron concebidos, esto es dentro del proceso de atención de enfermería.
- 3.- Aclarar la relación existente entre los diagnósticos de enfermería y los modelos de enfermería.
- 4.- Identificar los beneficios que pueden derivarse de su uso en los distintos ámbitos de la profesión; asistencia, gestión e investigación.

Características del Proceso de Enfermería.

- El sistema es abierto, flexible y dinámico.
- Individualiza el acercamiento de las necesidades particulares de cada cliente.
- Es planificado.
- Esta dirigido hacia las metas.
- Es flexible para encontrar las necesidades particulares del cliente, la familia o la comunidad.
- Permite ser creativos a la enfermera y al cliente en la resolución del problema planeado.
- Es interpersonal, requiriéndose que la enfermera tenga una comunicación directa y persistente para encontrar las necesidades del cliente.
- Es cíclico, como la etapas guardan interrelación no existe un principio o un final absoluto.
- Es aplicable universalmente (Kozier, citado por Alcantar 1997).

Beneficio del Uso del Proceso de Enfermería.

- Acelera el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales reduciendo la incidencia (y la duración de las estancias hospitalarias).
- Crea un plan con un coste efectivo, tanto en términos de sufrimiento humano como de gastos económicos.
- Tiene requerimientos de documentación precisos diseñados para: mejorar la comunicación y prevenir errores, omisiones y repeticiones innecesarias. Dejar un rastro de papel que después permita evaluar la calidad de los cuidados del paciente y realizar resultados que hagan avanzar la enfermería y mejore la calidad y eficiencia de los cuidados de salud.
- Previene que los clínicos pierdan de vista la importancia del factor humano.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- Adapta las intervenciones al individuo (no a la enfermedad).

- Ayuda a : los paciente y las personas significativas para ellos a darse cuenta de que su aportación es importante y a fijar los puntos fuertes.

Las enfermeras a tener la satisfacción de obtener resultados (Alfaro 1992).

VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA.

Ventajas para el Cliente.

- La evaluación continua del proceso y la reconsideración de los cambios en las necesidades del cliente, aseguran una intervención de la enfermera apropiada de calidad.
- Continuidad en el cuidado.- al tener el plan por escrito, permite que todas las personas implicadas tengan el acceso al mismo y se evita que el cliente este repitiendo información.
- Participación del cliente en el cuidado de su salud.- permite que los clientes desarrollen sus capacidades para su auto cuidado y por tanto ayudan en el alcance de sus metas.

Ventajas para la Enfermera.

- Adecuación constante y sistemática.
- Satisfacción en el trabajo.- las actividades del profesional están basadas en una identificación correcta de los problemas del cliente, lo que permite planear acciones adecuadas, favoreciendo la coordinación y evita el trabajo por ensayo-error, lo que conlleva a una satisfacción cuando se logran los objetivos.

- Crecimiento profesional.- por medio de la evaluación, la enfermera va adquiriendo experiencia y capacidad respecto a los cuidados que son efectivos y los que tienen que adaptarse para cubrir las necesidades del cliente.
- Evita acciones legales.- evita consecuencias legales adversas cuando aplica cuidados de enfermería previamente establecidos a través de todas las fases del proceso.
- Alcanzar los modelos de enfermería profesional.- el aprendizaje y la realización del proceso de enfermería sobre los cuidados del cliente, es un requisito básico para la aptitud de la enfermera profesional, por eso, el proceso de enfermería es un marco para la responsabilidad de las enfermeras.

b) Etapas del Proceso de Enfermería.

VALORACIÓN. "Durante esta fase se necesitará reunir y examinar la información (datos) con el fin de obtener todos los hechos necesarios para definir el estado de salud del paciente y describir sus capacidades y problemas".(Alfaro 1996).

Primera etapa del proceso, antes que la enfermera pueda planear los cuidados que brindará al paciente. En consecuencia esta fase incluye la recopilación de datos acerca de su estado de salud y termina al llegar a un diagnóstico de enfermería el cual es un informe de los problemas que le aquejan.

La información se reúne de varias fuentes para ayudar a la enfermera, a comprender su situación, dos métodos básicos de información son: la observación y la entrevista con el paciente y con sus familiares.

La historia clínica de enfermería es un formato sistemático por lo común en forma de cuestionario o de lista, que la enfermera puede emplear para obtener datos importantes acerca del paciente por medio de la entrevista.

La historia clínica de enfermería debe incluir áreas de valoración como el diagnóstico y el tratamiento del paciente, sus actividades cotidianas (aseo, defecación, alimentación, ejercicio, reposo, relajación y hábitos de sueño), condición física, estados psicológicos y una historia socioeconómica y cultural, registro objetivo del medio ambiente, ocupación, estado económico, educación, diversiones y costumbres religiosas. Este registro escrito de información específica acerca del paciente proporciona las bases para valorar los problemas actuales y potenciales del paciente. Así mismo sirve como base para planear y brindar los cuidados de enfermería.

Un estudio del hogar y la comunidad del paciente es de utilidad para la valoración, pero puede ser difícil de realizar. Otras fuentes secundarias para reunir información sobre el paciente son los registros médicos y sociales actuales y pasados, registro del desarrollo, memorias computarizadas, notas y visitas de la enfermera, el kardex e informes de los cambios de turno. En vista de que la enfermera basa la planeación de los cuidados en principios científicos y aplica diversas teorías en tanto brinda dichos cuidados, conviene que recurran a libros, revistas y personas expertas para obtener mayor información.

Esta información permite a la enfermera hacer un diagnóstico que es un informe de los problemas del paciente incluyendo su condición física, limitaciones y forma de adaptarse al problema, esto brinda a la enfermera la oportunidad de elaborar un plan individualizado para el cuidado del paciente. (Gauntlett, 1995).

El hacer una historia clínica permite a la enfermera establecer una relación enfermera -paciente positiva, observar la conducta y el estado del paciente así como obtener información acerca de éste.

El uso de un formato es útil para asegurar la obtención de toda la información necesaria.

La entrevista es un método de comunicación con fines directos. Deberá ser lo mas cordial posible, progresando de lo general a lo específico y dándole al paciente la oportunidad de que se exprese espontáneamente. habrá que animar al paciente a que exprese sus sentimientos ya que durante la conversación espontánea a menudo está a disposición de revelar información útil. La entrevistadora debe enfocar su atención sobre las áreas con cargas emocionales, debido a la posibilidad de que sean estas áreas donde el paciente tenga dificultad para adaptarse.

La entrevista es algo más que una simple sesión de preguntas y respuestas. Es una técnica de observación. La entrevistadora debe escuchar la mayor parte del tiempo, las respuestas verbales del entrevistador tienden a obstaculizar las respuestas del paciente al hacer conclusiones, no solo es necesario escuchar al paciente, sino también mirar sus expresiones faciales y gestos y advertir la forma en que dicen las palabras.

La observación, una descripción minuciosa del observado es básica para el cuidado del paciente y requiere de el uso de todos los sentidos.

La enfermera utiliza la vista para percatarse de los cambios de coloración, de tumefacción, del color y calidad del material drenado de las características de la respiración y de la comunicación no verbal.

La audición es otro medio principal de observación. Es de vital importancia para la enfermera escuchar lo que el paciente dice. Los sonidos de sofocación, jadeo y sollozos pueden indicar que el paciente está angustiado.

El oído, también es de ayuda en la evaluación de la respiración, el corazón y los ruidos intestinales.

Puede infundirse al paciente una sensación de estima al tocarlo. Al mismo tiempo la enfermera puede advertir si su piel esta caliente o fría, húmeda o seca. A través del tacto puede determinarse el tamaño la forma y la textura de una protuberancia localizada o de un órgano aumentado de volumen.

El olfato puede descubrir el olor a fruta de la acidosis diabética, el olor desagradable del material drenado, o el olor de humedad debajo de un vendaje cada uno de los cuales puede indicar una infección.

La enfermera debe adquirir habilidad para observar los signos y síntomas aparentes o de los problemas.

La observación es esencial para planear los cuidados de enfermería es un proceso continuo acompañado de inferencias minuciosas y acciones apropiadas. Aunque la observación no es su única obligación, la enfermera debe tomarla como responsabilidad primaria debido a sus conocimientos, habilidades y proximidad con el paciente.

La observación del paciente es mas completa si se hace de forma ordenada, iniciando de cabeza a pies los aspectos físicos. Un enfoque más detallado es el uso de la palabra DALES-PAC, un acrónimo que representa un proceso para llevar a cabo una evaluación sistemática que significa D, dolor; A, alimentación; L, líquidos; E, excreta, ejercicio, estado general; S, socialización, sentidos especiales; P, higiene personal, postura, piel; A,

aereación; C, circulación, control y coordinación muscular. Cada enfermera debe diseñar su propio sistema. (Guntlett 1995).

La habilidad para observar se debe practicar de manera sistemática. La principiante debe aprender: que, cuando y donde observar.

Entrevista de enfermería.

La entrevista es una técnica observacional. Es un método que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación intencionada y dirigida hacia un fin. (Gautlett 1995).

DIAGNÓSTICO. Una vez recopilado todos los hechos necesarios, podrá determinar las capacidades (que precisan ser forzadas y usadas al desarrollar el plan de cuidados). También determinarán que problemas se pueden resolver mediante intervenciones independientes de enfermería y cuales requerirán actuaciones que deben ser prescritas por un médico u otro profesional de los cuidados de la salud calificado para ello.

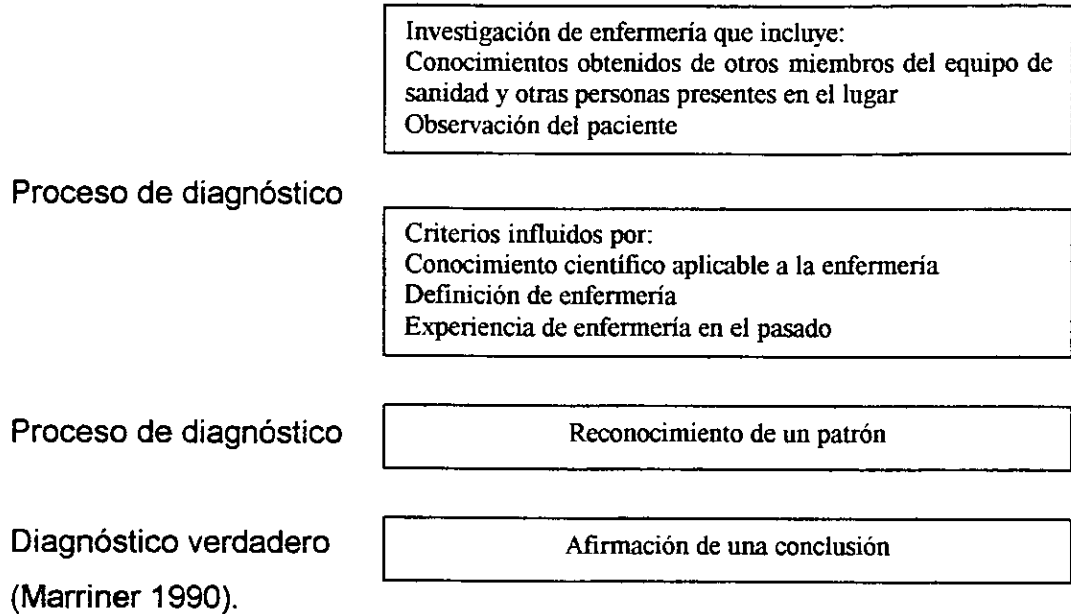
Definición del diagnóstico, un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico que se deriva de aplicar el proceso de enfermería a los problemas sanitarios de los pacientes. Un diagnóstico de enfermería es una exposición de una conclusión, resultante del reconocimiento de un patrón derivado de un examen de enfermería del paciente. Se incluye dos aspectos del diagnóstico.

- 1.- el proceso diagnóstico.
- 2.- la posición y el diagnóstico verdadero.

Se explicará esta definición al utilizarla para hacer el diagnóstico de enfermería en la practica, el proceso diagnóstico, incluyendo los estudios de

enfermería y los criterios que conducen al reconocimiento de un patrón, precede el diagnóstico verdadero.

Pasos para el Diagnóstico de Enfermería.



Examen de Enfermería

El examen de enfermería se inicia con la obtención de datos.

Algunos de estos datos se obtiene de miembros del equipo de salud a través de una comunicación verbal o escrita.

La mayor fuente de obtención de datos es la observación del paciente. Se entiende por observación, el uso de cuatro de los cinco sentidos. Se observa de manera visual al paciente para detectar síntomas de enfermedad psicológicos y físicos evidentes. Se habla con el paciente y se escucha sus respuestas, se puede tocar al paciente, se investiga sus actividades diarias antes de ingresar al hospital.

Reconocimiento de un Patrón

A medida que se van obteniendo datos, la enfermera de manera continua se cuestiona para determinar la conexión de los hechos y estructura los datos que ha obtenido. Por lo tanto, un hecho ayuda a estructurar mas observaciones. Los criterios por los que se observa la conexión de los hechos están influidas en base al conocimiento científico por las experiencias de enfermería pasadas y por la definición de enfermería.

Afirmación de una Conclusión

El verdadero diagnóstico de enfermería es cuando se afirma una conclusión. Puede ser un diagnóstico descriptivo "se comunica solo mediante gestos" o "respuesta limitada a estímulos táctiles y auditivos", o ser un diagnóstico etiológico.

Se puede hacer un diagnóstico principalmente fisiológicos, "peristalsis disminuido", diagnóstico psicológico, "sentimientos de impotencias" y pueden ser ambos aspectos.

Un diagnóstico de enfermería tiende a ser individualizado, y se enfoca en la respuesta particular del paciente a su enfermedad, también tiende a reflejar el progreso del paciente. Señala respuestas significativas que presenta el paciente en las etapas de su enfermedad, y por esta razón puede hacerse los cambios a diario. El proceso diagnóstico empieza desde el momento en que el paciente se encuentra bajo el cuidado de la enfermera y continúa hasta que ya no necesite mas atención de enfermería. La importancia del diagnóstico de enfermería es la búsqueda de una base científica para una practica. El proceso de diagnóstico requiere de un conocimiento científico y de la relación y aplicación de conocimiento a la enfermería. El diagnóstico verdadero establece el punto de partida una base para los cuidados de

enfermería. "Un diagnóstico debe de pretender averiguar todo lo que esta mal en un determinado paciente". (Marriner, Ann 1990).

Redacción de los Diagnósticos de Enfermería

El objetivo de redactar los diagnósticos de enfermería consiste en escribir con frases exactas y concisas la interpretación de los datos de valoración de enfermería.

Las frases con las que se expresan los diagnósticos de enfermería describen la naturaleza, el origen y las manifestaciones de los cambios sanitarios que el profesional de la enfermería esta capacitado para identificar y tratar con actuaciones independientes e interdependientes.

La forma preferida para expresar un diagnóstico de enfermería consiste en tres partes que comienza con el término utilizado por la NANDA, seguido del factor y complementado con los signos y síntomas. (Marriner, Ann 1990).

PLANIFICACION. Una vez identificada las capacidades y problemas, se comienza a trabajar con el paciente (y familia) para desarrollar un plan de acción que reducirá o eliminará los problemas y promoverá la salud.

En este apartado se determinarán las prioridades.

¿Qué problemas necesitan atención inmediata?

¿Qué problemas deben abordarse en el plan de cuidados?

¿Qué problemas deben derivarse?

¿En que orden planea hacer todo esto?

ESTABLECER OBJETIVOS.

¿Qué es exactamente lo que la enfermera y el paciente esperan conseguir y en que momento esperan lograrlo?

DECISIÓN DE LAS INTERVENCIONES.

¿Qué acciones de enfermería y actividades del paciente ayudarán a lograr los objetivos que ambos han establecido?.

ANOTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS.

Otras enfermeras necesitan conocer el plan de cuidados prescrito y los objetivos que se esperan lograr.

EJECUCIÓN. Durante esta etapa pondrá el plan en acción, lo que implica las siguientes actividades.

–Valorar el estado actual de salud del paciente.

¿El plan de cuidados escrito continúa siendo el apropiado?

¿Hay nuevos problemas?

¿Hay algún cambio que requiera un cambio inmediato en el plan?

–Realizar las intervenciones y sus actividades prescritas durante la fase de planificación.

–Seguir valorando al paciente. Determinar las respuestas iniciales a sus acciones.

¿Cuál ha sido la respuesta?

¿Es la que esperaba?

¿Hubo alguna variación?

¿Tiene que cambiar algo?

Para introducir cambios no se tiene que esperar al momento fijado (formalmente) para la evaluación si es obvio que debe hacerlo hoy.

–Comunicar y anotar, comunicar cualquier cambio que pueda indicar la necesidad de tratamiento adicional.

Anotar las actividades de enfermería, la respuesta del paciente y otros datos significativos de la valoración.

La enfermera no estará las 24 hrs. del día y otras enfermeras y profesionales de la salud necesitan conocer cómo evoluciona el paciente y cómo está actuando el plan de cuidados.

EVALUACIÓN. La enfermera y el paciente deben decidir si el plan ha sido eficaz y si hay que hacer algún cambio.

Hay que responder a las siguientes preguntas.

¿Ha aparecido algún problema nuevo?

¿Hay nuevas prioridades de cuidados que requieren de objetivos distintos?

¿Se han alcanzado los objetivos que se habían fijado durante la fase de planeación?

¿Podría haber avanzado más de lo previsto en un principio?

¿Debería fijar nuevos objetivos?

¿Qué es lo que ha hecho que el plan funcione?

¿Podría haberse hecho alguna otra cosa para facilitar el plan?

¿Reconoce que ha habido logros?

¿Ha reforzado con éxito las estrategias de autocuidado?

Han logrado los objetivos solo parcialmente o no los han logrado en absoluto.

En tal caso, ¿Por qué no los han logrado?

¿Los objetivos eran realistas?

¿El paciente estaba de acuerdo con ellos?

¿Aún son importantes esos objetivos?

¿Han tenido tiempo suficiente?

¿Han surgido otros problemas que le hayan impedido progresar?

¿Se prescribieron las intervenciones adecuadas?

¿Se realizaron las intervenciones tal como estaban presentes?

¿Que cambios se van a introducir? (Alfaro 1996).

6.- EL PROCESO BASADO EN VIRGINIA HENDERSON.

Este apartado consiste en dar una definición clara del modelo que orienta la aplicación del proceso de atención de enfermería. Este modelo conceptual está basado en las necesidades fundamentales como lo define Virginia Henderson. Pero destaca la importancia que tiene las necesidades vitales y también lo caracteriza la definición de la noción del cliente, el rol cuidador y el objeto de los cuidados de enfermería.

Definición de los conceptos claves de este modelo.

Esta concepción nos ofrece una visión clara de los cuidados de enfermería.

“El individuo, sano o enfermo es considerado como un todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales que debe satisfacer” (Henderson 1993).

La finalidad de los cuidados consiste en “conservar o restablecer la independencia del cliente en la satisfacción de las necesidades” (Henderson 1993).

El rol de la enfermería consiste en ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia. Ayudarle en lo que no puede realizar por si mismo para responder a sus necesidades. Su rol, por tanto, es el de suplencia.

POSTULADOS. (sobre los que se basa Virginia Henderson).

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no esta “completo”, “entero”, e “independiente” (Henderson 1993).

Valores que Fundamenta el Modelo de Virginia Henderson.

- La enfermera tiene funciones que le son propias.
- Cuando la enfermera usurpa la función del médico cede a su vez las funciones propias a un personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.

Necesidad Fundamental.

El marco conceptual de Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con exigencias fisiológicas y aspiraciones que denomina necesidades fundamentales "una necesidad vital esencial" que tiene un ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

Necesidades Fundamentales y Componentes Bio-Psico-Sociales, Culturales y Espirituales.

Virginia Henderson define las catorce necesidades fundamentales.

Cada persona es un ser humano único y complejo con componentes biológicos, socioculturales y espirituales, que tienen catorce necesidades básicas las cuales deben satisfacer para mantener su desarrollo y crecimiento.

Cada una de estas necesidades esta relacionada con las distintas dimensiones biológicas, Psicológicas, sociológicas, cultural y espiritual. La enfermera que desee prestar cuidados personalizados ha de considerar estos cuidados en su conjunto y planificar intervenciones apropiadas que tengan en cuenta estas diferentes dimensiones.

1.- Necesidad de respirar.- Es el intercambio gaseoso que consiste en **Inspiración:** que es el aporte esencial de oxígeno, difusión de gases a nivel pulmonar, intercambios a nivel celular. **Expiración:** expulsión de gas carbónico y de vapor de agua.

Biofisiológica:

- Mantenimiento de las funciones esenciales, frecuencia, ritmo, amplitud, ruidos respiratorios, tos.
- Alteración orgánica, obstrucción, inmadurez o vejez, tazas de hierro en sangre.
- Fatiga.

Psicológica: ansiedad y estrés.

Sociológica: entorno: polución, tabaquismo, estilo de vida, deportes al aire libre, ejercicio, aireación y humedad de los lugares, altitud.

Cultural y espiritual: disciplina personal de la respiración, meditación, yoga, etc.

2.- Necesidad de comer y beber de forma adecuada. Es la ingestión, digestión y absorción de agua, de electrolitos y de nutrientes esenciales para la vida.

Biofisiológica:

- Capacidad de masticar, de deglutir, de digerir y de absorción de los alimentos.
- Calidad y cantidad de los líquidos y nutrientes, según las necesidades del organismo. Equilibrio electrolítico. Envejecimiento. Alteración orgánica. Equilibrio hormonal y enzimático.

Psicológico:

- Ansiedad, anorexia, polifagia de origen nervioso, estado afectivo y utilización de los mecanismos de defensa, compensación, sublimación y miedo.

- Gratificación, hábitos personales relacionados con la absorción de los alimentos o de bebidas alcohólicas.
- Imagen corporal adecuada.
- Repulsa a ciertos alimentos.

Sociológica:

- Entorno. Tipo de alimentación según el medio, horario de comidas, elección de los alimentos.
- Clima afectivo de familia en el momento de las comidas, límites que impone el trabajo, bocadillos, comidas en restaurante, soledad.
- Organización del domicilio.

Cultural y espiritual:

- Restricciones religiosas, ayunos.
- Costumbres familiares.

3.- Necesidad de eliminar los residuos corporales. Rechazo de las sustancias nocivas o inútiles que resultan del metabolismo.

Biofisiológica:

- Capacidad de eliminación urinaria, intestinal, etc. (sudor, lagrimas, menstruación y...).
- Alteración física o psicológica, inmadurez, envejecimiento, ciclo de eliminación y ciclo de menstruación.
- Dependencia física de los laxantes.
- Alimentación.
- Equilibrio hormonal.

Psicológica:

- Ansiedad, estrés, repulsiones.

- Hábitos de higiene personal y de eliminación.
- Actitud ante la eliminación y la menstruación.
- Intimidad.
- Dependencia psicológica de los laxantes.

Sociológica:

- Organización y control sanitario, salubridad de los lugares públicos.
- Educación.

Cultural y espiritual:

- Valor que se le da a la higiene en determinadas culturas.

4.- Necesidad de moverse, conservar una buena postura (y mantener una circulación adecuada).

- Impulso dado a los músculos o a los miembros o a ambos a la vez, para asegurar un cambio de posición en el espacio, o para favorecer una buena circulación.
- Mantenimiento de una buena alineación corporal.

Biofisiológica:

- Tono muscular, movilidad articular, integridad nerviosa, cardiovascular y esquelética; madurez psicomotriz, envejecimiento, arteriosclerosis. Estado de la tensión arterial y pulso. Traumatismo. Integridad del sistema vestibular.
- Ejercicios, posturas habituales.
- Alimentación rica en colesterol y cloruro de sodio.

Psicológica:

- Ansiedad, estrés, agitación, valor personal que se da al deporte y a la actividad.
- Sedentarismo.

- Hábitos personales de comportamiento.
- Soledad.
- Hábito e fumar.
- Carácter competitivo.

Sociológica:

- Organización de los deportes y de los lugares de ejercicio.
- Condición de trabajo inadecuadas.

Cultural y espiritual:

- Valor que se concede a los deportes y al ejercicio dentro de la familia y de la cultura.
- Posturas aceptables en una determinada cultura.

5.- Necesidad de vestirse y desnudarse. Protección del cuerpo en función del clima, de las normas sociales y de la reserva personal.

Biofisiológica:

- Movilidad muscular, tono muscular, estatura, corpulencia, madurez, psicomotriz, edad.
- fuerzas físicas.

Estado fisiológico:

- gordura, embarazo.

Psicológica:

- Estado de conciencia.
- Importancia que se le da al vestido y a la apariencia personal, desgana, pudor.
- Preferencias de vestir.
- Conformismo o no conformismo en adaptarse a las modas.

Sociológica: modas, normas sociales.

Entorno: clima.

- Nivel socioeconómico, status social.
- Mimetismo (sobre todo en los adolescentes).

Cultural y espiritual:

- Los límites aportados por la religión y por la cultura (particularmente en lo que se refiere a la mujer).

6.- Necesidad de dormir y reposar (conservar un estado de bienestar aceptable). Interrupción del estado de conciencia o de la actividad, o de ambos, que permite la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas. Mantenimiento de un estado de confort.

Biofisiológica:

- Capacidad de distraerse.
- Número de horas de reposo, según la edad y las necesidades del organismo.
- Tendencia al insomnio y al hipersomnio.
- Dolor, prurito.
- Falta de confort. Enfermedad.

Psicológica:

- Estrés, ansiedad, hábitos personales de vigilia, y sueño.
- Ritual que precede al acostarse, dependencia farmacológica.
- Depresión o cualquier otro problema psiquiátrico.
- Inquietud, miedo.
- Sufrimiento moral.

Sociológica: horas de acostarse y levantarse en función al trabajo, trabajo de noche.

Entorno:

- polución por ruido.
- Confort de la habitación y de la cama.
- Número de personas que comparten la misma habitación.
- Intimidad y tranquilidad del lugar de reposo.

Cultural y espiritual:

- valor que se da al trabajo y al descanso en cada cultura.
- Valor que se da a la resistencia ante el dolor.

7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal en los límites normales. Equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie corporal.

Biofisiológica:

- Regulación térmica cerebral y calor de los tegumentos.
- Inflamación, infección.

Psicológica:

- Elevación térmica debida al nerviosismo o al estrés.

Sociológica:

Entorno:

- Clima.
- Confort de la casa.
- Lugar de trabajo.
- Confortabilidad externa.
- Medios económicos para evitar el frío y templar la casa.

Cultural y espiritual:

- Medios para combatir el frío y el calor, que utiliza una determinada cultura, vestido, habitación, calefacción.

8.- Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos (y faneras).
Cuidados de higiene corporal y de imagen personal.

Biofisiológica:

- Capacidad física para atender sus propios cuidados, movilidad, fuerza física.
- Integridad de los tegumentos y faneras.
- Madurez psicomotriz o envejecimiento.

Psicológica:

- Estado de conciencia, diaforesis debida a la tensión.
- Hábitos personales de limpieza del cuerpo y de los vestidos.
- Imagen de si mismo.
- Educación.

Sociológica:

- Salubridad del medio de vida y de trabajo.
- Instalaciones sanitarias, baños.

Cultural y espiritual:

- Significado de la higiene y de la limpieza dentro de la familia y de la propia cultura.
- Modas de vestir y de peinarse.

9.- Necesidad de evitar los peligros. Protección contra las agresiones internas o externas, con el fin de mantener su integridad física y mental.

Biofisiológica:

- Límites sensoriales, vista, oído. Desequilibrio. Inmunidad. Inflamación. Infección / contaminación.
- Prevención de la enfermedad y los accidentes.
- Modificaciones del esquema corporal, auto mutilación, violación, malos tratos.

Psicológica:

- Limitaciones intelectuales. Perturbaciones del pensamiento.
- Estado de conciencia.
- Predisposición a los accidentes. Falta de atención, ansiedad y miedo.
- Alteración de su auto imagen.
- Ideas suicidas.
- Utilización de técnicas de relajación.

Sociológica:

- Reglamentación para prevenir peligros y preservar la salud del trabajador. Medidas de seguridad laboral (mascarilla, casco protector, etc.).
- Seguridad en casa, especialmente para niños y ancianos.
- Código de circulación.

Entorno:

- Polución del aire y polución por ruido.
- Contagio y medidas de control de la enfermedad.
- Organización sanitaria.
- Prevención contra el suicidio y la violencia.

Cultural y espiritual:

- Exposición a los peligros a consecuencia de ciertas ideologías.
- Valoración del estoicismo en ciertas culturas "mito del héroe".
- Forma de ver la enfermedad mental.

- Disciplina de vida para mantener el propio equilibrio.

10.- Necesidad de comunicarse con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad). Establecer lazos con los otros seres próximos y con las personas de su entorno. Expansionarse. Desarrollarse. Procreación.

Biofisiológica:

- Capacidad física para relacionarse con los otros: vista, oído, tacto, fonación, débito verbal.
- Integridad de los órganos sexuales. Capacidad para procrear. Equilibrio hormonal.
- Mímica.

Psicológica:

- Perturbación emotiva, capacidad para expresar sentimientos, relaciones con los otros: repliegue de sí mismo, tedio; percepción del otro sexo, equilibrio sexual.
- Mecanismos de defensa.
- Proyección, sublimación, regresión.
 - Estado de conciencia.

Sociológica:

- Libertad de expresión de los sentimientos. Control social. Comunicación de masas.
- Utilización de la sexualidad con fines pecuniarios.

Cultural y espiritual:

- Extroversión o introversión características de ciertas culturas.
- Forma de considerar la sexualidad, la procreación y el rol de la mujer.

11.- Necesidad de practicar su religión. Actuar de acuerdo a sus creencias y valores. Actualización de los propios valores.

Biofisiológica:

- Inmovilidad, debilidad, enfermedad.

Psicológica:

- Ansiedad relacionada con la enfermedad.
- Concepción personal de la vida y del más allá.
- Estado de conciencia.
- Fase de adaptación a la enfermedad; cólera.

Sociológica:

- Alejamiento de los lugares de culto.
- Libertad permitida o control ejercido por el entorno.

Cultural y espiritual:

- Pertenencia a una religión, o adhesión a una filosofía.
- Misticismo, ascetismo.

12.- Necesidad de preocuparse de su propia realización y en conservar su propia estima. Utilización del tiempo de forma útil, eficaz y valorizada.

Biofisiológica:

- Capacidad física.
- Integridad neurológica y músculo-esquelética.
- Nivel de energía y fuerzas físicas, movilidad articular.
- Enfermedad, dolores.

Psicológica:

- Desarrollo intelectual.
- Estado de conciencia, depresión, confianza en sí mismo, educación.
- Deseo de realizarse.

- Creatividad.

Sociológica:

- Disponibilidad de medios educativos y culturales.
- Limitaciones socioeconómicas, roles sociales y parentales, grupos de interés.
- Voluntario.

Cultural y espiritual:

- Valor que atribuye a la cultura del trabajo y a la productividad.

13.- Necesidad de recrearse. Necesidad de actividades de esparcimiento.

Biofisiológica:

- Capacidad de movimientos.
- Integridad de los sentidos, del sistema nervioso y del sistema músculo esquelético.
- Dolor, fuerza física.

Psicológica:

- Estado de conciencia, deseo de distensión y esparcimiento.
- Capacidad personal de relacionarse con los demás.
- Soledad.
- Preferencias por las formas de ocio.
- Creatividad.
- Espíritu lúdico.

Sociológica:

- Organizaciones deportivas y culturales para las distintas edades.
- Limitaciones económicas.
- Aislamiento físico.
- Entorno rural o urbano. Clima.

- Costumbres mas o menos gregarias de la familia.

Cultural y espiritual:

- Severidad de determinadas religiones frente a actividades de esparcimiento.
- Restricciones que se imponen a las mujeres en ciertas culturas.

14.- Necesidad de aprender. Adquirir conocimientos. Recibir información.

Biofisiológica:

- Capacidad funcional del cerebro, del sistema nervioso y de los sentidos (vista, orido).
- Uso de medicamentos.
- Senilidad o inmadurez.
- Enfermedad aguda.
- Dolor.

Psicológica:

- Estado de conciencia.
- Capacidad intelectual. Perturbaciones del pensamiento (juicio, memoria).
- Ansiedad.
- Educación (leer, escribir).
- Periodo de adaptación a la enfermedad.

Sociológica:

- Disponibilidad de servicios educativos.
- Grado de evolución del medio familiar.
- Importancia de la enseñanza dentro de los cuidados de enfermería.
- Poner el acento en la prevención.

Cultural y espiritual:

- Valor que se da en una cultura determinada a la educación o a la información sobre la salud y a la enfermedad.

Estas necesidades son comunes en todos los individuos, cada individuo las va a satisfacer de modo diferente dependiendo de los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales , así como la estrecha interrelación entre las variadas necesidades, ya que alguna alteración de cualquiera de ellas da origen también a modificaciones en las otras; por lo tanto, deben interrelacionarse entre cada una de ellas para poder valorar el estado del individuo en su totalidad (Ferrin 1993)

Guía para la valoración de las 14 necesidades básicas

A continuación se desarrolla la "GUIA PARA LA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS", siguiendo el modelo de Henderson de acuerdo con los principios anteriormente expuestos:

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Factores que influyen en esta necesidad

- **Biofisiológicos.** Edad. alineación corporal. talla corporal (relación talla / peso), nutrición e hidratación. Sueño / reposo / ejercicio. función cardíaca. función respiratoria. estado de la red vascular (arterial y venosa).
- **Psicológicos.** Emociones (miedo, ira, tristeza, alegría. Etc.). ansiedad /estrés, inquietud, irritabilidad. etc.
- **Socioculturales.** Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes tales como estilo de vida, hábito de fumar). entorno físico próximo (trabajo. casa, habitación hospital). entorno físico de la comunidad (altitud, temperatura. clima. contaminación ambiental).

Observaciones

- **Signos vitales** (pulso central y periféricos, tensión arterial. temperatura y patrones respiratorios). ruidos respiratorios. movimientos del tórax. secreciones, tos, estado de las fosas nasales, aleteo nasal, color de la piel y mucosas, temperatura de la piel. circulación de retorno (venas varicosas).
- **Dolor asociado con la respiración.** Dificultad respiratoria.

- Estado de conciencia. existencia de agitación
- Calidad del medio ambiente: polución. humedad, sistemas de ventilación. corrientes de aire, espacios verdes.

Interacciones

- Sí fuma. ¿qué sabe acerca del fumar?, ¿desde cuándo fuma?, ¿cuántos cigarrillos / puros / etc. fuma al día? ¿Varia la cantidad según su estado emocional?
- ¿Cómo influencia la realización de las actividades de la vida cotidiana en su respiración? (Sensación de ahogo al subir escaleras, cambios en el ritmo respiratorio al andar deprisa. etc.)
- ¿Cómo influencia su estado de ánimo en su respiración? (Si aumenta ó disminuye la frecuencia. ritmo. etc.)
- ¿Tiene conocimientos sobre una respiración correcta?
- ¿Conoce y/o utiliza técnicas que cree que le mejoran su respiración (relajación, yoga...)?
- ¿Tiene cambios de temperatura en las extremidades que no guarden relación con la temperatura ambiental?
- ¿Es propenso a sufrir hemorragias? ¿De qué tipo?
- ¿Tiene algún antecedente de problemas cardiorrespiratorios? (Dolor precordial. taquicardias, asma, alergias, etc.)

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Factores que influyen en esta necesidad

- Biofisiológicos. Edad, talla, constitución corporal y patrón de ejercicio.
- Psicológicos. Emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida / bebida.

- Socioculturales. Emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida / bebida. Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes), status socioeconómico, entorno físico próximo (casa, comedor. olores), entorno físico lejano (clima, temperatura), religión. trabajo (horarios, tiempo disponible. tiempo entre comidas, comer solo o acompañado...).

Observaciones

- Antropometría (peso. talla. pliegue de la piel y diámetro del brazo), estado de la piel, mucosas, uñas y cabello: funcionamiento neuromuscular y esquelético: aspecto de los dientes y encías: capacidad para masticar y deglutir. Funcionamiento tracto digestivo
- En caso de heridas. tipo y tiempo de cicatrización.
- Dolor, ansiedad. estrés, trastornos del comportamiento, disminución de energía. apatía. debilidad, irritabilidad. trastornos de la conciencia y agitación.
- Condiciones del entorno que faciliten / dificulten la satisfacción de esta necesidad.

Interacciones

- ¿Cómo influencia el estado de ánimo en su alimentación e hidratación? (ansiedad. estrés, conflictos: si aumenta o disminuye la ingesta, o sea, relación con anorexia y polifagia.)
- ¿Qué antecedentes familiares tiene con respecto a talla. corpulencia. peso y hábitos alimentarios?
- ¿Qué sentido le da a la comida? (Castigo, amor, recompensa, supervivencia, paliativo del aburrimiento....)
- ¿Con quién come habitualmente?
- ¿Dónde come? (Restaurante, casa, otros.)

- ¿Cuáles son los patrones familiares con respecto a la comida? (Motivo de encuentro e intercambio momento destinado a ver la TV, oír la radio, leer- y distribución de roles alrededor de la comida.)
- ¿Qué alimentos ha tomado en las últimas 72 horas? (Registro dietético para valorar si conoce los cuatro grupos básicos de alimentos y qué tipo de alimentación realiza.)
- ¿Qué horario y número de comidas habituales realiza? (Relación con trabajo y patrones culturales.)
- ¿Qué cantidad y tipo de líquidos bebe al día? ¿Cuál es la pauta de ingesta?
- ¿Qué preferencia / disgusto siente por determinados alimentos? (Impedimentos ideológicos o religiosos con respecto a la comida, influencias socioculturales -si relacionan obesidad con salud-) por la temperatura de los mismos.
- ¿Qué dificultades encuentra para procurarse, almacenar y prepararse alimentación adecuada? (Del entorno, económica, de conocimientos, de habilidad / capacidad personal.)
- ¿Conoce las necesidades de alimentación e hidratación y su relación con la edad y con la actividad?
- ¿Conoce los factores que favorecen su digestión y asimilación? (No comer alimentos que produzcan flatulencia, comer despacio, masticando e insalivando bien, no acostarse inmediatamente después de comer, etc.)
- ¿Han habido cambios recientes de dietas o de peso?. ¿Por qué? (Relacionados con modas. costumbres autoimagen.) ¿Tiene algún problema al masticar y/o tragar la comida/bebida?. ¿Con qué cree que está relacionado? (Problemas de salud, dentales...)
- Tiene en la actualidad algún problema digestivo? (Ardores. náuseas, vómitos. pérdida del apetito...)

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Factores que influncian esta necesidad

- Biofisiológicos. Edad. nivel de desarrollo. nutrición e hidratación. ejercicio
- Psicológicos. Emociones, ansiedad, estrés, estado de ánimo
- Socioculturales. Organización social (servicios públicos, cumplimiento normas salubridad, estilo de vida. Hábitat, entorno adecuado, influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, aspectos culturales condicionantes, clima.

Observaciones

- Orina (coloración, claridad, olor, cantidad, pH, frecuencia, densidad, presencia de proteínas, sangre, glucosa y cuernos cetónicos); heces (coloración, olor, consistencia, frecuencia, configuración, presencia de sangre y constituyentes anormales; sudor (cantidad y olor); Menstruación (cantidad, aspecto, color).
- Estado del abdomen y del periné.
- Estado de conciencia, cambios del patrón del sueño y del comportamiento, capacidades sensoriales, preceptuales, neurológicas y motrices.
- Condiciones del medio que ayudan / dificultan la satisfacción de esta necesidad.

Interacciones

- ¿Cuáles son sus patrones habituales de eliminación? (Heces, orina, menstruación, sudoración.)
- ¿Cómo influncian las emociones en sus patrones de eliminación?

- ¿Se siente satisfecho respecto a sus patrones habituales de eliminación? (Frecuencia diurna y nocturna, cantidad y calidad, confortabilidad, sensación de bienestar. etc.)
- ¿El cambio de entorno (viajes, lugar, intimidad, postura, etc.) modifica los hábitos de eliminación?, ¿cuáles?
- ¿El cambio de horarios modifica los hábitos de eliminación?, ¿cuáles?
- ¿Qué tipo de hábitos higiénicos utiliza en la necesidad de eliminación? La modificación de estos hábitos ¿le causa algún tipo de problema?
- ¿Conoce medidas no medicamentosas de ayuda? (masajes, dieta, hidratación, ejercicio físico), ¿cuáles?
- En la actualidad. ¿tiene algún problema relacionado con la necesidad de eliminación? (Ardor al orinar, necesidad de laxantes para evacuar, hemorroides. dolor al defecar u orinar, dolor menstrual, etc.)
- En caso de problemas en la eliminación (incontinencia, colostomías, sudoración excesiva o de olor desagradable), ¿cómo le afectan en su autoconcepto / autoimagen y en su vida de relación?
- En el supuesto anterior, ¿realiza o ha realizado los aprendizajes necesarios para resolver o neutralizar el problema?

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Factores que influyen en esta necesidad

- **Biofisiológicos.** Constitución y capacidad física (nivel de energía individual, edad, crecimiento y desarrollo físico).
- **Psicológicos.** Emociones, personalidad de base y estado de ánimo.
- **Socioculturales.** Influencias familiares y socioculturales (hábitos, aprendizajes. raza, valores, creencias y costumbres, rol social, organización social. tiempo dedicado a la actividad / ejercicio, hábitos de ocio / trabajo, entorno físico lejano (clima, temperatura. altitud). entorno físico próximo (temperatura. mobiliario, barreras ambientales).

Observaciones

- Estado del sistema músculo esquelético (fuerza / debilidad muscular, firmeza en la marcha, tono muscular, gama de movimientos, postura adecuada de pie, sentado y acostado), necesidad de ayuda para la deambulación y/o mantenimiento de una postura correcta, coordinación voluntaria, presencia de temblores, ritmo de movimientos; constantes vitales (pulso, tensión arterial).
- Estados de apatía, de postración, estado de conciencia, estados depresivos, sobreexcitación agresividad.
- Cualidades ergonómicas de su entorno inmediato.

Interacciones

- ¿Cuál es su postura habitual relacionada con su ocupación, rol social o pertenencia a determinado grupo cultural?
- ¿Cuántas horas del día cree Ud. que está sentado, andando, de pie, reclinado? ¿Se considera una persona activa o sedentaria?
- ¿Conoce la importancia de esta necesidad y medidas saludables de vida con respecto a ella? (Consecuencias de la hipoactividad o de malas posturas prolongadas, elección de mobiliario y calzado adecuado, etc.)
- ¿Sabe cómo realizar ejercicios activos y pasivos que mejoren la movilidad y la tonicidad muscular?
- ¿Cómo influyen sus emociones en esta necesidad?
- ¿Cómo influyen sus creencias y/o valores de comunicación intercultural en esta necesidad? (Posturas y movimientos aceptados por determinadas culturas,...)

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Factores que influyen en esta necesidad

- Biofisiológicos. Edad, ejercicio, alimentación / hidratación.
- Psicológicos. Estados emocionales. Ansiedad, estrés, estado de ánimo, hipnograma (características del sueño de la persona).
- Socioculturales. Influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, normas sociales, prácticas culturales -siesta-), trabajo, entorno próximo o del hábitat (iluminación, ruido, colores, mobiliario), entorno lejano (clima, altitud, temperatura), creencias y valores, estilo de vida (horario de trabajo....)

Observaciones

- Nivel de ansiedad / estrés, lenguaje no verbal (ojeras, postura, bostezos, concentración y atención), estado que presentan los ojos (enrojecimiento, hinchazón), expresión de irritabilidad o fatiga, dolor, inquietud, laxitud y apatía, cefaleas. Estado de conciencia y respuesta a estímulos.
- Condiciones del entorno que ayudan / impiden la satisfacción de esta necesidad (sonido, luz, temperatura, adaptación de la cama, colchón, almohada o ropa, a la talla o situación de la persona).

Interacciones

- ¿Cuál es su patrón y tipo habitual de sueño? (Horas, horario, duración, siestas. si se despierta por la noche, necesidad de levantarse durante la noche, sueño profundo, si se despierta con estímulos suaves o no,...) ¿Le resulta suficiente o adecuado?
- Habitualmente, ¿duerme solo / a o acompañado / a?

- ¿Los cambios en el entorno, en su situación y hábitos, modifican o alteran su patrón de sueño? Especificar cuáles y cómo.
- ¿Cuánto tiempo necesita habitualmente para conciliar el sueño?
- ¿Cómo la influyen las emociones en la necesidad de dormir y reposar? (En situaciones de estrés, ansiedad, modificaciones en el peso, en constantes vitales, etc.)
- ¿Sabe cómo reducir o controlar las tensiones y el dolor?
- ¿Qué hace normalmente cuando necesita descansar? (Leer, dormir, relajarse, etc.) ¿Hay algo que interfiera en su descanso en este momento?
- ¿Qué sentido tiene para Ud. el dormir? (Como rutina, obligación, placer, relajación, evasión, compensación.) ¿Conoce los efectos positivos y negativos de cada una de estas formas de comportamiento?
- ¿Tiene sueños / pesadillas cuando duerme?
- ¿Utiliza algún medio con el fin de facilitar el sueño? (masajes, relajación, visualización, música, entretenimiento, lectura.)
- ¿Utiliza algún medicamento para dormir o estimularse? Si lo utiliza ¿Conoce sus efectos?
- ¿Cuánto tiempo diario utiliza para el reposo / descanso?, ¿donde?(trabajo, casa, entorno social –masajista, bar...-.)

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Factores que influyen esta necesidad

- **Biofisiológicos.** Edad, desarrollo psicomotor, talla corporal, tipo de actividades.
- **Psicológicos.** Emociones (Alegría, tristeza, ira), personalidad de base, estado de ánimo y autoimagen.

- Socioculturales. Influencias familiares (hábitos, aprendizajes), status social, trabajo, cultura (moda, pertenencia a un determinado grupo social, actitudes de reserva y pudor), creencias (uso del color negro para expresar duelo), religión, significado personal de la ropa, entorno próximo (temperatura del hábitat) entorno lejano (clima, temperatura, medio rural / urbano).

Observaciones

- Edad, peso, estatura, sexo, handicap. Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse.
- Utilización incontrolada del vestirse y desvestirse (negativa, exhibicionismo, desinterés / rechazo frente a la necesidad, apropiación de los vestidos de otros), vestido incompleto, descuidado, sucio o inadecuado a la situación. Tipo y cantidad de accesorios / abalorios.
- Condiciones del entorno (espacio para guardar la ropa limpia y sucia, para lavarla, secarla).

Interacciones

- ¿Qué significado tiene la ropa en cuanto a su imagen o cobertura de alguna otra necesidad? (Autoestima, relaciones con los demás. etc.)
- ¿Cree que el modo de vestir marca diferencias personales, sociales, culturales, etc.?
- ¿Puede decidir por sí mismo/a la ropa que se pone habitualmente? (En el hospital, residencia de ancianos, trabajo ...)
- ¿Conoce la relación entre calidad / cantidad de ropa necesaria para la adecuada acomodación al propio cuerpo y a la temperatura ambiente?
- ¿Necesita algún tipo de ayuda para decidir el tipo de ropa o para vestirse / desvestirse? En caso afirmativo. ¿conoce cómo adaptarse a una limitación o handicap en esta necesidad y dispone de los recursos materiales o humanos para ello? (Ante una dificultad en abrocharse los botones,

cambiarlos por velcro como sistema de cierre, disponer de más tiempo para realizarlo, etc.)

- Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿se afecta su modo de vestir?. ¿cómo?
- ¿Tiene algún objeto accesorio del vestir que tenga significación especial para Ud.?, ¿cuál es?
- ¿Tiene algún tipo de indumentaria relacionada con valores creencias que considere necesario mantener?
- ¿De qué forma le afecta el vestirse o desvestirse en un sitio extraño, ante personas o con ayuda de otras personas? (Intimidad,...)

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Factores que influyen en esta necesidad

- Biofisiológicos. Edad, sexo, ejercicio, tipo de alimentación, ritmos circadianos.
- Psicológicos. Ansiedad, emociones.
- Socioculturales. Entorno físico próximo (casa, lugar de trabajo, habitación), entorno físico lejano (clima, altitud, temperatura). raza o procedencia étnica / geográfica, status económico.

Observaciones

- Constantes vitales (temperatura), coloración de la piel, transpiración temperatura ambiental
- Disconfort, irritabilidad, apatía.
- Condiciones del entorno físico próximo que ayuden / limiten la satisfacción de esta necesidad (sistemas de calefacción, control sobre ellos, etc.).

Interacciones

- ¿Qué temperatura le produce sensación de bienestar, el calor o el frío? ¿Se adapta fácilmente a los cambios de temperatura ambiental?
- ¿Tiene alguna creencia o valor que mediatice sus comportamientos en la necesidad de termorregulación? (Uso de alcohol para entrar en calor,...)
- ¿Qué recursos utiliza (bebidas calientes, ropa, actividades físicas, aire acondicionado) y qué limitaciones -de conocimiento, económicas- tiene en las situaciones de cambios de temperatura?
- Las emociones intensas (miedo, ansiedad, ira,...) ¿cómo le afectan esta necesidad?, ¿sabe cómo controlarlas?

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Factores que influyen en esta necesidad

- Biofisiológicos. Edad, desarrollo, alimentación, ejercicio / movimiento, temperatura corporal.
- Psicológicos. Emociones, estado de ánimo, inteligencia, autoimagen, psicomotricidad.
- Socioculturales. Cultura, educación, corrientes sociales, modas (productos de belleza), organización social (casa, lugar de trabajo), influencias familiares (hábitos y aprendizajes), ambiente lejano (clima, temperatura ambiente).

Observaciones

- Capacidad de movimiento, estado de la piel (color, textura, turgencia, presencia de manchas, temperatura, humedad, lesiones), estado del cabello, uñas, orejas, ojos, nariz, boca, (aliento, dientes,...) y mucosas, olor corporal.

- Expresión facial / corporal de confort, efectos del baño o ducha (relajación física y psicológica).
- Condiciones del entorno (equipamiento y material adaptados a las necesidades individuales y hábitos personales).

Interacciones

- ¿Conoce la relación entre estilo de vida y satisfacción de esta necesidad?
- ¿Qué significado tiene para Ud. la limpieza? (Autoimagen, reflejo del estado emocional, relación o comunicación con los demás,...)
- Describa la forma en que cuida de su cuerpo en relación con las actividades de higiene (tipo, frecuencia, cantidad).
- ¿Cómo le afecta el hecho de que sus necesidades de higiene sean satisfechas con ayuda de otra persona o ante personas?
- ¿Tiene preferencias horarias respecto a su aseo diario?
- ¿Qué hábitos higiénicos considera imprescindibles mantener? (Lavarse dientes o manos después / antes de comer o eliminar,...)
- ¿Tiene por costumbre utilizar algún producto específico? (Colonias, antisépticos bucales. compresas. cremas...)
- ¿Existen condiciones en su entorno inmediato-que limitan o imposibilitan unos hábitos saludables de higiene? (Creencias o valores familiares -no lavarse durante la regía. no debe lavarse la cabeza a diario. ducha a diario nociva....-. condiciones de hábitat. -equipamiento, material. condiciones económicas, creencias personales. modas.)
- Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto. ¿se afecta su necesidad de higiene?, ¿cómo? (influencia de emociones: aumento de transpiración, secreciones, etc.)

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Factores que influyen en esta necesidad

- **Biofisiológicos.** Edad, etapa del desarrollo, mecanismos de defensa fisiológicos (termorregulación, sistema inmunológico), estabilidad psicomotora.
- **Psicológicos.** Mecanismos de defensa, métodos de afrontamiento (competencias personales), estrés, estabilidad psíquica, personalidad de base, emociones y diferentes estados de ánimo.
- **Socioculturales.** Sistemas de apoyo familiar y social, cultura, religión. Educación, status socioeconómico, rol social, estilo de vida, organización social, valores y creencias, entorno lejano (clima, temperatura, humedad, ruido, etc. entorno próximo (iluminación, mobiliario, ruidos. etc.)

Observaciones

- Integridad neuromuscular, de los sentidos y del sistema inmunológico.
- Ansiedad, falta de control, falta de habilidades de afrontamiento, absentismo laboral, somatizaciones, aspecto descuidado, inhibición, desconfianza, agresividad, alteraciones en la sensibilidad o en la conciencia originadas por sobre-exposición a estímulos o por privación. interacciones con personas significativas. comportamientos peligrosos.
- Autoconcepto / autoestima (si protege o evita mirar o tocar zonas de su cuerpo, armonía en el aspecto físico, existencia de cicatrices, deformidades congénitas o no, alteraciones en el funcionamiento del cuerpo).
- Condiciones del ambiente próximo (temperatura, humedad, iluminación, barreras ambientales -suelo encerado, mojado, barandillas en la cama, etc.- (ruidos). salubridad del ambiente lejano (alcantarillas, contaminación...)

Interacciones

- ¿Qué miembros componen su familia de pertenencia? ¿Qué miembros componen sus familias de referencia?
- ¿Cómo influyen las emociones intensas en su necesidad de seguridad física y psicológica? (Se queda paralizado. hiperactivo,...)
- ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su trabajo y en su casa? (Almacenaje de productos tóxicos o de limpieza, medicamentos, conducciones de gas, sistema eléctrico, etc.) ¿Las utiliza? ¿Controla su funcionamiento periódicamente?
- ¿Realiza los controles de salud periódicos recomendados para cada edad y situación de la persona y familia? (Cartilla de vacunaciones infantil, vacunaciones antigripales en el anciano o personas de riesgo. vacunaciones y control de animales domésticos. revisiones médicas. control de la tensión arterial. etc.)
- ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? (- Examen periódico de mamas. testículos, visión. audición . etc.) ¿Las utiliza?
- Sí necesita algún tipo de ayuda (para la deambulaci3n, visi3n, adici3n. etc.). ¿la utiliza y est3 adaptada a sus necesidades?
- ¿Conoce las medidas de prevenci3n de enfermedades infectocontagiosas y agresiones del entorno? (Tormentas. rayos. inundaciones. fuego.) ¿Las utiliza?
- ¿De qu3 modo maneja las situaciones de tensi3n en su vida? (enfadarse consigo mismo o con los dem3s, culpabilizar a los dem3s de su situaci3n, hablar con la persona que est3 implicada en el problema, sentirse ansioso, rezar, leer, escuchar m3sica o realizar actividades relajantes, dedicarse a actividades intelectuales infravalorarse, adoptar un comportamiento inhibido, sumiso o activo.)
- ¿De qu3 forma maneja su familia las situaciones de estr3s? (Flexibilidad en el rol, qui3n toma las decisiones soluci3n a la disparidad de criterios entre los miembros deL grupo familiar.)

- ¿Cuál es el rol y status que ocupa en la familia?
- ¿Ha sufrido alguna alteración física que haya alterado su autoimagen / autoconcepto?
- ¿Es o ha sido más difícil de lo previsible aceptar los cambios ocurridos a raíz de una situación de cambio o crisis? (Enfermedad amputación. cirugía...)
- ¿Pertenece a alguna organización, asociación o grupo social o religioso?
¿Le proporciona sentimientos de pertenencia y seguridad?
- ¿Qué personas o grupos le han ayudado a sobrellevar la situación de crisis?, ¿cómo?
- ¿Qué personas pueden ayudarle en la actualidad? (Familia, amigos, vecinos.) ¿Cuáles cree Ud. que le aportan sentimientos de seguridad y que estarían dispuestas a ayudarle?.
- ¿Cómo ha reaccionado la familia ante sus problemas actuales de salud? (Actitud de aceptación y apoyo, rechazo, abandono o indiferencia.)
- En situaciones anteriores de crisis o de cambio. ¿ha sido capaz de identificar las necesidades de apoyo, las personas-recurso que pueden prestarlo y abiertamente?
- ¿Cómo percibe su situación actual en cuanto a mantener un tipo de vida en armonía consigo y con su entorno?
- ¿Cuáles son sus metas en un futuro próximo (3 - 5 años)? ¿cómo planea lograrlas?
- ¿Dispone de espacio propio en su entorno inmediato -casa, trabajo u hospital-? En caso negativo. ¿en qué medida le afecta en sus sentimientos de seguridad psíquica?
- ¿Se encuentra en una situación económica que le proporciona seguridad física y psicológica? ¿Prevé cambios? ¿Le preocupa respecto al futuro?
- ¿Se encuentra en una situación afectiva que le proporciona seguridad? ¿Prevé cambios? ¿Le preocupa respecto al futuro?

- ¿Tiene sentimientos de control sobre sí mismo (equilibrio entre dependencia e interdependencia) y sobre el medio?
- ¿Cuáles son sus hábitos respecto a drogas, alcohol, tabaco, café, té, bebidas con cola y medicamentos?
- ¿Qué cantidad día / semana consume? ¿En compañía o en solitario? ¿Cuál /es cree Ud. que es/son las causas de este consumo?
- Conoce los efectos del consumo de estas sustancias sobre su salud y sus relaciones?
- ¿Conoce técnicas para mejorar su estado de bienestar. su salud. sus relaciones consigo mismo y con los demás. y para aumentar las competencias en el manejo del estrés? (Técnicas de asertividad, técnicas de relajación. técnicas de resolución de problemas....)

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Factores que influyen esta necesidad

- **Biofisiológicos:** Integridad de los órganos de los sentidos, edad. etapa del desarrollo.
- **Psicológicos.** Inteligencia. percepción. memoria. conciencia (atención. orientación), carácter. estado de ánimo, humor de base, auto-concepto, pensamiento.
- **Socioculturales.** Entorno físico próximo (personas. lugares), entorno físico lejano (vías de acceso, vivienda aislada). cultura, status social, rol,. nivel educativo, influencias familiares y socioculturales (hábitos y aprendizajes, valores y creencias de la familia / grupo social). profesión.

Observaciones

- Estado de los órganos de los sentidos (en caso de prótesis. adecuación de éstas) y del sistema neuromuscular.
- Dificultad respiratoria, fatiga y debilidad
- Comunicación verbal (directa y abierta. poco clara o evasiva, habilidades de comunicación –asertividad, feedback. etc.-, barreras idiomáticas, dificultades en la fonación (tartamudeo, balbuceos,...). Comunicación no verbal (contacto visual. lenguaje corporal, gestos, tono de voz, congruencia con la verbal, expresión de sentimientos por el tacto). Utilización de la expresión escrita.
- Cantidad y calidad de las interacciones Con la familia y con las personas del entorno (facilidad de expresión de sentimientos y pensamientos. pertenencia a grupos; relaciones armoniosas con la familia, grupos, etc.)
- Actitudes facilitadoras de la relación (confianza. receptividad, empatía. compromiso, concreción, disponibilidad).
- Utilización de mecanismos de defensa (negación, inhibición. Agresividad / hostilidad, desplazamiento, etc.)
- Condiciones del entorno que ayudan / limitan la satisfacción de esta necesidad (sonorización, luz, intimidad. compañía. etc.)

Interacciones

- ¿En qué medida le ha afectado en su necesidad de comunicación. la existencia de limitaciones físicas. enfermedad. cicatrices? (A nivel personal, familiar y de relaciones con los demás.)
- De las personas significativas de que dispone como recurso, ¿con cuáles puede intercambiar puntos de vista o compartir problemas o inquietudes? ¿Puede hacerlo a menudo o cuando cree necesario?
- ¿Cuánto tiempo pasa solo/a?, ¿por qué? ¿Con cuántas personas suele relacionarse diariamente?

- ¿Tiene contactos sociales en forma regular y que le resulten satisfactorios?
- ¿De qué forma expresa generalmente sus sentimientos y pensamientos a los demás (verbal y directamente. indirectamente, a través de alusiones y del comportamiento)? Si en alguna situación no los expresa, ¿cuándo y por qué?, ¿cómo se siente?
- ¿Cree necesario y/o adecuado manifestar lo que siente u opina a su familia o amigos?. ¿por qué?
- ¿Se encuentra a gusto siendo tal como es en relación a si mismo o a los demás (familia. Amigos, colaboradores, compañeros) en cuanto al aspecto físico –peso, apariencia-. psicológico y social?
- ¿Qué tipo de humor tiene por lo general? (Deprimido, alegre.) ¿Tiene a menudo cambios en el humor?, ¿Le causa problemas de relación consigo mismo o con los demás?
- ¿De qué manera se relaciona su familia como un todo? (Reuniones periódicas, celebraciones.)
- ¿Qué posición ocupa en el seno de su familia? ¿Cómo se ve usted? ¿Cómo le ven los demás?
- ¿Existe algún conflicto importante de relación con su familia y/o entre los miembros del grupo familiar?
- ¿Con cuál de sus familiares tiene mejor relación?. ¿por qué?
- ¿Qué otras personas son importantes para usted? ¿Cómo se ve en la relación con los demás? ¿Qué cree que esperan de Ud.?
- ¿En qué tipo de vivienda habita? (Número de habitaciones, espacio.) ¿Le afecta en su necesidad de comunicación?
- Si tiene problemas de espacio físico en su entorno inmediato, ¿le afecta en su necesidad de comunicación?
- tiene algún tipo de mascota o animal doméstico? ¿De qué manera le ayuda en su necesidad de comunicación? (Le hace compañía, le hace sentirse seguro/a....)

- Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto. ¿se afecta su necesidad de comunicación?, ¿cómo? (Arreglo físico, aislamiento, búsqueda de relaciones, inactividad / hiperactividad, problemas de concentración / atención. de expresión, etc.)
- ¿Tiene sentimientos. pensamientos o comportamientos competitivos con alguien de su familia o amigos? (Aspectos materiales, de status, físicos.) Si su situación actual los modifica, ¿en qué medida le preocupa y le afecta?
- ¿Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria para Ud.? En caso negativo. ¿le resulta un problema digno de mención? En caso afirmativo, ¿cree que la causa es personal o situacional?

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS y VALORES

Factores que influyen esta necesidad

Biofisiológicos. Edad y etapa de desarrollo, integridad del sistema neuromuscular.

Psicológicos. Emociones, actitudes, estado de ánimo. personalidad de base, pensamiento, inteligencia. percepción puntual del entorno (catástrofes, enfermedades,...).

Socioculturales. Cultura, religión y creencias (sentido de la vida y de la muerte, deseo de comunicarse con un ser supremo, deseo de vivir con una filosofía o ideales personales, noción de trascendencia). influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, patrones y estructura de la comunidad).

Observaciones

- Forma de vestir de la persona. familia y amigos (hábitos, vestimentas específicas de un grupo social o religioso) y actitud ante ello (si trata de esconder signos distintivos).

- Indicadores de valores en las interacciones (diálogo abierto, estimulante, motivador, etc.. utilización o evitación del tacto como medio de expresión).
- Nivel de integración de los valores en su vida diaria (realización de ritos, congruencia entre creencias / valores y comportamientos. etc.).
- Condiciones del entorno que ayudan / limitan la satisfacción de esta necesidad (existencia y accesibilidad a lugares de-terminados: iglesias. lugares de reunión y encuentros, etc.). Presencia de algún objeto, en el entorno próximo o en la propia persona, indicativo de determinados valores o creencias. Existencia de indicadores de valores en el ambiente (tipo de objetos -libros, publicaciones, muebles, objetos personales-, orden y conservación de tales objetos).

Interacciones

- ¿Cómo le influye el estado de ánimo. las tensiones o el estrés, en la satisfacción de esta necesidad?
- ¿En qué tipo de creencias religiosas fue educado en su infancia? ¿Cuáles de ellas son significativas ahora para Ud.?
- ¿Suponen una ayuda o le generan conflictos personales. familiares, o algún tipo de problema en su entorno? ¿Qué tipo de ritos o comportamientos (dietas, posturas. gestos....) asociados a sus creencias debe practicar? ¿Con qué frecuencia? ¿Con qué exigencias o requerimientos específicos? ¿Puede practicarlos sin dificultad en la actualidad?
- ¿Cuáles son los valores relevantes propios de su grupo familiar? (valor a la honestidad, a la unión familiar, al trabajo, al dinero, al éxito, al ocio, etc.) ¿Qué significan para Ud. en este momento? (Le suponen ayuda. conflicto....)
- ¿Cuáles son los valores relevantes propios de su grupo social? (Competitividad, éxito, conformidad, ayuda, solidaridad, etc.) ¿Qué significan para Ud. en este momento? (Le suponen ayuda. conflicto. etc.)

- ¿Cuáles son sus propios valores personales integrados en su estilo de vida? (importancia al trabajo, familia, salud, vida, muerte, dinero, amistad, disponibilidad...) ¿Qué orden de prioridad establece?
- ¿En qué medida sus valores personales están siendo alterados por su situación actual? ¿Qué sentimientos y pensamientos problemáticos para Ud. le provoca esta situación?
- ¿En caso de necesidad, desearía tener la oportunidad de expresar sus últimas voluntades? (Donación de órganos. servicios religiosos. testamentos, cartas, etc.)

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Factores que influyen en esta necesidad

- Biofisiológicos. Edad, etapa de desarrollo, constitución. capacidades físicas.
- Psicológicos. Emociones. personalidad de base, inteligencia. estado de ánimo.
- Socioculturales. Influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes. valores. creencias, demandas sociales). cultura. educación, rol. status, posibilidad de realizar un trabajo satisfactorio.

Observaciones

- Estado del sistema neuromuscular, del sistema nervioso y de los sentidos.
- Relaciones armoniosas consigo mismo y con las demás personas que le rodean.
- Distribución equilibrada entre el tiempo dedicado al trabajo y a las actividades de ocio y relación.

- Autoconcepto positivo / negativo de si mismo (apariencia física , postura, expresión). Conciencia de sus capacidades y limitaciones de forma realista, capacidad de decisión y resolución de problemas.

Interacciones

- ¿Que tipo de trabajo u ocupación realiza? (intelectual o físico). ¿Cuánto tiempo le dedica?. ¿Qué energías personales y nivel de implicación le supone su trabajo?
- ¿Cómo se siente en relación a su trabajo? (Satisfactorio, valorado, participación, relación con sus superiores iguales y/o inferiores, posibilidades de promoción.)
- Su remuneración, ¿le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?
- Su rol profesional. ¿le supone tener que superar algún conflicto con otros roles familiares o sociales? (Madre, padre. policías. etc.)
- ¿Se ha producido o puede producirse alguna modificación en sus roles a raíz de su situación actual? ¿Qué tipo de problemas le ha supuesto? ¿Ha recibido ayuda de su grupo familiar en la nueva distribución de roles? ¿Ha recibido apoyo en su grupo de trabajo?
- ¿Cómo ve usted esta actual situación de cambio? (Pérdida del status, incapacidad de adaptarse al nuevo rol, incapacidad asimismo del grupo familiar para proporcionar ayuda. disminución o no del autoconcepto, falta de expectativas, etc.)
- ¿De qué manera se enfrenta a la situación? (activa o pasivamente). ¿Se plantea formas alternativas ,de estilo de vida? (Nueva filosofía de vida adaptada ala situación. nuevas maneras de disfrutar en el tiempo libre y de enfocar el trabajo, modo de adaptarse a nuevos roles, relación con la familia y amigos.)
- ¿Las situaciones de tensión o conflicto influyen en la satisfacción de esta necesidad?. ¿de qué modo?

- ¿Conoce la existencia de los recursos de apoyo disponibles en la comunidad? (Asociaciones, grupos de autoayuda y de ayuda a los demás, ayuda profesional.) ¿Los utiliza o estaría dispuesto a utilizarlos?

13. NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Factores que influyen en esta necesidad

- **Biofisiológicos.** Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas
- **Psicológicos.** Madurez personal, sensopercepción, inteligencia, pensamiento, Emociones, motivación, personalidad de base, estado de ánimo, Autoconcepto.
- **Socioculturales.** Cultura, rol social (trabajo/ocio), influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, estructura de recursos y servicios), estilo de vida.

Observaciones

- Estado del sistema neuromuscular, integridad del sistema nervioso y de los sentidos.
- Estado de ánimo (sonrisas, risas, lloros, aspecto tranquilo y sereno, alegre y distendido, triste, apatía, indiferencia, agitación, inhibición...). Expresiones espontáneas directas o indirectas que indiquen aburrimiento (no sé qué hacer, las horas se hacen largas, el tiempo se hace eterno, etc.).
- Rechazo a este tipo de actividades (por aprendizajes o cogniciones erróneas).
- Comportamientos lúdicos en relación con el estado de desarrollo evolutivo de la persona.

- Condiciones del entorno que ayudan / limitan la satisfacción de esta necesidad (recursos de la institución. de la comunidad).
- Existencia de material que indique hobbies, pasatiempos u otras actividades recreativas (libros, colecciones. música. deporte,...).

Interacciones

- ¿Qué actividades recreativas o de ocio desarrolla en su tiempo libre? ¿Son importantes para Ud.? ¿Por qué? ¿Tiene alguien con quien llevarlas a cabo? En caso negativo. ¿es un problema para Ud.?
- Las situaciones de estrés y emociones intensas ¿le influyen en la satisfacción de esta necesidad?. ¿de qué modo?
- ¿Aprendió la importancia del uso del tiempo libre en su grupo familiar o bien la ha incorporado de adulto?
- ¿ Considera que el tiempo que Ud. dedica al ocio habitualmente es suficiente en proporción al tiempo y energía que dedica a su trabajo?
- ¿Tiene los recursos para poder dedicarse a cosas que le interesan (materiales, transporte, tiempo, energía...)? En caso negativo ¿ha encontrado alguna alternativa satisfactoria?
- ¿Conoce las diferentes posibilidades recreativas que tiene a su alcance en la comunidad?, ¿las utiliza?
- ¿Cuándo participó por última vez en alguna actividad lúdica o recreativa?
- ¿Ha tenido que introducir alguna modificación en este tipo de actividades debido a su situación actual? ¿Qué tipo de problema le ha supuesto? ¿Cómo vive esta situación de cambio?
- En caso de no haber realizado ningún cambio, ¿qué piensa hacer? ¿Cree que alguien (familia, enfermera, amigos...) puede ayudarle a encontrar la forma de satisfacer esta necesidad?

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Factores que influyen en esta necesidad

- Biofisiológicos. Edad, etapa de desarrollo. capacidades físicas.
- Psicológicos. Emociones. capacidad intelectual, motivación (significado del aprendizaje, importancia del conocer y aprender sobre sí mismo), carácter (activo, pasivo). estado de ánimo.
- Socioculturales. Educación. nivel socioeconómico, status según instrucción o educación. influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes, ambiente, estructura social), raza, religión, creencias de salud relacionadas con el sexo masculino o femenino.

Observaciones

- Capacidades físicas (órganos de los sentidos, estado del Sistema nervioso) y psicológicas (capacidad de autocuidado, interés por aprender y/o cambiar actitudes y comportamientos, capacidad de relación / comunicación, de compromiso).
- Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje (ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos...).
- Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje para resolver los problemas de salud (pregunta, escucha, demuestra interés / desinterés, propone alternativas, etc.).

Interacciones

- ¿Qué estudios ha realizado? ¿Puede leer, Escribir?
- ¿Las situaciones de emociones intensas le influyen en la satisfacción de esta necesidad?, ¿de qué modo?

- ¿Ha tenido alguna vez dificultades en aprender cosas nuevas? ¿Qué tipo de situaciones o cosas le han creado esta dificultad?
- ¿Cómo le resulta más fácil aprender o retener conceptos o habilidades nuevas? (Leyendo, escribiendo, observando, mirando, varias a la vez,...).
- ¿ha tenido alguna vez dificultad en poner en marcha y mantener comportamientos generadores de salud, que resultan de un nuevo aprendizaje? (Dejar de fumar, hacer ejercicio o dieta,...).
- ¿Tiene conocimientos sobre si mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, tratamiento y autocuidados necesarios? ¿Considera que son suficientes?
- ¿Tiene problemas de relación dignos de mencionar con su familia, amigos o personas significativas? En caso afirmativo ¿cree que aprender a mejorar la forma de comunicarse y relacionarse le ayudaría?
- ¿Tiene conocimientos sobre el ser humano y su desarrollo a lo largo del ciclo vital? ¿Considera que son suficientes para comprender las conductas de las personas significativas y relacionarse de forma satisfactoria?
- ¿Tiene suficiente conocimiento sobre la familia como grupo y su evolución a lo largo del ciclo familiar, que le permita comprender los comportamientos de sus miembros y hacer frente a las situaciones de cambio y de crisis de manera adaptativa?
- ¿Conoce las diferentes fuentes de apoyo de que dispone en la comunidad? ¿Sabe cómo utilizarlas? ¿Las utiliza? En caso negativo. ¿por qué?
- ¿Desearía incrementar sus aprendizajes en aspectos relativos a su salud / enfermedad? (Técnicas de autocontrol emocional, cambios en hábitos de vida, funcionamiento del propio cuerpo en situación de salud y enfermedad, alternativas en estilos de vida, procedimientos, etc.)

7.- CARACTERISTICAS DE LA ETAPA DE LA VIDA DE LA PERSONA "ADULTO MAYOR".

La Gerontología.

Es la ciencia que estudia el envejecimiento del ser humano en su mas amplio sentido y sus más diversos aspectos: biológico, médico, social, cultural y económico.

La Senescencia.

Es el período de envejecimiento, que habitualmente se extiende desde los sesenta años hasta los setenta y cinco.

Senectud y senilidad o vejez es el período de la vida que se extiende desde los setenta y cinco hasta el fin de la existencia.

Las etapas de la vida humana.(Hammerly 1995).

El ser humano después de la concepción, pasa por tres grandes períodos, el primero de evolución o crecimiento, el segundo de adultez y madurez y el tercer período de involución o envejecimiento.

I.- período de evolución y crecimiento: en este período hay una fase de vida intrauterina, llamada embrionaria en sus tres primeros meses hasta el nacimiento, y otra fase extrauterina. Esta comprende la primera infancia que va desde el nacimiento hasta completar la primera dentición o sea 30 meses o 2 ½ años. La segunda infancia que se extiende desde los 30 meses hasta el comienzo de la segunda dentición. La tercera infancia desde los seis años hasta la pubertad, vale decir cuando comienza a funcionar las glándulas sexuales. (Marcelo A. Hammerly 1995).

Adolescencia se que extiende desde los primeros signos de pubertad hasta el termino del crecimiento y el desarrollo, vale decir hasta que el organismo haya adquirido todo su desenvolvimiento físico, o sea, la adultez.

II.- período de adultez y de madurez psíquica: físicamente la adultez llega antes en la mujer que en el hombre. La madurez física no se alcanza en el hombre sino en los primeros años de la tercera década. En lo sucesivo; los cambios físicos que se produzcan serán más bien una tendencia a la involución.

Psicológicamente, sin embargo, se producen cambios graduales que pueden llevar a la verdadera madurez del carácter del adulto meta que desafortunadamente no alcanzan todos. El adulto psíquicamente maduro tendrá una razonable confianza en sí mismo, una sensación de libertad que se utiliza con responsabilidad y que le permite autodeterminación.

Se siente cómo con la realidad y consigo mismo; comprende sus capacidades y sus limitaciones; reconoce sus defectos y sus lagunas en sus conocimientos y que se esfuerza por corregir y trata de aprender lo que necesita.

Es su más amplia visión de sus problemas y de los problemas de los demás. Se hace más tolerante, más estable emocionalmente, más perseverante para actuar según sus planes a largo alcance.

Conserva su entusiasmo, pero cuando es necesario es capaz de cambiar sus gustos y opiniones. Aumenta sus conocimientos, pero más aumenta es su sabiduría. Desarrolla un sentido de humor que le permitirá sobreponerse a las contrariedades que sobrevengan. Serán normales y gratas las relaciones con los demás, sean miembros de la familia, compañeros de tarea, con superiores o subordinados.

Otra manifestación de madurez psíquica, es el ser capaz de estar a solas, de poder sentirse a gusto en su propia compañía y con sus pensamientos o entretenerse con trabajos o aficiones que pueden realizarse a solas.

Como se interesa también por los demás, terminarán por interesarse en él.

De la etapa de adulto joven se pasa insensiblemente a la adultez madura y tardía entrando así en el tercer período.

III.- Período de involución o de envejecimiento: se considera que el periodo de envejecimiento o de senescencia se extiende desde los 60 años hasta aproximadamente los setenta y cinco. Al llegar a esta edad se entra a la senectud o senilidad.

Como se comprenderá fácilmente, estas cifras son muy relativas, pues no siempre la edad cronológica (los años, según dan fé los documentos) corresponde a la edad biológica, vale decir a la edad que parece tener o representa la persona.

Todos los lectores conocerán personas que representan mucho más edad de la que tienen y otras que, después de los 70 años, parecen estar aún en la madurez tardía, física y psíquicamente.

Además es evidente, como lo sostienen los especializados en geriatría, que desde los 40 años de edad se producen ya en el organismo cambios involuntarios que si se quieren retardar la senescencia y la senectud es indispensable que entre los 40 y los 60 años el médico del paciente o el geriatra traten de mantener una salud optima en el paciente y de enseñarle a vivir en forma saludable. Solamente así será posible prevenir o retardar las enfermedades degenerativas, principalmente las del aparato cardiovascular.

Esta prevención en la madurez tardía tendrá gran valor no solamente para "añadir años a la vida" sino para "añadir vida a los años".

En realidad el objeto de la geriatría es el de contribuir a la mejor salud física y mental del senescente o del anciano.

Se ha observado que habitualmente entre los 65 y los 70 años no hay aún cansancio psíquico, ni deterioro marcado del organismo, ni aumento acentuado de la sequedad de la piel, ni el deseo de apartarse de los demás o de cambiar de hábitos. Entre los 70 y los 75 años, hay frecuentemente una marcada disminución de la energía, con cansancio fácil, pero deseo de participar en actividades, sequedad de la piel y manifestaciones de enfermedades crónicas. (Hammerly 1995).

De los 75 años en adelante, es habitual la gran fatigabilidad, la poca energía, disminución del interés por lo que lo rodea, profundas arrugas, elevado porcentaje de enfermedades crónicas.

Cambios que producen el envejecimiento. Son estos muy variables de una persona a otra dependiendo en parte de las infecciones, intoxicaciones (tabaco, alcohol, etc.), enfermedades, traumas psíquicas y emocionales, tipo de alimentación o de extremos como haber trabajado con exceso o por el contrario haber llevado una vida de indolencia e inactividad. Otro factor importante es la herencia biológica que nos han transmitido, para bien o para mal nuestros antepasados.

Cambios en la estructura del organismo.

Durante la senescencia se produce una gradual atrofia de diversos órganos, tales como los riñones, hígado, páncreas, tiroides y otras glándulas de secreción interna.

En el corazón y las arterias se producen en mayor o menor grado, cambios como la arteriosclerosis, se producen además cambios en la facultad de regular las

funciones del organismo, como por ejemplo, una menor tolerancia a las temperaturas muy bajas o elevadas o una mayor dificultad para regular variaciones grandes de glucosa de la sangre.

Disminuye el metabolismo con la edad, por lo que es necesario un menor consumo de calorías para evitar el aumento inútil de peso.

Los síntomas de las enfermedades son menos ruidosos en el anciano que en el adulto joven. Así, por ejemplo, una neumonía lobar, en una persona de 20 años produce un cuadro ruidoso, puede manifestarse en una persona de edad avanzada solamente por moderada fiebre, leve tos y aceleración de la respiración.

El comienzo de las enfermedades crónicas en el anciano es silencioso. Debe buscarse con atención. Falta de paralelismo en el proceso de senescencia. No todo el organismo, ni todas sus funciones sufren simultáneamente el proceso de senescencia. Así, por ejemplo, la capacidad para el trabajo físico pesado, bien marcadas en la cercanías de los 20 años, puede aumentar algo hasta los 35 años, luego declina lentamente hasta los 45 y con mayor rapidez después de los 50. Esto no significa dejar el trabajo físico, por el contrario conviene mantener la actividad física, aunque moderándola al llegar a la senescencia. (Hammerly 1995).

La actividad intelectual continúa en pleno vigor a los 55 años y en personas que siguen estudiando, leyendo o ejercitando sus facultades intelectuales pueden mantenerse hasta una avanzada edad.

Aunque las personas cierta edad tienen que aprender cosas nuevas, la capacidad de comprender disminuye muy lentamente conserva la voluntad de aprender. La memoria disminuye, pero el juicio crítico se acrecenta.

La rigidez mental que se atribuye a la ancianidad se debe, ya sea a la falta de madurez intelectual o emocional o a que en la adultez la persona ha sido muy rutinaria, interesándose por muy pocas cosas.

Si se ha tenido antes de la senescencia intereses variados, amplitud de miras y diversas actividades, no se manifestará rigidez mental en la vejez, especialmente si el paciente siente que su vida tiene un propósito.

En ese sentido es útil permitir al anciano trabajar en algo que le agrade y que se adapte a su capacidad física.

¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes en la senescencia y senectud?

Los estudios demuestran que la invalidez y mortalidad del anciano son producidas por las afecciones circulatorias:

Hipertensión arterial, arteriosclerosis de diversos órganos (como arterias cerebrales, arterias coronarias, de los riñones, etc.) y lesiones el corazón. En otros pacientes se observan diabetes, artritis y otras formas de reumatismo crónico como gota, anemia, afecciones renales y tumores malignos.

¿Cómo prepararse para la ancianidad?

Entre los 40 a los 60 años llevar una vida saludable y se practique lo que se ha llamado el balance periódico de la salud. Cada año, si a menudo se aparecen síntomas anormales, si se ha descubierto alguna anomalía, se indicará el tratamiento adecuado.

La preparación para la jubilación o el retiro en la actividad habitual. Es indispensable que el jubilado planee alguna ocupación que le agrade y sea liviana, para el día que se retire de su trabajo habitual, eso hará que se sienta útil.

Preparación económica. Será prudente hacer planes para evitar pasar en la estrechez los últimos años de la vida.

¿Dónde vivir?. Es bueno en general mantener el mismo hogar donde se han cuidado a los hijos.

Alimentación del anciano. El anciano puede a veces caer en el extremo de comer mas de lo necesario o por el contrario, el resultado habitual en estos casos es que la alimentación es incompleta e insuficiente. Produce desnutrición y disminución de las defensas del organismo.

El metabolismo basal del anciano decrece del 10 al 15 % lo que hace disminuir la actividad de calorías en esa posición los alimentos que se utilicen serán a base de verduras, frutas, cereales, etc.

La preparación de los alimentos, hay que evitar frituras, condimentos, irritantes, evitar todos los alimentos pesados o difíciles de digerir. Distribuir las comidas en pocas cantidades para el anciano sano. (Hammerly 1995).

La Cultura "TZOTZIL".

El pueblo indígena Tzotzil de "San Bartolomé de los Llanos" se sitúa en la depresión central del Estado de Chiapas, no se sabe aún el origen exacto, aunque se presume provenir del grupo étnico Coxoh-mayense.

El antecedente histórico de su fundación se supone a partir de 1768-1969 dato que aporta su primer título de posesión de tierras comunales por 70,142 hectáreas con fecha 20 de enero 1769.

En el año de 1806 éste pueblo indígena contaba con 8,655 habitantes. 11.5% ladinos y 88.5% indios Tzotziles. Es un pueblo con aguda sensibilidad política, incansable en la lucha por las tierras, contra la opresión y la injusticia.

Fué implacablemente por las Leyes de la Reforma Liberal; convirtiendo las etnias en proveedores de mano de obra y servidumbre. El “mapachismo”, movimiento político militar de los finqueros afín al régimen Obregonista fué el medio que mantuvo a perpetuidad la desigualdad económica y social.

A partir de los años treinta, se tiene noticias de la llegada del primer maestro rural, con ideas de la Revolución Mexicana y su programa de educación Vasconcelista el Profesor Donaciano Zamudio de quién el paciente Bartolomé Vázquez Chahal recibió algunas clases extramuro. San Bartolomé de los Llanos fué y sigue siendo el centro político y social de enorme fuerza nacional en la lucha agraria, donde se expresa las condiciones difíciles de los campesinos quienes se resisten a desaparecer ante los intentos ya milenarios. Ante proyectos gubernamentales, caciques, ganaderos y terratenientes.

La tradición india es rica y variada, sobresale el tejido y bordados de algodón con telares muy rudimentarios. La indumentaria consiste en pantalón blanco con bordados de colores, sobresaliendo el rojo, camisa tejida con bordados blancos hasta el ombligo, cinturón bordado color rojo de 2 mts. de largo, que se enrolla en la cintura, sombrero de palma y huarache de cuero. En cuanto a la religión es católico tradicionalista al 100%. El patrono es San Bartolomé Apóstol, le sigue San Sebastián, el Señor del Pozo y San Pedro Mártir a quienes le celebran sus fiestas con “carrerantes”, otras ceremonias importantes son las visitas y celebraciones de la Santa Cruz en el mes de Mayo, en los cerros de San Bartolomé y de Laja Tendida, el Carnaval, El encendido del fuego nuevo con piedras de pedernal para el Sábado de Gloria.

De las festividades religiosas importantes en la fiesta de San Sebastián y el de San Pedro Mártir hacen “carrerantes”, o sea, carreras a caballo, adornan muy bien el caballo con cascabel, tapa-ojo bordado y el jinete con una ropa especial del indígena con pañuelo amarrado en la cabeza y hombros, sombrero con forro

negro, chaleco color rojo, aparte del calzón blanco encima va otro corto de color rojo con ojillos.

En el carnaval los indígenas que participan se disfrazan de ladinos, chamulas o negritos. El jefe de cada uno de esos grupos son:

Jefe de carnaval ladino: Totilal Larinó.

Jefe de los chamulas: Totilal chamoooc.

Jefe de los negritos: Totilal ikaletik.

En la fiesta del Señor del Pozo. El día Martes de la tercera semana de Semana Santa, en una casa de los indígenas se reúnen de 30 a 40 personas para elaborar el arco de flores, para el altar mayor.

Hacen colección de flor de Mayo de diferentes colores como son: amarillo, rojo, blanco, rojo matizado, hojas de Tempisque, Maravilla y el tubérculo de la flor de azucena que en dialecto se dice: Momol Chovock, Pejel nichim, tzeman, chul reiná.

Hay un dirigente de estos trabajos que va distribuyendo las figuras que se van haciendo. Los más ancianos confeccionan el armazón del arco hecha con carrizos partidos a la mitad, de una altura de 2.5 mts. de altura, en donde cabe 24 círculos, cada círculo relleno de flores tienen nombres como:

Tzopol nichim: apunado de flor.

Chul-kanal: estrella.

Chul-on: corazón.

Chul-potenciá: fuerza.

Chul-uh: mes.

Chack-pulán: amanecer.

Chul-canal: estrella.

Chul-martirio: martillo.

Chabal chul cruz: cruz vacia.

Tzahal-chul cruz: cruz roja.

El Miércoles a las tres de la mañana se la llevan a la iglesia del Señor del Pozo, acompañado de música de viento, rezos, cohetes, velas, flores, muchísima gente que viene de los diferentes pueblos vecinos, en todo el pueblo, hay vendimias, cenadurías, cantinas, juegos mecánicos como el caballito, la rueda de la fortuna, la lotería, etc. duran las festividades aproximadamente una semana, los indígenas ahorran durante mucho tiempo para comprar petates, cubetas de hojalata, molinos manuales, cobijas; todos los indígenas niños, jóvenes y adultos estrenan sus trajes típicos de la región.

En Semana Santa la Semana Mayor escogen un árbol de chobock para colgar al Shutach (judas), éste lo hacen de tallo de plátano y lo visten con el traje de carrerante, a las 2 de la madrugada lo cuelgan, como representación de la muerte de judas. Esa semana es de duelo, no se debe trabajar, no permiten la música, tomar "licor", jugar. El sábado de Gloria se debe encender la primera vela con el fuego nuevo producido por chispas de la piedra de pedernal.

Leyenda de los Totikes.

TOTIK (Dios), una vez los pobladores de otro pueblo llamado Copanaguastla querían acabar con los Totikes de San Bartolomé de los Llanos, mandaron el Tentación (Diablo), para acabarlos pero fueron salvados por un niño con poderes, entonces la maldad que querían hacer cayó sobre ellos, acabando con todo el pueblo. Después el tentación robo una mujer de San Bartolomé y se la llevó a vivir a una cueva rumbo a San Cristóbal, tuvieron muchos hijos, pero el Tentación no dejaba salir a los Titikes porque les tapaba el camino, entonces un día se juntaron cuatro señores de San Bartolomé con NAHUALES muy poderosos como son: EL NAHUAL RAYO, NAHUAL TORBELLINO, NAHUAL CENTELLA Y NAHUAL

GORRION. El nahual gorrión fué volando a la cueva y le dijo a la mujer que no se preocupara, que muy pronto iba a salvarse y buscó un camino para llegar a San Cristóbal y los cuatro hombres se quejaron con las autoridades pero no les hicieron caso y los metieron a la cárcel hasta que presentaran las pruebas de lo que decían, se reunieron al siguiente día en la plaza central de San Cristóbal para la presentación de las pruebas que consistió en que el nahual torbellino, hizo crecer un árbol frondoso en el centro del parque, el nahual rayo lo rajó de un solo tajo y el nahual centella voló a la cueva donde estaba el Tentación y lo llevó a la plaza central, ahí le cortaron la cabeza y el brazo exhibiéndolo en lo más alto de la Iglesia de San Cristóbal. Entonces las autoridades no dudaron de los poderes de los San Bartoleños. En el camino se encontraron con la mujer del Tentación llorando, pidiendo regresar a su pueblo, pero no la aceptaron y la mataron junto con sus hijos.

Trabajo del Campo.

Para trabajar el campo las herramientas que utilizan son:

LUCK. Sirve para el desmonte y limpia del terreno.

COHA. Es una pala plana de 20 cm de largo con mucho filo que sirve para quitar monte, para la preparación de la tierra para la siembra.

Se inicia con "cagualear" que consiste en tirar el monte y limpiarlo de la caña de milpa que pudiera tener y se hace con machete, posteriormente se quema la basura que se juntó, después se deja enfriar la tierra por 8 días para luego sembrar el maíz junto con la calabaza para que crezcan juntos; en cada hoyo se depositan tres semillas de maíz y dos de calabaza cada hoyo dista de 30 cm. de cada uno, la unidad para medir el trabajo es la tarea, que consiste en 80 brazadas, por cuatro tareas se paga \$100 pesos y la comida consiste en pozol, tortilla y frijol, como los campesinos tienen sus tierras retirados del pueblo se van a semear o sea que trabajan en el campo de lunes a viernes y regresan a sus casas los fines de semana, los hijos de éstos empiezan a trabajar a partir de los 6 años de edad.

LA LIMPIA. Se efectúa cuando el maíz mide de 10 a 20 cm. de altura y se hace con la varetá.

LA SEGUNDA SIEMBRA. Se llama "chavit" y se hace por el día del Señor de Santiago, pero en muy poca cantidad para tener elote tierno en Todos los Santos, para las almas de los difuntos.

DOBLADA DE MAIZ. La caña de maíz completa se dobla a la mitad para poder proteger al maíz de las lluvias para que no se pudra.

TAPISCA. Es recoger las mazorcas de las caña de maíz y los van colocando en costales especiales.

DESGRANE. Sobre una "criba" que es como una cama tejida de lazos como malla, se colocan las mazorcas de maíz y se le golpea con un palo para que el maíz caiga y estos son depositados en un petate que se encuentra debajo de la criba.

Nombres Propios en Tzotzil.

Antonio: tono.

Bartolomé: bal.

Carmen: carmín.

Isidro: ciró.

José: jose.

Manuel: man.

Miguel: miquel.

Guadalupe: lupá.

Francisco: chicó.

Dolores: lorol.

Pascual: pach.

Petrona: peth.

Diego: tiek.

Concepción: kon.

Lucía: luz.

Pedro: petul.

Félix: pelis.

Angel: ángel.

María: maruch.

Rosa: ross.

Catalina: catal.

Domingo: tum.

Candelaria: cantel.

Rosario: rosal.

Sebastián: shab.

Creencias de los Indígenas.

La menstruación es mala, pues si se tiene relaciones sexuales con una mujer menstruante, al hombre le dolerá la cintura y después se "jorobará", las mujeres se enferman cada luna. A la menstruación se le llama en dialecto "chial-chamel", una mujer así no puede salir muy lejos, puede hacer tortillas y trabajos ligeros dentro de la casa. No puede ver a los niños pequeños por su estado "caliente" porque les afectarían y morirían, si miran la milpa la cosecha no se dá, no pueden tocar cosas de fierro como el machete porque en el primer golpe éste se rompe, no pueden tocar plantas de chile, tomate o calabaza porque se secan.

VIRGINIDAD. La mujer debe llegar al matrimonio virgen, si no Dios la castiga duramente, y si lo descubre el marido que no es virgen tienen pleitos y le pegan.

EMBARAZO. Una mujer de tres o cuatro meses de embarazo es buena para curar los huesos rotos, los cura untándole saliva y sal, sobando esa parte. Si una mujer embarazada mira una herida ya no sana. Se tiene relaciones hasta los ocho meses de embarazo y después de los cuarenta días después del parto.

Cuando hay eclipse de luna o de sol, la mujer embarazada se cubre con un pañuelo rojo en el abdomen, y no sale de su casa hasta que termina el eclipse, porque si no se protege pueden salir el bebé con el Labio-Leporino.

La mayor parte de las mujeres indígenas se "alivian" en sus casas y es atendida por una partera tradicional; se cuidan por 40 días permaneciendo en su casa, baños de agua tibia y de vapor, se fajan y se alimentan con caldo de gallina de rancho, atoles, etc.

La mujer indígena amamanta a su bebé durante un año dos meses dándole pura leche materna posteriormetne al año le inicia la ablactación dándole caldo de frijol con tortilla remojada, huevos y verduras bien trituradas.

En la mayor parte de las mujeres el periodo intergésico es de dos años sin llevar o tomar ningún método anticonceptivo.

LA VIRGINIDAD MASCULINA. Consiste en tener relaciones sexuales hasta que se case con la mujer que quiere; la edad que normalmente se casa el hombre indígena es de los 15 a 17 años de edad.

Los ancianos dicen que cuando se casan no deben tener acto sexual la primera noche, solo después de haber pasado algunos días o años, esto dependerá los días o años que quiera durar el matrimonio; si se abstiene durante los 10 primeros días durarán 10 años de matrimonio y así sucesivamente.

Si se toca a la mujer en la primera noche entonces ella morirá en el primer parto.

No puede tener relaciones sexuales en luna "tierna" sino hasta que haya luna "llena" porque así nacerán los niños fuertes y maduros. La luna es el símbolo de la fertilidad. (Díaz Salas 1995).

v. APLICACIÓN DEL PROCESO.

1.- RESUMEN VALORATIVO.

La valoración de las necesidades se llevó a cabo tomando como base un formato de valoración (anexo 3) el cual soporta los siguientes datos (anexo 4).

Datos Generales.

El presente Proceso de Enfermería se realizó a un adulto mayor en su domicilio, el Sr. Bartolomé Vázquez Chahal del sexo masculino, de 93 años de edad, es indígena Tzotzil, católico de San Bartolomé de los Llanos, actualmente Venustiano Carranza, Chiapas, su domicilio actual es la 1ª calle Oriente número 56, agricultor, actualmente viudo.

1. OXIGENACION.

Disnea debido a dolor torácico al distenderse, presenta tos productiva de color verdoso, espeso, refiere haber sido fumador desde los doce años de edad, en poca cantidad 5 a 6 puros al día, que los adquiría en las tiendas de las "ladinas" que ellas mismas preparaban, triturando tabaco seco y los envolvían en papel china.

Actualmente ya no fuma desde hace 15 años, él no tiene conocimiento de una respiración correcta, hace 18 años padeció Tuberculosis Pulmonar recibiendo tratamiento de 10 meses, controlado y dado de alta, actualmente se toma análisis de esputo cada seis meses reportando resultados negativos. Sus signos vitales reportan cifras normales como son 100 / 60 de presión arterial, 68 de pulso, respiración de 18, temperatura de 36 grados centígrados. Estado de conciencia: es lúcido pero hay momentos que se desorienta; coloración de la piel sin alteración, la circulación del retorno

venoso: en ocasiones presenta edema de miembros inferiores, por mantenerlos colgados al estar sentado en su silla.

2. NUTRICION E HIDRATACIÓN.

La dieta habitual consiste en verduras y carnes bien cocidas, frutas maduras, tortillas hechas a mano 2 en el desayuno y 2 en la comida, porque las que están hechas en la tortillería no la come; hace dos comidas formales mas tres o cuatro colaciones durante el día, que puede ser (atoles, tascalate, pozol, fruta, tamales, pan, café, chocolate o algún otro bocadillo cuando presenta irritación en la garganta refiere no poder deglutir fácilmente los alimentos; en los transtornos digestivos frecuentemente presenta diarreas, por problemas de la masticación, carece de toda la dentadura. En el patrón de ejercicio influye porque a través del ejercicio pierde líquidos a través del sudor. Para tomar sus alimentos se lleva de media hora a cuarenta y cinco minutos para masticar sus alimentos con las encías por carecer de su totalidad de piezas dentarias, el horario de desayuno es a las nueve de la mañana y el de la comida a las 17 hrs. Con un peso aproximado de 150 a 200 grs. de alimentos. Turgencia de la piel perfectamente bien conservado, no presenta pliegues de piel, membranas y mucosas bien hidratadas, pero cuando presenta fiebre y diarrea se resecan; las uñas son largas, duras y gruesas, no se le ha enterrado ninguna uña. Cabello abundante para su edad color grisáceo, bigote abundante; el hijo le corta el cabello y bigote cada mes.

En general presenta disminución del tono y fuerza muscular, los aspectos de las encías son duras y resistentes. Tiene buena cicatrización, desde hace cinco años que enviudó por lo que él se prepara los alimentos usando un fogón rudimentario con leña, sus utensilios de cocina son para una sola persona y de tamaño pequeño. De acuerdo a sus costumbres y tradiciones los utensilios son de: barro o madera, por ejemplo: ollas, tinaja, comal, sartén, cuchara, molinillo, huacal, tol, batidora de pozol, pumpo. Come solo

en su mesita de madera, antes de comer hace una oración para bendecir sus alimentos y al terminar dá las gracias a Dios.

3. ELIMINACIÓN.

Hábitos intestinales evacúa dos veces normalmente pero cuando "está flojo del estómago" hace cuatro o cinco veces al día, líquidas color amarillo no fétido, la orina de color amarillo ámbar en poca cantidad de cuatro a cinco veces al día y dos veces en la noche, sin pujo, ni dolor ni ardor ni olor. Cuando se angustia presenta poliuria. Abdomen sin acumulación de tejido adiposo muy resistente, ruido intestinal normal, a la palpación de la vejiga no hay presencia de globo vesical, ausencia de dolor. El ejercicio se relaciona con el trabajo que realiza.

4. MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA.

Trabaja en labores del campo aproximadamente dos horas consecutivas con media hora de descanso de 9 a 14 hrs. en el tiempo de descanso duerme profundamente. En las actividades de tiempo libre le gusta zurcir su ropa con aguja capotera porque es más grande, otras de las actividades que le gusta hacer es recolectar flores por las mañanas, al medio día y al atardecer para ofrecerle a su altar.

Como hábitos de descanso se quita los huaraches, se acuesta en la hamaca o bien en su silla. Hábitos de trabajo: primeramente "cagualea", luego quema la basura, siembra, limpia dos o tres veces según si hay mucho monte, dobla las matas de milpa, en los primeros días de enero la tapisca y desgrana. Otras de las actividades que realiza es juntar piedras del solar, junta la basura que sale a diario de su casa. El peso corporal es de 55 Kg. desde su juventud. El estado músculo esquelético es resistente a pesar que ha sufrido varias caídas por pérdida de equilibrio, no ha sufrido ninguna fractura, hay disminución de la fuerza, tono y flexibilidad de los músculos, la postura de su cuerpo es erguida, si está sentado mucho

tiempo se edematizan los miembros inferiores y al levantarse se sostiene con algo resistente, utiliza un bastón cuando sale fuera de su casa como ir a la iglesia que está a dos cuadras de su casa o al panteón que está a unos 500 u 800 mts. de distancia. Dentro de su casa no utiliza el bastón, refiere en ocasiones dolor en articulaciones al movimiento (trueno sus articulaciones), presenta ligeramente movimientos tónicos de la mano izquierda principalmente el dedo pulgar e índice. El estado emocional es cambiante. Refiere haber cargado bultos de 50 kilos de un lugar a otro a una distancia de 25 Km. por carecer de medios de transporte hace 50 años.

5. SUEÑO Y DESCANSO.

El horario de descanso es por cada dos horas de actividad media de descanso, es variable por su edad, el horario de sueño es de 19 PM. a 3 AM. Se despierta para calentar su café y se vuelve a dormir despertándose a las 6 de la mañana. Las horas de sueño en total son de 15 a 18 hrs. al día, la siesta es variable, no padece de insomnio, dice que despierta descansado, pero le da mucho sueño durante el día, nos cuenta que sueña con amigos y familiares ya muertos. Duerme sólo, en una sola posición. ESTADO MENTAL. Memoria retrograda presente y la anterógrada alterada, orejas simétricas, es atento, presenta cefalea cuando tiene gripa. RESPUESTA A ESTIMULOS. Duerme con luz encendida porque se desorienta fácilmente y su visión es borrosa. Por tanto su cama tiene 10 años en el mismo sitio en una sola posición y lugar, no bosteza para llamar el sueño, si está sentado no importa lo que esté haciendo se queda dormido, despierta sonriente porque no se dá cuenta que se queda dormido.

6. PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Influye su estado de ánimo porque si sale a la iglesia se pone su mejor ropa (traje regional) que consiste en pantalón tejido con figuras y colores que sobresale el rojo, camisa tejida color blanco de puro hilo de algodón, la

camisa es corta hasta el ombligo, manga larga, huaraches de cuero, banda tejida e color rojo de 2.5 mts. de largo por 20 cm. de ancho para enrollarse en la cintura, su sombrero de palma tejido y costurado a mano, su modo de vestir es determinante en su autoestima, él sabe que es indígena y se acepta como es, su creencia no le impide vestirse como él quiere pero sus costumbres y edad hace que se vista conforme al rol social, es independiente para la selección de la ropa, tarda de media a una hora sentado en su cuarto para poder vestirse, la capacidad psicomotora es auto eficiente, viste completo, en su casa se viste con ropa vieja porque es cómoda y especial para trabajar a gusto, no acepta ponerse ropa de fábrica, le angustia ponerse huaraches de color diferente porque no encuentra la pareja o porque no vé bien, de acuerdo a su costumbre no utiliza ropa interior, no se desviste enfrente de otra persona, no permite que se le tire la ropa muy vieja que ya no usa.

7. TERMORREGULACIÓN.

Adaptabilidad a los cambios de temperatura, presenta alteración en los cambios de temperatura, por su edad avanzada, son más sensibles sobre todo cuando se baña a muy temprana hora de 10 a 12 hrs., presentado frío y a medio día presenta rubicundéz de las mejillas, la temperatura ambiental que le gusta es de 30 a 35 grados. Después del baño matutino la piel está fría, la transpiración cuando trabaja es abundante, la condición del entorno físico: casa grande, amplia, alta, fresca, buena ventilación e iluminación, abundante vegetación.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

En tiempo de calor se baña a diario por las mañanas entre las 10 hrs. o bien a las 12 hrs. del día, en tiempo de frío cada tercer día, dependiendo de su estado de ánimo, con cambio de ropa, lo que no acostumbra es utilizar toalla para secar el cuerpo, lo que se observa es que saca una cubeta de agua del tanque y la pone al sol para que se caliente, se baña a huacalazo,

utiliza jabón negro fabricado en San Cristóbal y como shampoo utiliza una semilla que se llama (amolía) la machaca en piedra extrayendo un líquido ligoso que tiene un olor agradable a hiervas.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

La familia de pertenencia únicamente le queda cuatro hijos vivos, tres hombres y una mujer, todos viven en diferentes lugares, los dos hijos mayores no lo visitan, el penúltimo lo visita dos o tres veces al año y el menor de todos es el que lo tiene a su cargo, los gastos de mantenimiento de la casa, salud, alimentación, ropa y lo visita cada ocho días. La reacción a una situación de urgencia, se queda en su lugar sin intentar moverse, conoce las medidas de prevención pero por la edad tan avanzada ya no reacciona con agilidad. En el hogar corre peligro de quemarse por que el fogón utiliza madera y lo prende con petróleo, él se cocina sus alimentos. En el trabajo, junta toda la basura le prende fuego en ocasiones quema otras plantas. Cada seis meses tiene control de baciloscopia. Sus emociones los canaliza llorando, regañando o riendo.

No tiene deformaciones congénitas, la condición de su hogar es confortable, fresco, piso de cemento, el patio es de tierra firme. Su trabajo en el campo procura mantener limpio su terreno, arrancando hierbas y flores en forma indiscriminada por tener la visión borrosa, el hijo mas chico le escucha y obedece, cuando se desespera le pide a Dios que ya lo recoja porque ya no quiere ver otra guerra como la de 1910. El sabe que son las últimas lluvias, se escaseará el agua, se secarán los ríos y arroyos, se matarán por una cubeta de agua, en ocasiones se quiere ir a tirar al río, cuando el hijo menor se entera de lo que piensa el papá le empieza a hablar de Dios, para tranquilizarlo. Lo invita a pasear, pero no acepta salir, "se siente como un estorbo" (duermo y como), recibe mucho apoyo de las personas de su comunidad indígena porque para ellos los ancianos son muy respetados.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE.

Desde hace cinco años enviudó, vive sólo, su preocupación es dejar a sus santos encerrados en la casa para irse a pasear, también le preocupa que no esté adornado su altar y que no tenga candelas prendidas, recibe ayuda de los vecinos, de los jóvenes de la iglesia, además se le paga a una persona para que le ayude al aseo de la casa el cual llega tres veces a la semana.

Relacionado a la salud avisa de sus dolencias, pero ya no quiere ir al médico pide que se le deje morir (descansar), pasa la mayor parte del día sólo, llega un nieto de 9 años a dejar dos tortillas en el desayuno y otras dos para la comida lo acompaña de 10 a 15 minutos. El señor habla muy lento y despacio con dificultad para formar oraciones, tiene recuerdos retrógrados; en castellano nada mas dice adiós, gracias, buenos días, por eso no conversa con los "ladinos", además que no oye muy bien y no entiende lo que dicen. Las personas le hablan fuerte y de frente, pero cuando se encuentra con algún contemporáneo se ponen a recordar sus costumbres terminando a veces llorando o riendo y con tristeza se dicen que quién de ellos se morirá primero, recuerda con melancolía a su esposa, sus hijos que ya murieron y él se sigue quedando. Siempre trata de aislarse porque piensa que se van a burlar de él por no oír bien.

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Es católico de corazón, formó parte del grupo del Sagrado Corazón de Jesús, representó durante muchos años a un apóstol en semana Santa, lo practica con mucha devoción y entrega; se enfada cuando se va temprano a la iglesia y no está abierta o cuando llega y no están encendidas las velas de los santos.

Su creencia religiosa lo fortalece, sus principales valores son: la responsabilidad, puntualidad, honestidad, fidelidad, confianza. Tardó 75

años con su pareja hasta que la muerte los separó. Es congruente en su forma de pensar con lo que hace. Sus creencias antes de comer, antes de ir a dormir, al levantarse ora, se persigna y da gracias a Dios por el regalo del día.

Hábitos específicos. Primero se pone el calzón, luego la camisa, la banda, los huaraches y por último el sombrero, la indumentaria típica del Totic. Permite el contacto físico con sus nietos, los abraza pero si los ve que están haciendo travesuras los regaña. Todo el tiempo porta un escapulario en el cuello, en las entradas de su casa tiene una cruz hecha de palma bendita. Todos los domingos va a misa en ayuno, de regreso toma su desayuno, guarda los días domingos y los de fiesta. El dice que cuando se muera dejará a una persona muy responsable que le cuide sus santos, pero no sabe a quién. No quiere donar ningún órgano porque incompleto no lo recibirá Dios.

12. NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZARSE.

Actualmente trabaja en el campo, las actividades principales consisten en deshierbar con azadón o bien a mano, siembra maíz, cuida su milpa y sus árboles frutales; los riesgos que corre son por ejemplo que sufra de un mareo y se caiga o se lastime por accidente con sus herramientas. Los ingresos que obtiene por su trabajo no cubren las necesidades básicas, pero él siente que es necesario trabajar para que no se "entuman los huesos" y para que se sienta útil en algo, trabaja mas bien para satisfacción personal que para obtener beneficios, económicos del producto de su labor, una parte lo regala con sus amistades y con las personas que lo llegan a visitar y la otra parte que alcanza a vender lo utiliza para comprar velas y flores para adornar su altar. No acepta que otra persona le haga la comida a menos que esté enfermo y no pueda cocinar.

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

La actividad recreativa que tenía era el de preparar el ixtle (henequén) que utilizaba para hacer cuerdas y hamacas, también tejía la palma para hacer sombreros, pero hace pocos meses que dejó esta actividad por que ya no ve bien y porque se cansa muy rápido, la situación de estrés influye en su necesidad porque al no tener como distraerse se entristece y llora frecuentemente; en esta comunidad indígena no hay grupo de recreación para ancianos. La integridad del sistema neuromuscular está disminuido, por lo que se observa rechaza las actividades recreativas por que piensa que es una pérdida de tiempo, cuando observa a los niños jugando en las canchas de la escuela se enoja porque dice que en su época los niños estaban en su casa o en la milpa aprendiendo a trabajar para que cuando sean mayores sepan trabajar.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

El cliente es analfabeto, por su edad es difícil convencerlo de que todavía puede aprender algunas cosas mas, le cuesta mucho captar lo que se le enseña y se le olvida al poco rato, por ejemplo: en lugar de lavarse la boca con pasta dental lo hace con jabón de polvo o quiere tomar tascalate bate la semilla de calabaza molida, esto demuestra que tiene interés de aprender todavía pero ya no tiene la fuerza ni la memoria para hacerlo correctamente. El estado del sistema nervioso está alterado por su edad, todos los órganos de los sentidos se han deteriorado, el estado emocional es cambiante. Todo lo que él aprendió fué a base de observación y preguntado lo que no sabia, desde la edad de 6 años acompañaba a su papá quien le enseñaba las labores del campo luego quedó huérfano por las guerras de la revolución, continuó su enseñanza con su tío quien le enseñó un poco más, aprendió a confeccionar su propia ropa, y a partir de que enviudó tuvo que aprender a lavar trastes, a hacerse de comer, etc.

Como último comentario, me platica que él no padeció ninguna enfermedad de la infancia como viruela a pesar de que auxilió a mucha gente y familiares que vió morir a causa de esta enfermedad.

2.- JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES. (anexo 5)

En vista que el señor Bartolomé tiene diagnósticos parcialmente dependiente se respetará la orden de los diagnósticos de Virginia Henderson por orden de importancia de acuerdo con la definición de la NANDA (1992 - 1993).

1.-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA. (parcialmente dependiente)

Limpieza ineficaz de vías aéreas, relacionado secreción en vías respiratorias, manifestado por tos productiva, secreciones abundantes, espesas y verdosas.

DEFINICIÓN DE LA NANDA 1980.

"Es el estado en que el individuo es incapaz de eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener la permeabilidad de las vías aéreas". (NANDA 1992).

2.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA.

Alteración de la nutrición por defecto, relacionado con: Incapacidad para masticar los alimentos por carencia de las piezas dentarias, manifestado por: Diarreas frecuentes, masticación lenta e intolerancia de alimentos duros.

DEFINICIÓN DE LA NANDA 1975.

"Estado en el que el individuo experimenta un aporte de nutrientes insuficientes para las necesidades metabólicas". (NANDA 1992).

3.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA.

Alteración de la excreción urinaria, relacionado con: trastorno neuromuscular, manifestado por: Aumento del número de veces para orinar.

DEFINICION DE LA NANDA 1973.

"Estado en que el individuo experimenta un trastorno en la eliminación urinaria, polaquiuria y nicturia". (NANDA 1992).

4.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA.

Deterioro de la movilidad física, relacionado con: disminución de movimiento de las articulaciones, manifestado por: movilización lenta y dificultosa.

DEFINICIÓN DE LA NANDA 1973.

“Estado en que el individuo experimenta una limitación de la capacidad para el movimiento físico independiente”. Características definitorias: Limitación de la amplitud de movimientos, disminución de la fuerza, control y/o masa muscular, imposición restricción de la movilidad. (NANDA 1992).

5.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA.

Déficit de autocuidado de vestido y calzado, relacionado con: Edad avanzada y vista borrosa, manifestado por: exceso de tiempo para vestirse y desvestirse, calzado de colores diferentes.

DEFINICIÓN DE LA NANDA 1980.

“Estado en el que el individuo experimenta un deterioro de su habilidad para realizar o completar por si mismo las actividades de vestido y acicalamiento”. (NANDA 1992).

6.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA.

Alto riesgo de alteración de la temperatura corporal, relacionado con: exposición a cambios frescos de temperatura, manifestado por: Elevación de la temperatura, piel fría y rubicundez

DEFINICIÓN DE LA NANDA 1986.

“Estado en que un individuo presenta un aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos”. (NANDA 1992).

7.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA.

Déficit de autocuidado de higiene de las manos, relacionado con: Pérdida de la memoria anterógrada, manifestado por: Olvido en el aseo de manos después de ir al baño.

DEFINICIÓN DE LA NANDA 1980.

"Estado en que un individuo experimenta un deterioro de la habilidad para realizar o completar por si mismo las actividades de higiene". (NANDA 1992).

8.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA.

Alto riesgo de traumatismo, relacionado con: Debilidad y visión borrosa, manifestado por: Hematomas en la cabeza, caídas frecuentes.

DEFINICIÓN DE LA NANDA 1980.

"Acentuación del riesgo de lesión tisular accidental (por ejemplo: heridas, fracturas y quemaduras)". (NANDA 1992).

9.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA.

Deterioro de la comunicación verbal, relacionado con: Barrera idiomática, manifestado por: Dificultad para formar palabras en castellano.

DEFINICIÓN DE LA NANDA 1973.

"Estado en que un individuo experimenta una disminución o ausencia de la capacidad para usar y comprender el lenguaje de la interacción humana". (NANDA 1992).

3.- PLAN DE CUIDADOS (anexo 6).

1. DX. DE ENFERMERÍA

Limpieza ineficaz de las vías aéreas, relacionado con: presencia de secreciones, manifestado por: Flemas espesas, verdosas y abundantes, tos productiva.

OBJETIVO

- Mantener las vías aéreas permeables.
- Disminuir el cúmulo de secreciones.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Se dará vaporizaciones caseras para fluidificar las secreciones.
- Se enseñará ejercicios respiratorios para favorecer su respiración.
- Se orientará el uso de escupideras.

OBSERVACIONES.

- El señor podrá respirar sin ningún problema.

2. DX. DE ENFERMERÍA

Alteración de la nutrición por defecto, relacionado con: Incapacidad para masticar los alimentos por carencia de las piezas dentarias, manifestado por: Diarreas frecuentes, masticación lenta e intolerancia de alimentos duros.

OBJETIVO

- Favorecer una alimentación adecuada a su edad y limitaciones.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Orientar sobre la importancia de mantener los alimentos bien tapados.
- Vigilar que los alimentos estén perfectamente bien cocidos, las frutas bien maduras.

- Favorecer la ingesta de líquidos.
- Indagar los alimentos de su preferencia o desagrado.
- Ofrecer alimentos fraccionados.
- Darle alimentos que tengan fibras.

OBSERVACIONES.

- Mejorará la alimentación de acuerdo a su edad.

3. DX. DE ENFERMERÍA

Alteración de la excreción urinaria, relacionado con: Trastorno neuromuscular, manifestado por: Aumento del número de veces para orinar.

OBJETIVO

- Reeducar al Sr. Bartolomé sobre la eliminación urinaria.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Enseñarle a que realice ejercicios vesicales cada 3 horas.
- Orientarlo a utilizar el orinal durante la noche o cuando viaja.
- Proporcionar la ingesta de líquidos con horario.

OBSERVACIONES.

- Disminuirá la frecuencia de orina.
- Tendrá un horario establecido para sus micciones.

4. DX. DE ENFERMERÍA

Deterioro de la movilidad física, relacionado con: Endurecimiento de las articulaciones, manifestado por: Disminución de los movimientos en general.

OBJETIVO

- Asistirlo para que recupere hasta donde sea posible la movilidad.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Programar un esquema de ejercicios.
- Darle masajes en todas las articulaciones.
- Acompañarlo a caminar.

OBSERVACIONES.

- Mejorará el movimiento de las articulaciones.

5. DX. DE ENFERMERÍA

Déficit de autocuidado de vestido y calzado, relacionado con: Edad avanzada y vista borrosa, manifestado por: Exceso de tiempo para vestirse y desvestirse, calzado de colores diferentes.

OBJETIVO

- Favorecer las condiciones para que tenga acceso a su indumentaria y sus huaraches sin equivocarse.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- No dejar varios huaraches juntos, para no confundirlo explicar la distribución.
- Mantener la ropa accesible para cuanto se vista.

OBSERVACIONES.

- Disminuirá el tiempo de vestirse y desvestirse.
- No se pondrá los huaraches confundidos.

6. DX. DE ENFERMERÍA

Alto riesgo de alteración de la temperatura corporal, relacionado con: Exposición a cambios frescos de temperatura, manifestado por: Elevación de la temperatura, piel fría y rubicundez.

OBJETIVO

- Mantener una temperatura adecuada de acuerdo al clima y a su edad.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Proporcionarle un toalla para que se seque el cuerpo después del baño.
- Proporcionar ropa limpia y seca.
- Sentarlo 20 minutos en el sol.
- Proporcionarle agua tibia para su baño.

OBSERVACIONES.

- Mantener una temperatura normal.

7. DX. DE ENFERMERÍA

Déficit de autocuidado de higiene de las manos, relacionado con: Pérdida de la memoria anterógrada, manifestado por: Olvido en el aseo de manos después de ir al baño.

OBJETIVO

- Propiciar el lavado de manos con mayor frecuencia.
- Capacitar al cuidador para que le recuerde el aseo de manos.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Orientación sobre la importancia del lavado de las manos.
- Estimulación para recordar lavarse las manos.
- Ponerle a su alcance agua y limones partidos para lavarse.

OBSERVACIONES.

- Debe de evitar el olvido del lavado de las manos.

8. DX. DE ENFERMERÍA

Alto riesgo de traumatismo; relacionado con: Debilidad y visión borrosa, manifestado por: Hematomas en la cabeza y caídas.

OBJETIVO

- El señor caminará con cuidado evitando caídas.
- Se mantendrá mas seguro con el uso del bastón.
- Orientar al cuidador para el aseo de la casa.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Recoger basura que pueda propiciar una caída.
- Se proporcionará una silla en el baño para que pueda bañarse.
- Se limpiará la casa para que no resbale.
- se orientará sobre el uso del bastón.

OBSERVACIONES.

- El Sr. Bartolomé podrá transitar libremente en su casa sin caerse.

9. DX. DE ENFERMERÍA

Deterioro de la comunicación verbal, relacionado con: Barrera idiomática, manifestado por: Dificultad para formar palabras en castellano.

OBJETIVO

- Propiciar la comunicación verbal y mímica.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Motivar al señor para que visite a sus contemporáneos.
- Enseñarle algunas palabras básicas en castellano.
- Animar la conversación.

OBSERVACIONES.

Se aprenderá palabras en español para relacionarse con los "ladinos".

4.- REGISTRO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

24 de Junio del 2000.

Se obtuvo los siguientes parámetros de signos vitales:

a las 9:00 horas 36.5° de temperatura, 18 de respiración, 68 de pulso y 100/60 de presión arterial.

Ingesta de líquidos: A las 5:00 horas 200 ml. de café, a las 9:00 horas 250 ml. de almuerzo (caldo de pollo con 2 tortillas) más 200 ml. de café con 1 pieza de pan, a las 12:00 horas 250 ml. de refrigerio (pozol), a las 16 horas 250 ml. de comida (caldo de res, verduras y carne con 2 tortillas) más 200 ml. de café, a las 19 horas 200 ml. de café con 1 pieza de pan. Haciendo un total de 2000 ml. de ingesta en 24 horas.

Egreso de líquidos: De acuerdo a lo observado y del reporte del cuidador orina cuatro veces de orina de color claro sin pujo y dos orinas en las noches y dos evacuaciones en el día de consistencia pastosa en poca cantidad.

- Se le dió orientación teórica y práctica de puño percusión en la espalda.
- Se enseña de manera teórica y práctica ejercicios respiratorios para favorecer la respiración (jalando aire por la nariz y exhalando por la boca).
- Se orienta sobre el uso de escupideras.
- Una vez acostado en su cama, se le dió vaporizaciones caseras para fluidificar las flemas. Sintiéndose bastante despejada las vías respiratorias. Pide el señor que se le siga dando este cuidado, por lo que se le enseña al cuidador a hacer este procedimiento.

Toda estas indicaciones se tradujo en el idioma tzotzil varias veces de frente, fuerte y de cerca del paciente para que lo entienda.

25 de Junio del 2000.

Se obtuvo los siguientes parámetros de signos vitales:

A las 8:00 horas, 37.9° de temperatura, 76 de pulso, 20 de respiración, 100/70 de presión arterial.

Ingesta de líquidos de aproximadamente 2000 ml. en 24 horas, con un egreso de cuatro orinas durante el día y dos orinas por las noches, dos evacuaciones pastosas color café dependiendo de los alimentos que consume, no tiene preferencia o desagrado de alguna comida, fruta o verdura, excepto que deben estar bien maduros o bien cocidos.

Reporta una ligera febrícula por haberse bañado temprano con agua fría; presentando termolabilidad, piel fría, piroercción de piel, fríos, estornudos frecuentes, posteriormente presenta sueño fisiológico y rubicundez.

- En este día se le proporciona un té de canela caliente para entrar el cuerpo en calor aceptándolo de buen agrado, una vez estabilizado se oriento sobre la importancia de mantener los alimentos tapados y en el refrigerador.
- Se le hizo ver la importancia de que todos los alimentos estén bien cocidos para no lastimarse la encía y favorecer la digestión.
- Cada tres horas aproximadamente se le dió líquidos que habitualmente ingiere (puede ser atoles, refrescos sin gas, tascalate, pozol y café).
- Se le consiguió la yuca cocida con sal, que tenía años que no la comía, no es de su preferencia pero se le antojo comer, que hasta lloró y recordó su juventud (Antonia Martínez Vázquez).

1 de Julio del 2000.

Se obtuvo los siguientes parámetros de signos vitales:

A las 9:00 horas 36.6° de temperatura, 18 de respiración, 68 de pulso, 100/60 de presión arterial.

Ingesta de líquidos: aproximadamente 2000 ml. en 24 horas.

Egreso de líquidos: cuatro orinas en el día mas dos veces por la noche y dos evacuaciones en el día en 24 horas.

- Se le enseñó a realizar ejercicios vesicales cada tres horas pero cuando tiene la vejiga llena no respeta este horario.
- Se le orientó sobre el uso del orinal sobre todo por las noches.
- Cuando ya se va a la cama a dormir se le enseña a llevar el orinal (Antonia Mtz.).

2 de Julio del 2000.

Se obtuvo los siguientes parámetros de signos vitales:

A las 9:00 horas 36° de temperatura, 17 de respiración, 68 de pulso, 100/70 de presión arterial.

Ingesta de líquidos: 2000 ml. aproximadamente en 24 horas.

Egresos de líquidos: 6 orinas y 1 evacuación en 24 horas.

- Se orientó durante su descanso ejercicios sencillos en su lugar de descanso: levantar los brazos, moverlos hacia los lados, abrir y cerrar los puños, hacer movimientos giratorios de las muñecas, mover la cabeza hacia atrás y hacia delante, subir y bajar los pies, abrir y cerrar los dedos de los pies, hacer movimientos rotatorios de tobillo.
- Se le dió masaje en extremidades inferiores y superiores; se sintió muy contento y se quedó dormido en el lugar de descanso, cuando se despertó pide que se le de masajes todos los días.
- Se acompaña para ir al panteón caminando para ejercitar los músculos, al regresar llega con sudor y rubicundez y se durmió, al despertar refiere

cansancio lentitud pero seguro en la caminata apoyándose con un bastón (Antonia Mts.).

8 de Julio del 2000.

Se obtuvo los siguientes parámetros de signos vitales:

A las 9:00 horas 36.8° de temperatura, 17 de respiración, 70 de pulso, 100/60 de presión arterial.

Ingesta de líquidos: aproximadamente 2000 ml. en 24 horas.

Egreso de líquidos: cuatro micciones en el día y uno en la noche mas una evacuación en el día.

- Se clasificaron los huaraches por colores, se embolsó con plástico transparente; se le dejó un par de huaraches nuevos para salir a la iglesia y un par de huaraches viejos para trabajar, explicar la distribución.
- También la ropa se le clasificó y se le dejó de una forma accesible, la ropa en mejores condiciones para salir a la iglesia se le dejó en el cofre de madera y la ropa de trabajo se puso en un lugar accesible para ponérselo.
- Al principio se le dificultó pero explicándole bien la razón de estos cambios lo acepta de buen agrado, también al cuidador se le recomienda que siga las mismas indicaciones (Antonia Mtz.).

9 de Julio del 2000.

Se obtuvo los siguientes parámetros de signos vitales:

A las 9:00 de la mañana, 36.8° de temperatura, 18 de respiración, 68 de pulso, 110/60 de presión arterial.

Ingesta de líquidos: aproximadamente 2000 ml. en 24 horas.

Egreso de líquidos: 6 micciones en 24 horas y dos evacuaciones.

- De 7 a 8 de la mañana se fué a escuchar misa, se vistió elegantemente con su indumentaria regional, de regreso toma café con pan y desayuna a las 10 de la mañana.
- Posteriormente se baña con agua tibia, se le proporciona ropa limpia, y una toalla para secar su cuerpo.
- Ha mejorado su termorregulación.
- Se orienta cada vez que se bañe utilice agua tibia para que no se altere la temperatura así como se le instruye al cuidador hacer el mismo procedimiento.

15 de Julio del 2000.

Se obtuvo los siguientes parámetros de signos vitales:

A las 9:00 de la mañana: 36.5° de temperatura, 18 de respiración, 72 de pulso y 100/60 de la presión arterial.

Ingesta de líquidos: aproximadamente 2000 ml. en 24 horas.

Egreso de líquidos: 6 micciones en 24 horas y dos evacuaciones.

- Se estimuló al lavado de manos al salir del baño, con jabón de olor a hierbas, estimulando a que oliera primero el jabón y explicándole que es natural.
- Se da orientación a cerca de la importancia del lavado de manos para que no se enferme frecuentemente.
- Se implementa una mesa con: una toalla colgada, una jabonera con jabón y un recipiente con agua para lavarse las manos dejándola junto al baño.

Tanto el cuidador como el señor aprenden a lavarse las manos. Este aprendizaje es teórico y práctico.

- En la sesión de la tarde se le orienta a que camine con cuidado para evitar caídas.

- Se toma precaución para evitar resbalones dentro del baño y cocina.
- Se orienta sobre la utilidad del uso del bastón dentro y fuera de la casa.
- Se le indica a que no tire nada en el suelo para evitar caídas.

16 de Julio del 2000.

Se obtuvo los siguientes parámetros de signos vitales:

A las 9:00 de la mañana, 36.8° de temperatura, 18 de respiración, 72 de pulso, 100/70 de presión arterial.

Ingesta de líquidos: aproximadamente 2000 ml. en 24 horas.

Egreso de líquidos: 5 micciones en 24 horas y una evacuación pastosa en poca cantidad.

- Se acompaña a la iglesia para que salude a sus compadres que son contemporáneos, platica en dialecto con ellos, ríe y llora el mismo tiempo recordando sus vivencias.
- En su descanso se le enseñan palabras básicas en castellano como: saludar, dar gracias y adiós.
- Se le anima a que converse de su infancia, juventud, etc.

5.- EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

A continuación se hace la evaluación de los criterios de resultados con los datos observados del Sr. Bartolomé.

1. DX. DE ENFERMERÍA

Respiración ineficaz de las vías aéreas, relacionado con: presencia de secreciones , manifestado por, Flemas espesas, verdosas y abundantes y tos productiva.

OBJETIVO

Mantener las vías aéreas permeables.

Se disminuirá el cúmulo de secreciones.

EVALUACIÓN.

En este punto se logra un 70% del objetivo, ya que aceptó la vaporización de buen gusto, sintiendo despeje de las vías respiratorias, pide que se le siga haciendo vaporizaciones por lo se le orienta a su cuidador. Objetivo parcialmente alcanzado.

2. DX. DE ENFERMERÍA

Alteración de la nutrición por defecto, relacionado con: Incapacidad para masticar los alimentos por carencia de las piezas dentarias, manifestado por: Diarreas frecuentes, masticación lenta e intolerancia de alimentos duros.

OBJETIVO

Favorecer una alimentación adecuada a su edad y limitaciones.

EVALUACIÓN:

Se logra este objetivo al 100% porque todas las orientaciones que se le dio fue asimilado y practicado.

3. DX. DE ENFERMERÍA

Alteración de la excreción urinaria, relacionado con: Trastorno neuromuscular, manifestado por: Aumento del número de veces para orinar.

OBJETIVO

Reeducar al Sr. Bartolomé sobre la eliminación urinaria.

EVALUACIÓN:

Se obtuvo un resultado parcialmente positivo porque fue difícil hacerlo orinar con horario.

Aceptó usar el orinal por las noches, ya no sale al baño en la madrugada. Antes de ir a dormir lleva voluntariamente el orinal.

Se seguirá insistiendo en los ejercicios vesicales cada tres horas a largo plazo hasta lograr el objetivo, no se cumplió el objetivo.

4. DX. DE ENFERMERÍA

Deterioro de la movilidad física, relacionado con: disminución del movimiento de las articulaciones, manifestado por: movilización lenta y dificultosa.

OBJETIVO

Asistirlo para que recupere hasta donde sea posible la movilidad.

EVALUACIÓN:

Se obtiene parcialmente los objetivos; el cuidador seguirá a largo plazo con los masajes en todo su cuerpo para lograr la movilidad de las articulaciones.

5. DX. DE ENFERMERÍA

Déficit de autocuidado de vestido y calzado, relacionado con: Edad avanzada y vista borrosa, manifestado por: Exceso de tiempo para vestirse y desvestirse, calzado de colores diferentes.

OBJETIVO

Favorecer las condiciones para que tenga acceso a su indumentaria y sus huaraches sin equivocarse.

EVALUACIÓN:

Se logró el objetivo totalmente, clasificándole la ropa y se le seleccionó los huaraches por colores haciéndolo sólo voluntariamente.

6. DX. DE ENFERMERÍA

Alto riesgo de alteración de la temperatura corporal, relacionado con: Exposición a cambios frescos de temperatura, manifestado por: Elevación de la temperatura, piel fría y rubicundez.

OBJETIVO

Mantener una temperatura adecuada de acuerdo al clima y a su edad.

EVALUACIÓN:

Se logra totalmente este objetivo porque se le estimuló el uso de la toalla, jabón de olor a hierbas, aceptó con agrado el agua tibia para su baño por las mañanas y tomo todas las precauciones para su baño.

Ya no presentó variaciones en la temperatura corporal.

7. DX. DE ENFERMERÍA

Déficit de autocuidado de higiene de las manos, relacionado con: Pérdida de la memoria anterógrada, manifestado por: Olvido en el aseo de manos después de ir al baño.

OBJETIVO

Propiciar el lavado de manos con mayor frecuencia.

Capacitar al cuidador para recordarle el aseo de manos.

EVALUACIÓN:

Se logra los objetivos planteados ya que el cuidador y el paciente colabora bastante en recordarle que se debe hacer dicho lavado.

8. DX. DE ENFERMERÍA

Alto riesgo de traumatismo, relacionado con: Debilidad y visión borrosa, manifestado por: Hematomas en la cabeza y caídas.

OBJETIVO

El señor caminará con cuidado evitando caídas.

Se mantendrá mas seguro con el uso del bastón.

EVALUACIÓN:

Se logra este objetivo totalmente, el señor Bartolomé acepta con tranquilidad el uso del bastón, lo ha hecho parte de él y lo mantiene cerca de para su uso.

9. DX. DE ENFERMERÍA

Deterioro de la comunicación verbal, relacionado con: Barrera idiomática, manifestado por: Dificultad para formar palabras en castellano.

OBJETIVO

Propiciar la comunicación verbal y mímica.

EVALUACIÓN:

Se logra parcialmente este objetivo a mediano plazo. Se procurará que continúe visitando a otras personas conocidas.

6.- PLAN DE ALTA DOMICILIARIA.

1. DX. DE ENFERMERÍA

Respiración ineficaz de las vías aéreas,

En el primer diagnóstico de enfermería se seguirá dando masaje cada tercer día por las noches, para que descanse y respire bien.

2. DX. DE ENFERMERÍA

Alteración de la nutrición por defecto.

Durante todo el tiempo cocerá bien todos los alimentos para que no le lastime las encías.

3. DX. DE ENFERMERÍA

Alteración de la excreción urinaria.

Utilizará siempre el orinal por las noches; y hará ejercicios vesicales cada tres horas sin forzarlo, para que vaya educando la vejiga.

4. DX. DE ENFERMERÍA

Deterioro de la movilidad física.

Los ejercicios se le seguirán ejecutando para que tenga mejor movimiento de las articulaciones.

Caminará con bastón dentro y fuera de su casa.

5. DX. DE ENFERMERÍA

Déficit de autocuidado de vestido y calzado.

Se le seguirá clasificando la ropa y sus huaraches y se le pondrá en un lugar accesible.

6. DX. DE ENFERMERÍA

Alto riesgo de alteración de la temperatura corporal.

Se le seguirá proporcionando agua tibia para el baño, toalla para que se seque el cuerpo, ropa limpia y su baño de sol.

7. DX. DE ENFERMERÍA

Déficit de autocuidado de higiene de las manos.

Se le seguirá estimulando para lavarse las manos con jabón de olor.

8. DX. DE ENFERMERÍA

Alto riesgo de traumatismo.

Se recogerá siempre la basura, y cualquier obstáculo en el camino para evitar caídas.

9. DX. DE ENFERMERÍA

Deterioro de la comunicación verbal.

Seguirá por lo menos cada fin de semana visitar alguna persona conocida y lo acompañará su cuidador.

VI. CONCLUSIONES.

Actualmente la evolución de las diferentes disciplinas nos obligan a mantener una visión mas científica, y de acuerdo a los momentos que se vive y las necesidades que se presenta.

Una de ellas es nuestra profesión con la realización del proceso de enfermería basado en una teoría la cual permite la delimitación propia de su hacer, por lo que es conveniente que las profesiones conozcan, profundicen en los conocimientos teóricos y metodológicos que sustenten su práctica y le permitan reconocer al ser humano en una dimensión holística que se traduzca en cuidado integral.

Tener los conocimientos teóricos de los conceptos fundamentales de enfermería como son: Persona, Entorno, Enfermería, Salud y Rol Profesional, son las bases científicas que plantea Virginia Henderson, estos conceptos resulta complejos trabajar con ellos dado la poca habilidad y la poca familiaridad que tenemos de ellos. Pero puede ser el principio para el desarrollo de investigaciones venideras.

El proceso de enfermería con una fundamentación teórica, nos permite una reflexión y análisis de cada etapa. Y nos exige la consulta del caso a tratar y nos interrelaciona con otras personas y con otras disciplinas.

El desconocimiento de esta nueva faceta de mi profesión, de llevar a un nivel teórico y metodológico para ejercer la profesión me hizo tener grandes tropiezos que me impulsaron a la búsqueda de información. Me doy cuenta que necesito tener más conocimientos de mi profesión para darle el valor y el lugar que le corresponde y así seguir creciendo.

Pude constatar que hay una diferencia muy grande en la forma en que se concibe y desarrolla el proceso como lo aprendí anteriormente y el que desarrolle ahora,

ya que el anterior se caracterizaba por: tener un enfoque medicalizado, curativo, basado en signos y síntomas, el interés se centraba en el desarrollo amplio de un marco teórico, la valoración tendía a orientarse hacia la historia clínica médica, había ausencia de diagnóstico de enfermería, el plan de cuidados se basaba en los signos y síntomas y tratamiento médico y poco se valoraba los avances del individuo en función de los cuidados; ahora bien con el proceso que realicé me permitió hacer una valoración netamente de enfermería de acuerdo a las necesidades del Sr. Bartolomé, se establecieron los diagnósticos de enfermería, se planeó y se realizó cuidados y también se valoró los avances periódicos de los cuidados independientes y específicos de enfermería.

Una limitación que encontré es que el Sr. Bartolomé vive sólo, para apoyar directamente en los cuidados domiciliarios, sin embargo se logró a que se contrate a una persona para que cuide al paciente (el hijo menor se responsabilizará del pago).

Otra de las dificultades es tratar a una persona de muy avanzada edad por que ya no escucha y hay que repetirles varias veces todos los cuidados.

Con todo este proceso, me dí cuenta que no es fácil, que una enfermera que no hable el idioma tzotzil sepa tratar a una persona indígena porque no se entenderían por la barrera idiomática. Este grupo de edad nonagenaria no habla el español en lo absoluto. Ahora entiendo que mientras no hallan enfermeras bilingües, seguirán los indígenas sin cuidados de enfermería.

VII. SUGERENCIAS.

- Es necesario impulsar la investigación para poder formular nuestro propio modelo acorde con las exigencias del país.

- En la formación profesional dedicarle mas tiempo teórico y práctico el proceso de enfermería y que se contemple como una materia a nivel nacional.

- Es necesario actualizar las instituciones de formación educativas de enfermería sobre el desarrollo y difusión del proceso para que el personal de enfermería cada vez haga conciencia de su profesión y no asuma roles de otras disciplinas.

- El personal docente de las instituciones educativas lleven reuniones de trabajo para la revisión y aplicación del proceso y el medio a seguir.

- En la licenciatura se sugiere se lleva como materia optativa el seminario de P. A. E.

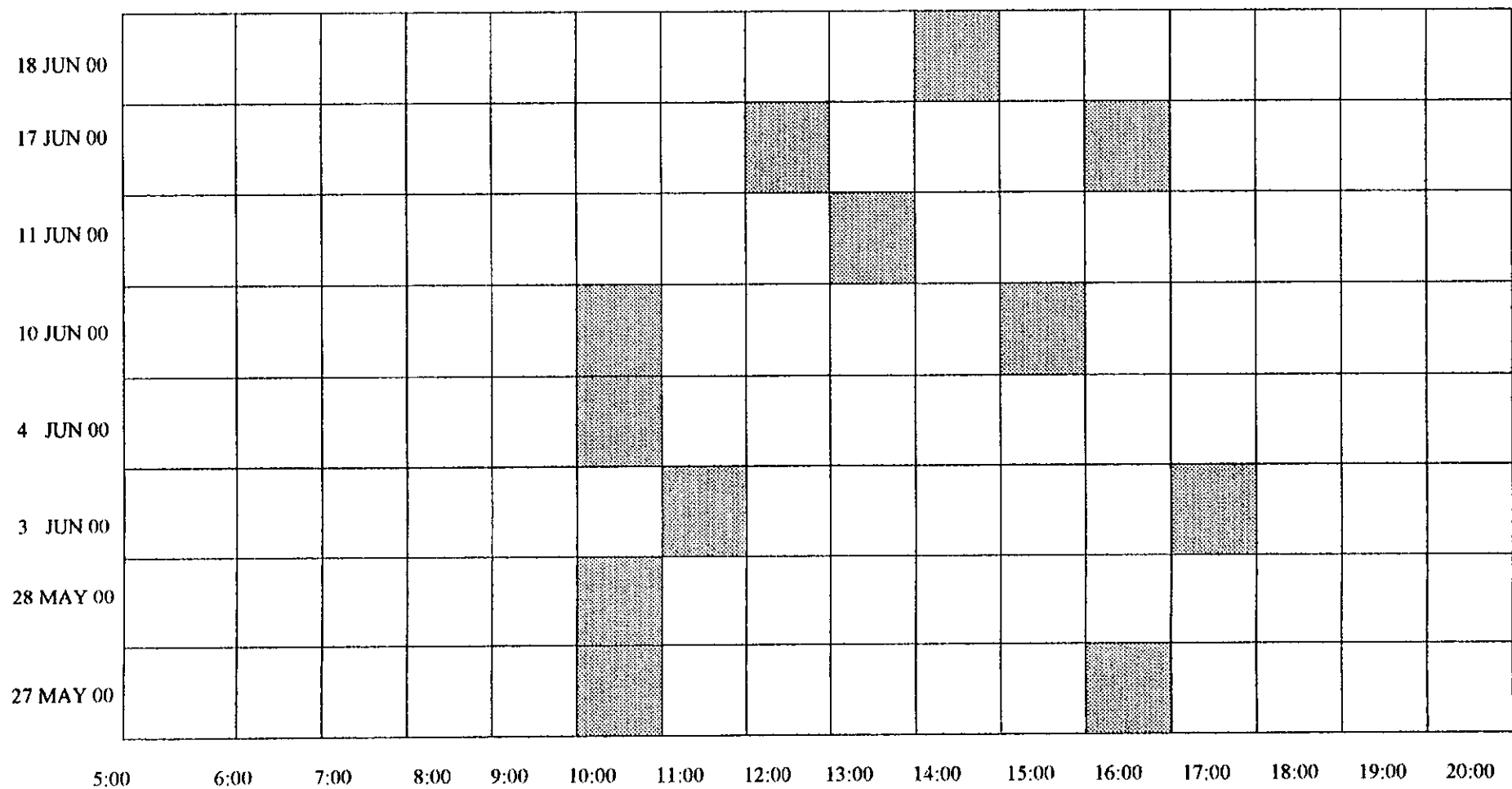
BIBLIOGRAFÍA.


- Alfaro, Rosalinda. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA. Segunda edición, Barcelona, Doyma, 1995.
- Colliere, Marie-Francoise. PROMOVER LA VIDA. Barcelona, Interamericana, 1993.
- Marriner, Ann, MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA, Barcelona, Mosby, 1989.
- Marcelo A., Hammerly, ENCICLOPEDIA MÉDICA TOMO I, México, Interamericana, 1995.
- Donahue, M. Patricia, LA ENFERMERÍA, CONDICIÓN DEL ARTE. EN HISTORIA DE LA ENFERMERÍA, Barcelona, Doyma, 1988.
- Grinspun, IDENTIDAD, PROFESIONAL, HUMANISMO Y DESARROLLO TECNOLÓGICO, México ENEO-UNAM, 1995.
- ENEO-UNAM, PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, (Antología), México, ENEO-UNAM, 1995.
- Kerovac, Suzanne (col.), PENSAMIENTO ENFERMERO, Madrid, Masson, 1995.
- Bravo Peña, Federico NOCIONES DE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA, México, Tipografía Comercial, 1992.
- Mi Ja Kim, (col.), GUÍA CLÍNICA DE ENFERMERÍA, DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA, Barcelona, Mosby, 1993.

- Luis Rodrigo y Maria Teresa, DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN. Diagnóstico de Enfermería de la NANDA, Barcelona, Mosby, 1993.
- Alcantar, Lilia, "EL MODELO DE HENDERSON Y EL PROCESOD DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICADO A UN RECIEN NACIDO CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA", México, ENEO-UNAM, Trabajo de Titulación, 1997.
- Cárdenas J. Margarita, et. al., Conceptualización de Enfermería, México, ENEO-UNAM, 1995.
- Henderson, A. Virginia, LA NATURALEZA DE LA ENFERMERÍA, Madrid, Interamericana, McGraw-Hill, 1994.
- Kozier, Bárbara, et, al, ENFERMERÍA FUNDAMENTAL I, Madrid, Interamericana, McGraw-Hill, 1993.
- Fernández Ferrin, Carmen, et, al, EL MODELO DE HENDERSON Y EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, Barcelona, Masson-Salvat, 1995.
- Phaneuf, Margot. LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES SEGÚN EL ENFOQUE DE VIRGINIA HENDERSON EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA, Madrid, McGraw-Hill, 1993.

ANEXOS.

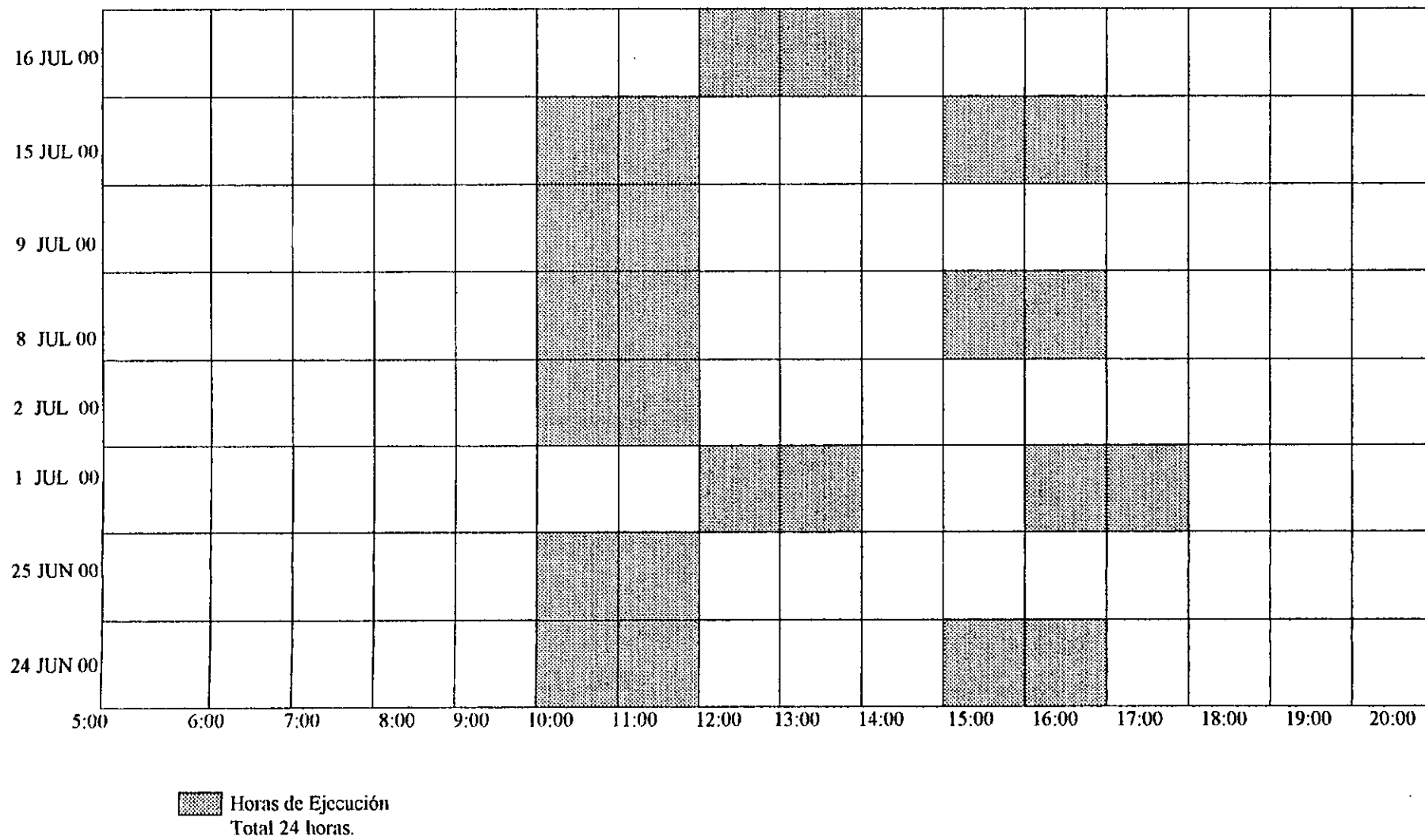
ANEXO 1: Grafica de Valoración



 Tiempo de entrevista
 Total 12 horas.

NOTA: No utilizan el cambio de horario.

ANEXO 2: Grafica de Ejecución de Cuidados



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____
Talla: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____
Ocupación: _____ Escolaridad: _____ Fecha de valoración: _____
Procedencia: _____ Residencia: _____ Fuente de información: _____
Fiabilidad (1 - 4): _____ Miembro de la familia / persona significativa: _____
Estado civil: _____ Cultura: _____ Religión: _____
Nivel socioeconómico: _____ Idioma: _____
Lugar que ocupa en la Familia: _____

OXIGENACIÓN

SUBJETIVO:

Disnea debido a: _____ Tos Productiva: _____
Dolor asociado con la respiración: _____ Fumador: _____
Desde cuando fuma: _____ Estado de conciencia: _____
Cuantos cigarrillos al día/ varía la cantidad según el estado emocional: _____
Historia de la enfermedad infecciosa: _____
Tiene conocimiento de una respiración correcta: _____ Que tipo de puro fumaba: _____
Registro de signos vitales y características: _____

Coloración de piel / lechos ungueales / peribucal: _____
Circulación del entomo venoso: _____

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

SUBJETIVO.

Dieta habitual (tipo): _____ Número de comidas diarias: _____

Trastorno digestivo: _____ Patrón de ejercicio: _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Duración para tomar los alimentos: _____ Horario de comidas: _____

OBJETIVO.

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas / secas: _____

Características de uñas / cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspecto de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Con quién come: _____

Utensilios de cocina: _____

ELIMINACIÓN

SUBJETIVO.

Hábitos intestinales: _____

Características de las heces y orina: _____

Dolor al defecar / orinar: _____

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

OBJETIVO.

Abdomen / características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Patrón de ejercicios: _____

TERMORREGULACIÓN

SUBJETIVO.

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio, tipo / frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le guste: _____

OBJETIVO.

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

SUBJETIVO.

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Peso corporal: _____

OBJETIVO.

Estado del sistema músculo esquelético / fuerza: _____

Capacidad muscular tono / resistencia / flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la deambulaci3n: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____

Estado de conciencia: _____ Estado emocional: _____

Otros: _____

DESCANSO Y SUEÑO

SUBJETIVO.

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____
Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____
Siesta: _____ Ayudas: _____
Temperatura ambiental que le guste: _____ ¿Padece de insomnio?: _____
A que considera que se deba: _____
¿Se siente descansado al levantarse?: _____

OBJETIVO.

Estado mental: ansiedad / estrés / lenguaje: _____
Orejas: _____ Atención: _____ Concentración _____
Cefaleas: _____ Respuesta a estímulos: _____
Otros: _____

USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

SUBJETIVO.

¿Influye su estado de ánimo para la selección de prendas de vestir? _____
¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? _____
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? _____
¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario? _____

OBJETIVO.

Viste de acuerdo a la edad: _____
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____
Vestuario incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____
Otros: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

SUBJETIVO.

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____ Después de eliminar: _____

Tiene creencias personales o religiosos que limiten su hábitos higiénicos: _____

Otros: _____

OBJETIVO.

Aspecto general: _____ Olor corporal: _____

Halitosis: _____ Estado del cuero cabelludo: _____

Tipo de baño: _____ Almacenamiento de agua: _____

Lesiones dérmicas, que tipo: _____

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

SUBJETIVO.

Qué miembros componen su familia de pertenencia: _____

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: _____

En el hogar: _____ En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: _____

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

OBJETIVO.

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

En el trabajo: _____

Otros: _____

NECESIDADES DE COMUNICARSE

SUBJETIVO.

Estado civil: _____ Años de viudo: _____ Vive con: _____

Preocupaciones / estrés: _____

Otras personas que puedan ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad / estado: _____

Cuanto tiempo pasa sola: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

OBJETIVO.

Habla claro: _____

Dificultad en la visión: _____

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

SUBJETIVO.

Creencia religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

¿Es congruente su forma de pensar y su forma de vivir? _____

OBJETIVO.

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____

¿Permite el contacto físico? _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? _____

Otros: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

SUBJETIVO.

Trabaja actualmente: _____ Tipo de trabajo: _____ Riesgos: _____

Cuánto tiempo le dedica al trabajo: _____

Está satisfecho con su trabajo: _____

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o su familia?: _____

¿Está satisfecho con el rol familiar que juega?: _____

OBJETIVO.

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

Otros: _____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

SUBJETIVO.

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: _____

¿Existen recursos en su comodidad para la recreación?: _____

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: _____

OBJETIVO.

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿Rechaza las actividades recreativas?: _____

¿Su estado de ánimo es apático / aburrido / participativo?: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

SUBJETIVO.

Nivel de educación: _____ Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____ Tipo: _____

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: _____

¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo?: _____

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: _____

Otros: _____

OBJETIVO.

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional / ansiedad / dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Bartolomé Vázquez Chahal Edad: 93 Años Peso: 55 Kgs.
Talla: 1.50 Cms. Fecha de Nacimiento: 18 de Noviembre de 1907 Sexo: Masc.
Ocupación: Agricultor Escolaridad: Analfabeta Fec. de val.: del 27-05 al 18-07 - 00
Procedencia: V. Carranza, Chis. Residencia: Paraiso del Grijalva. Fuente de inf.: Directa e Hijo
Fiabilidad (1 - 4): 3 Miembro de la familia / persona significativa: hijo
Estado civil: Viudo Cultura: Indigena Religión: Católica
Nivel socioeconómico: Bajo Idioma: Tzotzil
Lugar que ocupa en la Familia: Segundo de tres hermanos.

OXIGENACIÓN

SUBJETIVO:

Disnea debido a: Dolor Torácico. Tos Productiva: Abundante
Dolor asociado con la respiración: Si Fumador: desde los 12 años
Desde cuando fuma: Hace 80 años Estado de conciencia: Orientado
Cuantos cigarros al día/ varía la cantidad según el estado emocional: 1 cajetilla
Historia de la enfermedad infecciosa: T. B. Hace 18 años.
Tiene conocimiento de una respiración correcta: No. Que tipo de puro fumaba: Tabaco puro
Registro de signos vitales y características: 36.2° de Temp. 18 de Resp., 74 de puso, 110/60 T. A.

Coloración de piel / lechos ungueales / peribucal: Sin alteración
Circulación del entorno venoso: en ocasiones edema de Ms. ls.

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

SUBJETIVO.

Dieta habitual (tipo): Frutas, verduras y carnes Número de comidas diarias: 2 + 3 a 4 col.
Trastorno digestivo: Problemas de la masticación. Patrón de ejercicio: No tiene
Problemas de la masticación y deglución: Irritación de las encías.
Duración para tomar los alimentos: 45 minutos. Horario de comidas: des. 9 hrs y com 17 hrs.

OBJETIVO.

Turgencia de la piel: Bien conservado.
Membranas mucosas hidratadas / secas: Hidratadas.
Características de uñas / cabello: Cabello poca cantidad color grisáceo y uñas largas duras y gruesas
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Disminución del tono y fuerza muscular en general
Aspecto de los dientes y encías: Encías duras y resistente, ausencia total de los dientes
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Buena cicatrización
Con quién come: Solo
Utensilios de cocina: de barro, madera y de tamaño chico.

ELIMINACIÓN

SUBJETIVO.

Hábitos intestinales: Dos veces o más.
Características de las heces y orina: Heces color café y orina color ambar.
Dolor al defecar / orinar: Sin dolor y sin pujó.
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: Presenta poliuria y nicturia.

OBJETIVO.

Abdomen / características: Resistente sin acumulación de grasa.
Ruidos intestinales: Normales, cuando tiene diarrea alterado.
Palpación de la vejiga urinaria: no hay globo vesical.
Patrón de ejercicios: Se relaciona con el trabajo que realiza.

TERMORREGULACIÓN

SUBJETIVO.

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Presenta alteracion en los cambios de temperatura.

Ejercicio, tipo / frecuencia: Relacionado con el trabajo en el campo.

Temperatura ambiental que le guste: 30 - 35 grados.

OBJETIVO.

Características de la piel: Bien conservado.

Transpiración: Sudoracion abundante con ejercicio.

Condiciones del entorno fisico: Casa grande, amplia, fresca e iluminada y abundantes plantas.

Otros: En épocas de calor se baña diario y en épocas de frío cada tercer día.

MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

SUBJETIVO.

Capacidad fisica cotidiana: Trabaja en labores del campo 2 horas por 1/2 de descanso.

Actividades en el tiempo libre: Surcir, podar sus flores o dormir.

Hábitos de descanso: Dormir en la hamaca o en su sillón.

Hábitos de trabajo: "caqualea", acarrea basura, siembra su maíz, limpia su patio.

Peso corporal: 55 Kg.

OBJETIVO.

Estado del sistema músculo esquelético / fuerza: Disminución del tono y la fuerza muscular.

Capacidad muscular tono / resistencia / flexibilidad: Resistente.

Posturas: Herguida.

Ayuda para la deambulación: No.

Dolor con el movimiento: Si, en las articulaciones.

Presencia de temblores: Si, en mano izquierda leve.

Estado de conciencia: Lucido. Estado emocional: Contento.

Otros: El estado emocional es variable de risa a llanto.

DESCANSO Y SUEÑO

SUBJETIVO.

Horario de descanso: 1/2 hora variable. Horario de sueño: de 19 hrs a 3 horas.
Horas de descanso: Variable. Horas de sueño: de 15 a 18 horas.
Siesta: de 1/2 hora. Ayudas: Si, en el mantenimiento de la casa.
Temperatura ambiental que le guste: 30 a 35 °c. ¿Padece de insomnio?: No.
A que considera que se deba: A su edad.
¿Se siente descansado al levantarse?: Si.

OBJETIVO.

Estado mental: ansiedad / estrés / lenguaje: Lucidez, memoria retrograda, pero a ratos olvido.
Orejas: Simétricos. Atención: Atento. Concentración: Se distrae.
Cefaleas: Solo cuando se enferma Respuesta a estímulos: Duerme con luz para no desorientarse.
Otros: Duerme solo.

USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

SUBJETIVO.

¿Influye su estado de ánimo para la selección de prendas de vestir?: Si.
¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?: Si.
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?: Si, él no se pone ropa de fábrica solo su traje regional.
¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?: Si.

OBJETIVO.

Viste de acuerdo a la edad: Si.
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Muy lento.
Vestuario incompleto: No. Sucio: No. Inadecuado: Si.
Otros: Los huraches cambiados.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

SUBJETIVO.

Frecuencia de aseo: Diario o cada tercer día.

Momento preferido para el baño: 9 de la mañana o a las 12 del día.

Cuántas veces se lava los dientes al día: Después de cada comida se enjuaga.

Aseo de manos antes y después de comer: Si. Después de eliminar: No, se le olvida.

Tiene creencias personales o religiosos que limiten su hábitos higiénicos: Si, su semana mayor.

Otros: Cuida la semana.

OBJETIVO.

Aspecto general: Aseado. Olor corporal: Agradable.

Halitosis: No. Estado del cuero cabelludo: _____

Tipo de baño: Huacalazo. Almacenamiento de agua: Tanque abierto.

Lesiones dérmicas, que tipo: Picaduras de hormigas y de moscos.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

SUBJETIVO.

Qué miembros componen su familia de pertenencia: 4 hijos.

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: Se queda en su lugar.

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: No.

En el hogar: De quemarse. En el trabajo: Cortarse o caerse.

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: Si.

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida: A veces riendo, regañando o llorando.

OBJETIVO.

Condiciones del ambiente en su hogar: Tranquilo.

En el trabajo: Limpio.

Otros: No hay ruido de radio o de Tv.

NECESIDADES DE COMUNICARSE

SUBJETIVO.

Estado civil: Viudo. Años de viudo: 5 años. Vive con: Solo.

Preocupaciones / estrés: Le preocupa dejar sus santitos de su altar.

Otras personas que puedan ayudar: Amigos y vecinos.

Rol en la estructura familiar: Jefe de la casa.

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad / estado: Si.

Cuanto tiempo pasa sola: La mayor parte del tiempo.

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: 4 a 6 veces llega alguien a verlo.

OBJETIVO.

Habla claro: Si pero a veces esta confuso.

Dificultad en la visión: Si, ve un poco borroso.

Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas: El hijo cuando llega a visitarlo, con el nieto que llega a dejar tortillas en cada comida y su cuidador que hace el aseo.

Otros: _____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

SUBJETIVO.

Creencia religiosa: Católico.

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: No, al contrario porque lo fortalece.

Principales valores en su familia: Responsabilidad, respeto, fidelidad, honradez.

Principales valores personales: Los mismos.

¿Es congruente su forma de pensar y su forma de vivir?: Si.

OBJETIVO.

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): Su traje regional.

¿Permite el contacto físico?: Si.

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?: Porta su escapulario y algunas prendas tejidas.

Otros: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

SUBJETIVO.

Trabaja actualmente: Si. Tipo de trabajo: Agricultor. Riesgos: Marearse, resbalarse.

Cuánto tiempo le dedica al trabajo: 4 o 6 horas.

Está satisfecho con su trabajo: Si.

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o su familia?: No.

¿Está satisfecho con el rol familiar que juega?: No, a partir de que enviudó él hace su propia comida.

OBJETIVO.

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

En general es calmado pero cuando se enoja es gruñón.

Otros: _____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

SUBJETIVO.

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Observar, surcir, etc.

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: Si, porque se pone a llorar.

¿Existen recursos en su comodidad para la recreación?: Si, se lleva a pasear.

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: Cuando era joven en carreras de caballo.

OBJETIVO.

Integridad del sistema neuromuscular: Integro.

¿Rechaza las actividades recreativas?: Ahora si.

¿Su estado de ánimo es apático / aburrido / participativo?: Participativo.

Otros: Le gustan los animales y jugar con ellos.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

SUBJETIVO.

Nivel de educación: Analfabeto. Problemas de aprendizaje: No.

Limitaciones cognitivas: No. Tipo: _____

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: No hay para él.

¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo?: _____

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: Si.

Otros: Si aprende lo que se le enseña, solo hay que repetírselo varias veces.

OBJETIVO.

Estado del sistema nervioso: Pasivo.

Órganos de los sentidos: Disminuidos por la edad.

Estado emocional / ansiedad / dolor: Variable.

Memoria reciente: Si memoriza.

Memoria remota: También recuerda hacia su pasado.

Otras manifestaciones: Todo lo que sabe fué a través de la observacion, escuchando y preguntando.

V.- APLICACIÓN DEL PROCESO. (anexo 5)

2.- CONCLUSIÓN DX. DE ENFERMERÍA.

NECESIDAD	GRADO DE DEPEND.			DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.
	INDEP.	P. D.	DEP.	
1.- OXIGENACION.		✓		<p>PROBLEMA: Respiración ineficaz de las vías aéreas.</p> <p>RELACIONADO CON: Tos productiva.</p> <p>MANIFESTADO POR: Secreciones abundantes, espesas, verdosas.</p>
2.- NUTRICIÓN E HIDRATACION.		✓		<p>PROBLEMA: Alteración de la nutrición por defecto.</p> <p>RELACIONADO CON: Incapacidad para masticar los alimentos por la carencia de las piezas dentarias.</p> <p>MANIFESTADO POR: Frecuentes diarreas.</p>
3.- ELIMINACIÓN.		✓		<p>PROBLEMA: Alteración de la excreción urinaria.</p> <p>RELACIONADO CON: Trastorno neuromuscular.</p> <p>MANIFESTADO POR: Aumento del número de veces para orinar.</p>
4.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA		✓		<p>PROBLEMA: Deterioro de la movilidad física.</p> <p>RELACIONADO CON: Endurecimiento de las articulaciones.</p> <p>MANIFESTADO POR: Disminución de los movimientos en general.</p>
5.- DESCANSO Y SUENO.	✓			INDEPENDIENTE
6.- USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS		✓		INDEPENDIENTE
7.- TERMORREGULACIÓN.		✓		<p>PROBLEMA: Alto riesgo de alteración de la temperatura corporal.</p> <p>RELACIONADO CON: Exposición al frío, vejez.</p> <p>MANIFESTADO POR: Elevación de la temperatura y piel fría.</p>

V.- APLICACIÓN DEL PROCESO. (anexo 5)

2.- CONCLUSIÓN DX. DE ENFERMERÍA.

NECESIDAD	GRADO DE DEPEND.			DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.
	INDEP.	P. D.	DEP.	
8.- HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL		✓		<p>PROBLEMA: Déficit de autocuidado de higiene de las manos.</p> <p>RELACIONADO CON: Perdida de la memoria anteógrada.</p> <p>MANIFESTADO POR: Olvido en el aseo de manos después de ir al baño.</p>
9.- EVITAR PELIGROS.		✓		<p>PROBLEMA: Alto riesgo de traumatismo.</p> <p>RELACIONADO CON: Debilidad, mala visión disminución de la sensibilidad térmica y/o táctil</p> <p>MANIFESTADO POR: Hematomas en la cabeza, caídas.</p>
10.- COMUNICARSE.		✓		<p>PROBLEMA: Deterioro de la comunicación verbal.</p> <p>RELACIONADO CON: Barrera idiomática.</p> <p>MANIFESTADO POR: Dificultad para formar palabras en castellano.</p>
11.- VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	✓			INDEPENDIENTE.
12.- TRABAJAR Y REALIZARSE.	✓			INDEPENDIENTE
13.- JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.	✓			INDEPENDIENTE
14.- APRENDIZAJE.	✓			INDEPENDIENTE

V.- APLICACIÓN DEL PROCESO. (anexo 5)

2.- CONCLUSIÓN DX. DE ENFERMERÍA.

NECESIDAD	GRADO DE DEPEND.			DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.
	INDEP.	P. D.	DEP.	

PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO. (anexo 6)

DX. DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
<p>1.- PROBLEMA: Respiración ineficaz de las vías aéreas.</p> <p>RELACIONADO CON: Secrecion en vías respiratorias.</p> <p>MANIFESTADO POR: Flemas espesas, verdosas y abundantes.</p>	<p>- disminuir el cúmulo de secreciones.</p> <p>- Mantener las vías aéreas permeables.</p>	<p>- Se enseñará ejercicios respiratorios para favorecer su respiración.</p> <p>- Se orientará el uso de escupidoras.</p> <p>- Se dará vaporizaciones caseras para fluidificar las secreciones.</p>	<p>- El señor podrá respirar sin ningún problema.</p>
<p>2.- PROBLEMA: Alteración de la nutrición.</p> <p>RELACIONADO CON: Incapacidad para masticar los alimentos por carencia de las piezas dentarias.</p> <p>MANIFESTADO POR: Diarreas frecuentes, masticación lenta e intolerancia de alimentos duros.</p>	<p>- Favorecer una alimentación adecuada a su edad y limitaciones.</p>	<p>- Orientar sobre la importancia de mantener bien tapados los alimentos.</p> <p>- Vigilar que los alimentos estén perfectamente bien cocidos, las frutas bien maduras.</p> <p>- Favorecer la ingesta de líquidos.</p> <p>- Indagar los alimentos de su preferencia o desagrado.</p> <p>- Ofrecer alimentos fraccionados.</p> <p>- Darle alimentos que tengan fibras.</p>	<p>- Mejorará la consistencia de las heces.</p>
<p>3.- PROBLEMA: Alteración de la excreción urinaria.</p> <p>RELACIONADO CON: Trastorno neuromuscular.</p> <p>MANIFESTADO POR: Aumento del número de veces para orinar.</p>	<p>- Reeducar al Sr. Bartolomé sobre la eliminación urinaria.</p>	<p>- Enseñarle a que realice ejercicios vesicales cada 3 horas.</p> <p>- Orientarlo a utilizar el orinal durante la noche o cuando viaja.</p> <p>- Proporcionar la ingesta de líquidos con horario.</p>	<p>- Disminuirá la frecuencia de orina.</p> <p>- Tendrá un horario establecido para sus micciones.</p>

PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO. (anexo 6)

DX. DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES.
<p>4.- PROBLEMA: Deterioro de la movilidad física.</p> <p>RELACIONADO CON: Disminución de los movimientos de las articulaciones.</p> <p>MANIFESTADO POR: Movilización lenta y dificultosa.</p>	<p>- Asistirlo para que recupere hasta donde sea posible la movilidad.</p>	<p>- Programar un esquema de ejercicios.</p> <p>- Darle masajes en todas las articulaciones.</p> <p>- Acompañarlo a caminar.</p>	<p>- Mejorará el movimiento de las articulaciones.</p>
<p>5.- PROBLEMA: Déficit de autocuidado de vestido y calzado.</p> <p>RELACIONADO CON: Edad avanzada y vista borrosa.</p> <p>MANIFESTADO POR: Exceso de tiempo para vestirse y desvestirse, calzado de colores diferentes.</p>	<p>- Favorecer las condiciones para que tenga acceso a su indumentaria y sus huaraches sin equivocarse.</p>	<p>- No dejar varios huaraches juntos para no confundirlo, explicaré la distribución.</p> <p>- Mantener la ropa accesible para cuanto se vista.</p>	<p>- Disminuirá el tiempo de vestirse y desvestirse.</p> <p>- No se pondrá los huaraches confundidos.</p>
<p>6.- PROBLEMA: Alto riesgo de alteración de la temperatura corporal.</p> <p>RELACIONADO CON: Exposición a cambios frescos de temperatura.</p> <p>MANIFESTADO POR: Elevación de la temperatura, piel fría y rubicundez.</p>	<p>- Mantener una temperatura adecuada de acuerdo al clima y a su edad.</p>	<p>- Proporcionarle un toalla para que se seque el cuerpo después del baño.</p> <p>- Proporcionar ropa limpia y seca.</p> <p>- Sentarlo 20 minutos en el sol.</p> <p>- proporcionarle agua tibia para su baño.</p>	<p>- Mantener una temperatura normal.</p>

PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO. (anexo 6)

DX. DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES.
<p>7.- PROBLEMA: Déficit de auto cuidado de higiene de las manos.</p> <p>RELACIONADO CON: Pérdida de la memoria anterógrada.</p> <p>MANIFESTADO POR: Olvido en el aseo de manos después de ir al baño.</p>	<p>- Propiciar el lavado de manos con mayor frecuencia.</p>	<p>- Orientación sobre la importancia del lavado de las manos.</p> <p>- Estimulación para recordar lavarse las manos.</p> <p>- Ponerle a su alcance agua y limónes partidos para lavarse.</p>	<p>- Debe de evitar el olvido del lavado de las manos.</p>
<p>8.- PROBLEMA: Alto riesgo de traumatismo.</p> <p>RELACIONADO CON: Debilidad y visión borrosa.</p> <p>MANIFESTADO POR: Hematomas en la cabeza y caídas.</p>	<p>- El señor caminará con cuidado evitando caídas.</p> <p>- Se mantendrá mas seguro con el uso del bastón.</p> <p>- Orientar al cuidador para el aseo de la casa.</p>	<p>- Recoger basura que pueda propiciar una caída.</p> <p>- Se proporcionará una silla en el baño para que pueda bañarse.</p> <p>- Se limpiará la casa para que no resbale.</p> <p>- se orientará sobre el uso del bastón.</p>	<p>- El Sr. Bartolomé podrá transitar libremente en su casa sin caerse.</p>
<p>9.- PROBLEMA: Deterioro de la comunicación verbal.</p> <p>RELACIONADO CON: Barrera idiomática.</p> <p>MANIFESTADO POR: Dificultad para formar palabras en castellano.</p>	<p>- Propiciar la comunicación verbal y mímica.</p>	<p>- Motivar al señor para que visite a sus contemporáneos.</p> <p>- Enseñarle algunas palabras básicas en castellano.</p> <p>- Animar la conversación.</p>	<p>- Se aprenderá palabras en español para relacionarse con los "ladinos".</p>

PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO. (anexo 6)

DX. DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES.