

101



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia



"PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA"

**"CUIDADOS EN EL HOGAR EN UN ADULTO CON ALTO GRADO DE
DEPENDENCIA PARA EL MANTENIMIENTO DE SU SALUD"**

Que para obtener el título de:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

Eudexia Morales Tondopó

Cuenta No. 9562504-9

ASESORA

Lic. Margarita Cárdenas Jiménez

Noviembre de 2000.

287281

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Calle de la Universidad 16 - 2a
Ciudad de México



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.

INTRODUCCIÓN.

La imagen tradicional de la enfermera es la de proporcionar cuidados en el hospital, se desconoce mucho de su amplia variedad de los cuidados por su compleja formación, basado en la enseñanza de las habilidades en los hospitales.

Hoy en día con el desarrollo de la ciencia y la tecnología, la formación es de gran trascendencia para el desarrollo de la profesión de enfermería, con las diferentes corrientes socioeconómicas la práctica de enfermería modifica su rol y la imagen de la enfermera se transforma.

Existe gran interés en todo lo que es la persona y su familia para que adquiera y desarrollen conocimientos que necesitan para mantener o reforzar su bienestar y así elevar al nivel óptimo de salud.

Con el nuevo replanteamiento sobre la práctica se necesita la construcción de un marco teórico, que ofrezca elementos fundamentales para realizar el compromiso de enfermería con la salud del individuo, la familia o la comunidad y el hacer llevar la salud en los escenarios del hombre en el hogar o centros de trabajo.

La presentación de este trabajo de estudio e integración del proceso de enfermería en el hogar enfocado a un adulto con

alto grado de dependencia para el mantenimiento de su salud, tiene la finalidad de mejorar la calidad de vida, utilizando como marco referencial todas las etapas del proceso de enfermería, tomando como base teórica a Virginia Henderson e integrando la gama de diagnósticos de enfermería.

INDICE

INTRODUCCIÓN

I. JUSTIFICACIÓN.....	5
II. OBJETIVOS	6
III. METODOLOGÍA	7
IV. MARCO TEÓRICO	9
1. ANTECEDENTES DE LA ENFERMERÍA.....	9
2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA.....	16
a) <i>Persona</i>	21
b) <i>Entorno</i>	22
c) <i>Salud</i>	22
d) <i>Cuidado</i>	22
3. CUIDADO	23
a) <i>Antecedentes</i>	23
b) <i>Concepción del cuidado</i>	26
4. PROPUESTA TEÓRICA DE VIRGINIA HENDERSON	29
a) <i>Antecedentes</i>	29
b) <i>Postulados Teóricos</i>	31
5.- PROCESO DE ENFERMERÍA	36
a) <i>Antecedentes</i> :	36
b) <i>Etapas del proceso de enfermería</i>	38
6. EL PROCESO BASADO EN VIRGINIA HENDERSON.....	77
7. CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO DE EDAD MEDIA.	132
a) <i>Características físicas</i>	132
b) <i>Características Psicológicas</i>	133
c) <i>Características físicas del discapacitado</i>	135

<i>d) Características psicológicas</i>	136
<i>e) Derechos humanos de los discapacitados</i>	136
V. APLICACIÓN DEL PROCESO	139
1. RESUMEN VALORATIVO.....	139
2. JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES	147
3. PLAN DE CUIDADO DOMICILIARIO.....	151
4. REGISTRO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	160
VI. CONCLUSIÓN.	169
VII. SUGERENCIAS.	171
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	172
ANEXO	

I. JUSTIFICACIÓN.

Elijo el proceso de enfermería con la finalidad de conocer y ampliar mis conocimientos de manera concreta con el aprendizaje obtenido durante el seminario del proceso de enfermería y así proporcionar cuidados de calidad enfocados al individuo sano o enfermo y su familia.

La utilización del proceso de enfermería resulta beneficiosa para el individuo y su familia. Estimula a participar activamente e involucra a la familia para fomentar la continuidad de los cuidados, creando un ambiente seguro y así mejorar su calidad de vida. Así mismo deseo obtener la titulación de Licenciada en Enfermería y Obstetricia, por lo que me aboqué en la tarea de integrarlo en lo teórico y en lo metodológico para proporcionar cuidados en el hogar en un adulto con alto grado de dependencia para el mantenimiento de su salud, que pueda fomentar su bienestar y si éste se viera en desequilibrio el proceso estará enfocado a cubrir las necesidades del individuo y la familia.

II. OBJETIVOS

- ❖ Satisfacer las necesidades en el hogar al individuo sano o enfermo con un alto grado de dependencia para el mantenimiento de su salud, para mejorar su calidad de vida, a través del proceso de enfermería, basados en el modelo de Virginia Henderson.
- ❖ Estructurar un proceso de enfermería que pueda cubrir las necesidades del individuo o la familia para mantener su bienestar y elevar a un nivel óptimo de salud.
- ❖ Por medio del proceso de enfermería, obtener una relación estrecha entre el individuo y la familia con el objeto de conocer sus necesidades y sus riesgos potenciales.
- ❖ Mantener su integridad física y psicológica para el logro de su independencia e integrarlo al núcleo familiar y social.

III. METODOLOGÍA

Este proceso de enfermería se aplicó a un adulto con alto grado de dependencia para el mantenimiento de su salud; en base a los conocimientos adquiridos durante el seminario de proceso de enfermería y revisando exhaustivamente bibliografías de suma importancia para la integración del marco teórico, donde elabore fichas de resúmenes, analíticas y textuales que fundamentaron de manera ordenada la información.

El proceso de enfermería fue aplicado en el hogar de la persona con interacción estrecha con la madre, en su domicilio ubicado en la 3ª avenida sur oriente número 1452 en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez del Estado de Chiapas, llevándose a cabo el 12 de junio al 26 de junio del año 2000, en los días lunes, miércoles, viernes y sábado, con dos horas de 9 a 11 de la mañana, a partir del 12 de junio fecha en que se inició la valoración de sus necesidades y en común acuerdo con la persona y la madre quien lo cuida y hasta el momento en que se observó que con ayuda de la familia podía continuar sus cuidados, con fecha 26 de junio del año en curso.

Durante este tiempo que se efectuó el proceso de enfermería se estableció una interacción estrecha con la familia de gran valor para el logro de los objetivos del plan de cuidados en su ejecución y evaluación de los logros obtenidos, concientizando a la

vez de la importancia de continuar con las actividades de satisfacer sus necesidades, esta comunicación se llevó a cabo de manera verbal y escrita registrada en el plan de cuidados con anotaciones, hoja de registro de los cuidados para poder hacer una evaluación al plan de cuidados en su ejecución o ratificación.

Todas las intervenciones que se realizaron fueron de acuerdo a las necesidades básicas del individuo en relación con la jerarquización de los diagnósticos de enfermería para promover su independencia.

IV. MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES DE LA ENFERMERÍA.

Desde los primeros tiempos se conoce la figura de la enfermera, como la persona que proporciona ayuda a los enfermos, a los niños y a los recién nacidos. Papel desempeñado por mujeres, antes de la era cristiana y después por las órdenes monásticas. En la edad media las hermanas agustinas formaron la primera organización sanitaria para el servicio público.

En el siglo XVI los hospitales se regían bajo la dirección de la iglesia católica, provocando el período oscuro de la enfermería, los hospitales eran lugares insalubres, oscuros y denigrantes, era atendidas por mujeres crueles e inmorales, realizaban actividades domésticas del hospital como, lavar la ropa, hacer la limpieza, con escasos salarios y jornadas de 12 a 40 horas, carecían de formación para ejercer como enfermeras. En este período ninguna profesión se desarrollo (Kozier, 1993).

En 1826 Teodor Fliedner y su esposa Fredirika Munster, organizaron una sociedad de enfermeras visitadoras e impartieron cursos de adiestramiento con duración de tres años.

En 1836 se crea el instituto de diaconizas de Kaiserwerth, con el objeto de regenerar la enfermería, centrando su atención en el cuidado de los enfermos. Creando un hospital y una

escuela con programa de enfermería que incluía: preparación en enfermería hospitalaria y domiciliaria con duración de tres años, con aprendizaje teórico práctico del cuidado de los enfermos, adquisición de conocimientos farmacéuticos, preparación ética y doctrina religiosa (Hernández, 1995).

La reforma llegó con la enfermera Británica Florence Nightingale, durante la guerra de Crimea, sus esfuerzos lograron que la enfermería se convirtiera en una profesión respetada. Crea una escuela de formación para enfermeras en Sto. Tomás, hospital de Londres, en él desarrolló el primer programa de estudio organizado, su objetivo era preparar enfermeras de hospital, enfermeras visitadoras y enfermeras capacitadas para preparar a otras, surgiendo de ahí líderes de la enfermería, que como graduadas fueron enviadas a países extranjeros, disminuyendo así la degradación que había sufrido la enfermería. (Hernández, 1995).

En 1852, Dunant publicó el famoso recuerdo de solferino, que contenía la idea embrionaria para el nacimiento de la cruz roja y donde se valora a la enfermera como figura importante en los cuidados a prestar a los enfermos (Hernández, 1995).

En Norte América la creación de los servicios de enfermería y salud fue en 1725-1783, una organización importante la Sociedad de Enfermeras en Filadelfia, que ofrecían a las mujeres instrucción mínima de obstetricia, para ayudar a las parturientas.

A finales de 1800 se produjo una rápida reforma de los servicios de la enfermería en los Estados Unidos y Canadá, se

pusieron en marcha escuelas de enfermerías con planes y programas de formación adecuados. Surgieron líderes de la profesión. (Kozier, 1993).

Isabel Hapton (Canadiense), escribió un libro de texto que se convirtió en básico en todas las escuelas de enfermería de América.

Mary Adelayne Nutting (Canadiense), organizó un curso de formación para estudiantes, previo a la práctica en las salas del hospital y redujo el tiempo de estudio de 12 a 8 horas, y prolongó el período de formación a 3 años.

Mary Agenes Snively, enfermera graduada, se encargó de la escuela de formación en Toronto general hospital. Su trabajo en la dirección le hizo ganar más reconocimientos y fue la presidenta de la canadian nurses' association.

Linda Richards, se considera como la primera enfermera graduada de Norte América, reformó 12 hospitales, puso en marcha escuelas de salud mental, su programa de formación incluía un período de práctica en hospitales y fundó la primera escuela de enfermería en Japón.

La primera profesional de color en América fue Mary Mahoney, graduándose en 1879.

Harriet Newton Pilleps, enfermera graduada, quien se considera la pionera de la salud pública en América, de los servicios misioneros y quién obtuvo la primera posgraduación.

A finales del año 1800 entre las enfermeras surge la necesidad de organización en Inglaterra. En 1894 se creó el Matron's Council de Gran Bretaña e Irlanda y posteriormente, se constituyó la American Society of Superintendents of training School for Nurses' Associsted Alumnae en 1897.

En 1908 se fundó el National Association of Colored Graduate Nurses, por un grupo de enfermeras, que opinaban que una organización de profesionales podría llegar muy lejos defendiendo las causas de la enfermería y así como sus propios intereses y de esta organización surgieron otras a nivel nacional.

En 1925 Beckinridge y otras dos enfermeras fundaron el FNS del Leslie Country, en Kentocky, dentro esta organización, fundó una de las primeras escuelas de obstetricia en Estados Unidos (Kozier, 1993).

Desde la creación de las primeras organizaciones de enfermería y final de la segunda guerra mundial, fue el período rápido de crecimiento de hospitales y de escuelas de enfermería. Período en que la mayoría de las escuelas habían adoptado programas de formación de tres años.

En 1920 el sistema educativo basado en los hospitales empezó a cuestionarse la afectividad de la enfermera como educadora. Esta fue la causa de que se impartiera cursos especiales de preparación para la docencia en la universidad, también se llevó a cabo proyectos de educación en salud pública, debido a la epidemia de gripe que azotó al país y al desarrollar nuevos

campos que incluían la enseñanza de los principios sanitarios a los individuos, comunidades y familias.

En los años 20 Rockerfeler Survey, propuso la separación de las escuelas de enfermería de los hospitales y de la adecuación de estas, a un nivel universitario, creándose 2 escuelas universitarias de enfermería, el objetivo fue comprobar si era posible la compaginación de estudios teóricos con prácticas en hospitales, de acuerdo con la necesidad del estudiante, enfatizó en el bienestar social y aspectos sanitarios concernientes a la enfermería.

En 1940 se hizo hincapié a favor de las especialidades clínicas para los profesionales de las escuelas y universidades (Kozier, 1993).

Durante el siglo XX, en la enfermería se han producido cambios trascendentes, con el descubrimiento de nuevos fármacos, nuevas técnicas y tecnologías ha acrecentado las responsabilidades de las enfermeras y ha obligado a introducir modificaciones radicales en los cuidados de enfermería (Donahue, 1988).

Miss Stewart, dirigió una investigación sobre la enfermería y la formación de enfermería. Estudió los métodos de investigación filosóficos, educativos e históricos y los incorporó a sus libros y escritos después se incorporó la enseñanza de la investigación al programa de estudio de graduación de enfermería.

La investigación ha demostrado ser un mecanismo generador de nuevos conocimientos para la enfermería, que tiene como

resultado el asentamiento de la calidad de los cuidados. Al reconocerse la investigación de enfermería como un método eficaz para el recorte de costes, ha ido adquiriendo mayor aceptación. Las formas más eficientes y eficaces de la enfermería se pueden identificar a través de la investigación.

El desarrollo de los programas universitarios de enfermería se inició con los estudios de diplomado. La falta de enfermeras preparadas para puestos de docencia y administración era evidente. Así se iniciaron los programas con grado de licenciatura, y pronto se vio que podían construir el nivel de especialización para la docencia y la administración.

La Dra. Louise Fitzpatrick en 1983, describe cuatro fases de desarrollo de influencias y cambios principales:

Orígenes 1939-1952, fase de dificultad en el desarrollo de los programas de formación de enfermeras. La Dr. R. Louise reunió un grupo de cinco representantes de áreas escolares en Nueva York, este grupo propuso la formación de diplomado como nivel inicial y la licenciatura como nivel de especialización (Donahue, 1988).

Etapa de transición 1953-1964, fue durante estos once años cuando la licenciatura fue reconocida como nivel avanzado de la formación de enfermería.

Regionalización en 1955, con el fin de promover la formación profesional y de diplomados en el campo de la salud, los programas de licenciatura fueron más fuertes para preparar al profesorado.

Estos programas contribuyeron enormemente a la formación de diplomado que estaba basado en la investigación.

Maduración de la licenciatura 1964-1975, la licenciatura maduró y se convirtió en una acreditación importante para la enfermería que ostentaba puestos directivos, se acrecentó el interés por la investigación y la expansión de los programas de diplomados dentro las especialidades clínicas. El grado de licenciatura se ha asentado firmemente en la estructura de la formación de enfermería.

En 1954, la University of Pittsburgh creó un doctorado médico en enfermería. El primer doctorado en ciencias de la enfermería psiquiátrica se inicio en Boston University en 1960.

Según Stykles 1977, la historia de la formación de doctorado se dividió en dos componentes: los primeros años estuvieron dominados por la formación de doctorado para enfermeras y en los años posteriores en la formación de doctorado en enfermería.

En la actualidad se ofrecen dos programas de doctorado en enfermería, el doctorado médico o doctorado académico, que hace hincapié en la investigación de enfermería, y el doctorado en ciencias de la enfermería o doctorado profesional, que se centra especialmente en la práctica de la enfermería. (Donahue, 1988).

2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA.

En 1933 y 1934, Effie J. Taylor, aceptó la definición de enfermería como “La adaptación de la terapia prescrita y el tratamiento preventivo de cada individuo, según sus necesidades físicas y psíquicas específicas”. Y también dijo “La verdadera naturaleza de la enfermería sólo puede trasmitirse a través de ideales, amor, simpatía, conocimiento y cultura, expresados mediante la práctica de procedimientos artísticos y relaciones humanas”. Declaraciones en las que participa algunas de las ideas que se destacan ahora en cuanto a los pacientes hospitalizados, cuidados individualizados y la importancia de la educación liberal de la enfermera (Henderson, 1994).

En 1961, Ida Orlando, contempla la enfermería como la tarea de proporcionar la ayuda necesaria para que el paciente satisfaga sus necesidades, es decir para asegurar su bienestar físico y mental al máximo, dentro de lo posible (W. Iyer, 1989).

En 1978, Claire Fagin, define a la enfermería como aquello que comprende la promoción y conservación de la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados de la persona durante las fases agudas de la enfermedad, así como la rehabilitación y la recuperación de la salud.

En 1973, 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.

En 1980, la ANA, define que “La enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas del ser humano a los problemas actuales o potenciales de salud.

Florencie Naigtingale, define que la función de la enfermera es “Dejar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza siga su curso”, concepto que ha influido en el desarrollo de la enfermería actual.

La enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera, junto con la persona beneficiaría a estos cuidados, identificando metas comunes para realizar y mantener la salud. Concepto en el que interviene el metaparadigma de enfermería en cuanto a la persona, entorno, enfermería y salud (Grinspun, 1993).

1952 Hildegard (Enfermería psicodinámica) Un proceso significativo, terapéutico, interpersonal. Funciona conjuntamente con otros procesos humanos que posibilitan la salud de los individuos en las comunidades. Un instrumento educativo, una fuerza que ayuda a empujar a las personas hacia la creatividad, la construcción, la productividad, la personalidad y la vida comunitaria: (Kozier, 1993).

1960 Faye Abdellah (21 problemas de la enfermería), el servicio a los individuos, familia y sociedad. es un arte y una ciencia que moldean las actitudes, las competencias intelectuales y las experiencias técnicas de la enfermera dentro del deseo de ayudar a las personas, sanas o enfermas, cuando cubriendo sus

necesidades de salud. Puede llevar a cabo bajo la dirección médica general o específica.

1979 Martha Roger, (la unidad de los seres humanos, un campo de interés), es una ciencia humanística dedicada al compromiso con el mantenimiento y la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y la atención para rehabilitar al enfermo e incapaz. La enfermería busca promover la interacción armoniosa entre el medio y la persona, fortalecer la coherencia e integridad de los seres humanos, y dirigir los modelos de interacción entre la persona y el medio para el logro de una máxima salud.

1971-1981 Imogene King. (Teoría del logro de metas), es una profesión de apoyo que ayuda a los individuos y grupos sociales a obtener, mantener y restaurar la salud. Si esto no es posible, las enfermeras ayudaran a los individuos a morir con dignidad. La enfermería percibe, piensa, relaciona, juzga y actúa frente a frente, ante la conducta de aquellos individuos que implican una actuación sanitaria. Una situación en enfermería constituye el ambiente y la realidad espacial y temporal, en la que la enfermera y el cliente establecen una relación para luchar por los estados de salud y ajustar cambios en las actividades de la vida diaria, si la situación lo requiere. Es un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción, y transacción por el cual enfermera y cliente participan de sus propias percepciones en esta situación.

1973, Myra Levine (4 principios de conservación), es una interacción humana; una disciplina arraigada en la dependencia

orgánica del individuo en relación con otros seres humanos. Una subcultura que refleja las ideas y valores únicos para las enfermeras, incluso aunque los valores reflejen el modelo social que las ha creado.

1976-1984, sor Callista Roy, (Teoría de la adaptación), es un sistema teórico de conocimientos que prescribe un proceso de análisis y acción relacionados con la atención del enfermo, o con la persona potencialmente enferma, como una ciencia para observar, clasificar, y relacionar los procesos por los cuales la personas afectan positivamente a su estado de salud. Como disciplina práctica, es el conjunto de conocimientos científicos de la enfermería, se emplea para ofrecer un servicio esencial a las personas y promover aquello que afecta a la salud positivamente.

1982, Bette Neuman (Teoría sistemática). Una profesión única que se preocupa por todas las variables que afectan a la responsabilidad de los individuos, que son intra inter y extrapersonales por naturaleza. El interés de la enfermería es prevenir la tensión, o tras la tensión, proteger la estructura básica del cliente y obtener o mantener el nivel de bienestar máximo. La enfermera ayuda al cliente, a través de formas de prevención primaria, secundaria y terciarias, a adaptarse a la tensión ambiental y a mantener su estabilidad.

1984, Madelaine Leininger (Teoría de atención transcultural). Es un arte humanístico aprendido y una ciencia que se enfoca en los comportamientos personalizados (individuales, o conjuntos), en las funciones y en los procesos dirigidos hacia la recuperación en la enfermedad. Los comportamientos tienen un significado físico,

psicocultural y social para aquellos seres, asistidos generalmente por una enfermera profesional o una de similares competencias.

1985, Dorotea Orem (Teoría de autoasistencia), un servicio de ayuda o asistencia a las personas que son total o parcialmente dependientes niños, adolescentes y adultos, cuando ellos, sus padres, tutores, u otros adultos, responsables de su cuidado no son capaces de darles o supervisar esta atención. Un esfuerzo creativo de un ser humano para ayudar a otros seres humanos. La enfermería es una acción deliberada, una función de la inteligencia practica de las enfermeras y una acción sobre la condición humana de las personas y el medio ambiente. Se distingue de otros servicios humanos y de otras formas de atención por centrarse en los seres humanos.

1980 Dorothy E. Johnson (Teoría Conductual). Es una fuerza reguladora externa que se preserva la organización e integración del comportamiento de los clientes en un nivel optimo, bajo aquellas condiciones en las que la conducta constituye una amenaza a la salud física o social, en las que se encuentra la enfermedad.

1960 Virginia Herderson (14 necesidades básicas). La única función de la enfermera: es ayudar a los clientes, sanos o enfermos, en el desarrollo de aquellas actividades que constituyen a su salud, su recuperación, a la 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).

a)Persona

Es definida como uno o más seres humanos, que representa un ser único y complejo definido por la interrelación e interacción entre los aspectos biológicos, físico, psicológico, sociales, económico y espirituales, (Grinspun, 1993).

Se 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 para mantener su integridad física y psicológica, promover su desarrollo y crecimiento. Se menciona las 14 necesidades (Hernández, 1995):

- ♦ Necesidades de oxigenación.
- ♦ Necesidades de nutrición e hidratación.
- ♦ Necesidades de eliminación.
- ♦ Necesidades de moverse y mantener una buena postura.
- ♦ Necesidades de descanso y sueño.
- ♦ Necesidades de usar prendas de vestir adecuadas.
- ♦ Necesidades de termorregulación.
- ♦ Necesidades de higiene y protección de la piel.
- ♦ Necesidades de evitar los peligros.
- ♦ Necesidades de comunicarse.
- ♦ Necesidades de vivir según sus creencias y valores.
- ♦ Necesidades de trabajar y realizarse.

- ◆ Necesidades de jugar, participar en actividades recreativas.
- ◆ Necesidades de aprendizaje

b) Entorno.

El entorno es definido como el mundo único de cada persona e incorpora al medio ambiente físico socio-económico y psicológico en el cual la persona se desenvuelve. Este entorno es individual para cada individuo.

c) Salud.

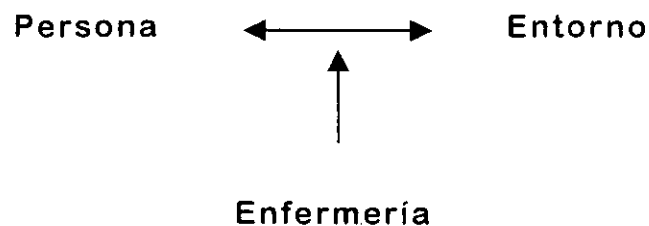
Es definida como el estado de bienestar biológico, psicológico y socioeconómico, son aspectos importantes que contribuyen el bienestar general de una persona o una sociedad. (Grinspun, 1993).

Virginia Henderson, lo define como la satisfacción de las necesidades de una persona en forma continua, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud y mantener su independencia (Fernández, 1995).

d) Cuidado.

Los cuidados básicos son las acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de sus actividades, actuando según criterio previo al análisis de las necesidades humanas, observando e identificando cada una en la persona según nivel de dependencia y estos han de adaptarse a la idiosincrasia de la persona para proporcionar un cuidado individualizado.

Para Doris Grinspun, 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 enfermera asiste a la persona a movilizar fuerzas para el proceso de salud. Este vínculo interactivo entre la persona y la enfermera se da cuándo tres de los conceptos básicos del metaparadigma de enfermería se encuentran:



Aquí, Enfermería es visto como un proceso activo. Enfermera, persona y entorno para lograr la salud.

3. CUIDADO

a) Antecedentes.

Es necesario abordar la historia de los cuidados por que es importante demostrar su origen, desarrollo, ya que en la actualidad los servicios de enfermería se cree que surgió en hospitales generales y en los dispensarios médicos. Las distintas formas de identificar la práctica curativa, convertidas después en práctica

de enfermería y luego en cuidados de enfermería se encuentran a lo largo de la historia de la humanidad (Colliere, 1993).

Durante miles de años los cuidados no fueron propios de un oficio y aún menos de una profesión, si no que fueron los actos que realizaba cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para conservar y continuar la vida, en relación con la vida del grupo.

Desde el inicio de la vida la necesidad de sobrevivir, la necesidad de asegurar cada día el mantenimiento de sus funciones vitales, daba lugar a una serie de actividades indispensables en las que hombre y mujeres, se esforzaban en cuidar alrededor de una serie de necesidades fundamentales, inevitables, para el sustento, protección del frío o del calor, ropa o refugio dando así el origen a la división sexual del trabajo que requería de fuerza y valor para enfrentarse a los peligros. La mujer por su innegable inteligencia se dedicaba a las actividades más tranquilas en la distribución de los productos vegetales.

Para asegurar la supervivencia en la actualidad es un hecho cotidiano, cuidar de: cuidar de las mujeres de parto, de los niños, de los vivos y también de los muertos. Ocuparse de: el cuidado de las plantas, de los instrumentos de caza, de las pieles y más tarde de la cosecha y de los animales domésticos. Por lo tanto cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación.

Cuidar y vigilar representa un conjunto de actos de vida que tiene por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo.

Las prácticas rituales desde la concepción y hasta el nacimiento se elaboran alrededor de la mujer, como símbolo de fecundidad y del niño que ella trae al mundo. Orientación relacionada con la necesidad de favorecer la fecundidad y así asegurar la continuidad de la vida. La base del conjunto de cuidados desarrollados por las mujeres a lo largo de la evolución de la historia de la humanidad han sido los cuidados corporales y la experiencia en las prácticas alimentarias, desde el origen del descubrimiento de las propiedades de las plantas, siendo así hasta nuestros días.

Los cuidados que exigen una importante fuerza física, los desplazamientos de articulaciones, reducción de fracturas, así como dominio físico de los agitados y personas en estado delirante, de locura o de embriaguez son cuidados que competen al hombre. Que darán lugar a las corrientes de los cuerpos de enfermeros vinculados con el ejército como los esclavos en las legiones romanas y después en el seno de órdenes de guerra hospitalarias.

Estas corrientes de influencia de los cuidados, que se muestra como una actividad predominante de hombres o de mujeres, parece que hasta hoy se hubiera hecho poca diferenciación entre el origen del "nursing" y lo que dará lugar a la enfermería que más tarde se denominará "cuidados de enfermería". La naturaleza, concepción y técnica de los cuidados por hombres y los aplicados

por mujeres, no ha habido suficiente inquietud como para comprender el origen y la evolución de estas prácticas.

La historia de las prácticas de los cuidados vividas y transmitidas por mujeres, más tarde condenadas y desaprobadas por la iglesia, explica desde su origen hasta nuestros días el proceso de identificación de la práctica curativa ejercida por mujeres en el sentido hospitalario no psiquiátrico y en los dispensarios de los pueblos y barrios, pasando hoy a denominarse "cuidados de enfermería". (Colliere, 1993).

b) Concepción del cuidado.

Cuidar es ante todo, un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, permitir que esta se continúe y se reproduzca.

Iniciado por las comadronas desde los albores de la humanidad, fue el origen de los primeros conocimientos y matriz de todas las culturas. Este arte de cuidar, insertado en la vida cotidiana, después de haber sido objeto de desprecio y descrédito con la expansión del cristianismo, ha sido considerado como banal y accesorio ante la emergencia de la medicina científica o se confunde con la aplicación de los tratamientos a los que ha sido asimilado, como auxiliar del médico en el momento de la profesionalización de la enfermería.

Cuidar es un acto individual que uno se da así mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que,

temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.

Los cuidados de costumbres o habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida, representa todos los cuidados permanentes y cotidianos que tiene como única función mantener la vida, reaprovisionarla de energía, en forma de alimentos o de agua (hidratación, aseo), de calor, de luz, o de naturaleza afectiva o psicosocial. (Colliere, 1993)

Los cuidados representan todo un conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como: beber, comer, evacuar, lavarse, levantarse, moverse, desplazarse, así como todo aquello que contribuye al desarrollo de la vida de nuestro ser, formando, manteniendo la imagen del cuerpo, las relaciones, estimulando los intercambios con todo aquello que es fundamental para la vida, las fuentes de energía vital, la luz, el calor, la relación con las personas conocidas, los objetos familiares, etc. (Colliere, 1993).

Es amplia la variedad de la naturaleza de los cuidados surgidos del acompañamiento a lo largo de las diferentes etapas de la vida desde la concepción al nacimiento, y luego en la tierna infancia. Estos cuidados son de la misma naturaleza que los que acompañaran el envejecimiento y la muerte, ¿cómo pueden ser de otro modo para el acompañamiento que precisa la enfermedad? Lo que modificará será la inversión de la predominancia de los cuidados de estimulación en beneficio de los cuidados de conservación y de continuidad de la vida, y de los cuidados de compensación, en función a la edad, de la

naturaleza de las deficiencias o de las disminuciones funcionales, así como de las disminuciones psico-afectivas causadas por la vejez, o bien según el alcance o las alteraciones de las capacidades físicas y psico-afectivas causadas por la enfermedad. Igualmente tendrán una influencia sobre la diferencia de la naturaleza de los cuidados a prodigar: el interés, las motivaciones, los deseos, los recursos sociales y económicos, en relación con la inserción cultural y social de toda persona cuidada en la que el status prioritario es su pertenencia sexual de mujer o de hombre.

Todos los cuidados vitales que acompañan siempre a las grandes etapas de la vida continúan siendo, hoy como ayer una imperiosa necesidad, no deberían asociarse en ningún caso con actividades de higiene y aún menos ser confundidos con tratamiento. Sea a partir del nacimiento, en torno a la muerte, durante la enfermedad o por el envejecimiento, la variedad de su naturaleza solicita que se determinen, tanto hoy como ayer, por la diversidad de las finalidades a las que han de responder en relación con la alteración vital, lo que debe ser adquirido, desarrollado, compensado y mantenido.

Todo diagnóstico se sitúa en el cruce de la movilidad y de la relatividad de los diferentes elementos a tomar en consideración, aprendiendo a relacionarlos para extraer el sentido, aprendiendo a percibir los matices, las zonas de sombra, la flexibilidad y la complejidad. El proceso de cuidados requiere aprender a relacionar diferentes aspectos de una situación que oriente al discernimiento de los cuidados a proporcionar y sirve de base para la estimación de sus efectos. (Colliere, 1993):

4. PROPUESTA TEÓRICA DE VIRGINIA HENDERSON

a) Antecedentes. (Marriner, 1996)

Virginia Henderson nació en 1897, en Kansas City Missouri, desarrolló su interés por la enfermería en 1918 en la Army School of Nursin de Washington, graduándose en 1921.

En 1922 inició su actividad como profesora de enfermería en Norfolk Protestan Hospital de Virginia. Cinco años después ingresó en el Teachers Collage de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de B.S. y M.A. en formación de enfermería.

En 1929, trabajo como supervisora de enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Un año después, vuelve al Teacher's Collage como miembro de la facultad, impartiendo cursos sobre el proceso analítico en enfermería y sobre el ejercicio profesional.

En 1948, escribió la cuarta edición de la obra de Bertha Harmer, *Textbook of the Principles and Practice of Nursing* y la quinta edición en 1955 que contenía la definición de enfermería.

En la década de los 50 trabajó en asociación con la Universidad de Yale, desarrollando una gran labor de investigación sobre enfermería.

El 1960 su folleto *Basic Principles of Nursing Care*, fue publicado por el International Council of Nurses, siendo traducido a más de 20 idiomas.

En 1964 su colaboración con Leo Simmons durante 5 años dio como fruto una revisión de la investigación nacional de enfermería, siendo publicada en ese mismo año.

En 1966 se publicó su libro *the Nature of Nursing* en él escribía su concepto de la función única y primaria de la enfermería y ha sido reeditado en 1991 por el National League of Nursing.

En la década de los 80 continúa en activo como Research Associate Emeritus en Yale, su influencia y los logros conseguidos en la profesión de enfermería le ha aportado por lo menos 9 investiduras como doctor honoris causa y el primer premio Christiane Reimman, el premio Mary Adelaide Nutting de la U.S. National League for Nursing, es socia honoraria de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursin de Londres y socia honoraria del Royal Collage of Nursing de Inglaterra.

En 1983 recibió el Sigma Theta Tau International el premio Mary Tolle Wrifht Founders a la dirección, uno de los mayores galardones de esta sociedad honorífica.

En la convención de la American Nurses Association recibió una mención honorífica especial por las contribuciones que realizó durante toda su vida a la investigación, formación y desarrollo profesional de la enfermería.

La biblioteca internacional informatizada de enfermería de Sigma Theta Tau International lleva el nombre de Virginia Henderson en su honor. (Mairiner, 1996).

b) Postulados Teóricos.

Definición de la función propia de la enfermera.

En 1956 Virginia Henderson define que la función propia de la enfermera es "ayudar a los individuos, sanos o enfermos, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena) actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible" (Fernández, 1995).

A partir de esta definición se desarrollan una serie de conceptos y subconceptos básicos de Virginia Henderson:

❖ PERSONA

Necesidades Básicas.

❖ SALUD

Independencia

❖ Dependencia

Causas de la dificultad o problema

❖ ROL PROFESIONAL

Cuidados básicos de enfermería

Relación con el equipo de salud

❖ ENTORNO

Factores Ambientales

Factores socioculturales.

a) La persona y las 14 necesidades básicas.

Se conceptualiza al individuo o persona como un ser humano único y complejo con componente biológicos, psicológicos, socio culturales y espirituales que tiene 14 necesidades, que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

- ❖ Necesidad de oxigenación.
- ❖ Necesidad de nutrición e hidratación.
- ❖ Necesidad de eliminación.
- ❖ Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- ❖ Necesidad de Descanso y sueño.
- ❖ Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas.
- ❖ Necesidad de Termorregulación.
- ❖ Necesidad de Higiene y protección de la piel.
- ❖ Necesidad de Evitar los peligros.
- ❖ Necesidad de Comunicarse.
- ❖ Necesidad de Vivir según sus creencias y valores.
- ❖ Necesidad de Trabajar y realizarse.
- ❖ Necesidad de Jugar/participar en actividades recreativas.
- ❖ Necesidad de aprendizaje.

Estas necesidades son comunes en todos los individuos, si bien cada persona la satisface de diferente manera, de acuerdo a los aspectos, biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales inherentes a cada persona, con relación a las diferentes

necesidades y por la estrecha relación que existe entre ellas da origen a modificación en las restantes, por lo tanto deben interrelacionarse entre cada una de las necesidades para determinar el grado de satisfacción del individuo en su totalidad.

b) La salud. Independencia, Dependencia y Causas de la dificultad.

❖ Salud: es la satisfacción de las 14 necesidades de manera independiente y de forma continuada, para mantener un estado óptimo de la propia salud

❖ Independencia. Se define como la capacidad de la persona para satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas, de acuerdo con su edad etapa de desarrollo y situación.

❖ Dependencia: Puede ser considerada por dos aspectos; primero por la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades y segundo puede suceder que se realicen actividades que no resulten adecuados o sean insuficientes para satisfacer las necesidades.

Los criterios de dependencia e independencia, deben considerarse de acuerdo con los componentes específicos de cada persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales).

❖ Causas de la dificultad, son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades estas se agrupan en tres posibilidades:

- ◆ Falta de fuerza. Interpretamos por fuerza, a la capacidad física, habilidades mecánicas de las personas para llevar a cabo las acciones necesarias a la situación, determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas y capacidades intelectual.
- ◆ Falta de conocimiento. Se refiere a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, autoconocimiento y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- ◆ Falta de voluntad. Entendida como 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 14 necesidades.

Cabe mencionar que la presencia de estas tres causas o algunas de ellas puede originar una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, aspectos que deben ser valorados para la planificación de las intervenciones.

c) Rol profesional. Cuidados Básicos de Enfermería y equipo de salud. (Fernández, 1993).

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

Los cuidados básicos están estrechamente interconectados con las necesidades básicas. 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. Por lo tanto la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las necesidades y la idiosincrasia de cada persona". Surgiendo, el concepto cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Henderson analiza a la enfermera como parte 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". (Fernández 1995).

Respecto al paciente, Hendersn 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 paciente es visto como un sujeto activo y responsable de su propia salud que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

d) Entorno.

Para definir este concepto de observa que esta se menciona en unas ocasiones de manera implícita y en otras ocasiones de forma explícita. Considerándose importante los aspecto socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales..) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados. (Fernández, 1995).

5.- PROCESO DE ENFERMERÍA

a) Antecedentes:

❖ El término proceso de enfermería (P.E.) fue introducido por primera vez en 1955 por Lydia Hall, y desde entonces sigue siendo un instrumento válido para la práctica profesional de enfermería. (Potter, 1996).

❖ En 1963 Widenbach, planteó que el proceso de enfermería costaba de tres etapas: identificar la ayuda necesitada, administrar la ayuda y verificar que la ayuda fue otorgada.

❖ En 1966 Virginia Henderson, identificó las acciones de enfermería básica como funciones independientes y afirmó que el proceso de enfermería era el mismo que el de las etapas del método científico. (Potter, 1996).

❖ En 1967 Lois Knowles, describió la actividad de enfermería cinco etapas descubrir, investigar, decidir, hacer y discriminar. Las

enfermeras recopilan datos en las primeras etapas. (Potter, 1996).

❖ El concepto de diagnóstico de enfermería se desarrolló entre los años de 1950–1960, se aplicó a la identificación de los problemas o necesidades del cliente donde el proceso de atención de enfermería, contaba con cuatro etapas y su inclusión ayudó a los profesionales de enfermería a analizar y sintetizar los datos obtenidos en la valoración, facilitando un nuevo enfoque de sus actividades clínicas del manejo de los síntomas a la identificación y solución de los problemas.

❖ En 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 y se definió el término de diagnóstico de enfermería como “la conclusión o juicio que tiene lugar como resultado de la valoración de enfermería” (Gebbie y Lavin, 1975) a partir de entonces las conferencias se vienen realizando cada dos años.

❖ En 1980, la ANA Standards of Nursing Practice declaró que “La enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas actuales y potenciales”; esta asociación consideró claramente que diagnosticar era una función de enfermería, aunque la gente no estuviera habituado a ello y creyera que esto es exclusivo del médico. (Kozier cit. por Alcántara, 1997).

❖ En 1982, el National Council Of State Boards Nursing, definió y describió cinco etapas del proceso de enfermería; valoración, análisis, planificación, ejecución y evaluación.

❖ En 1983, Yura y Walsh, afirman que el proceso de enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir el objetivo de la enfermería; mantener el bienestar del paciente en un nivel óptimo, si este estado se alterara, proveer entonces todos los cuidados necesarios que la situación exija para restablecer su bienestar. Si no se puede llegar al bienestar, el proceso de enfermería debe seguir en su apoyo a la calidad de la vida del paciente, aumentando al máximo sus recursos para conseguir la mejor calidad de vida durante el mayor tiempo posible. (W. Iyer, 1989).

b) Etapas del proceso de enfermería

El proceso de enfermería es un modelo sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficiente y método empleado por las enfermeras para efectuar la valoración, el diagnóstico y tratamiento problemas de salud reales y potenciales, se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se valora por le grado de eficiencia, el logro de satisfacción y progreso de la persona, así como en principios y reglas que deben ser aplicados en situaciones de la vida diaria, mejora la capacidad para solucionar, tomar decisiones y maximizar oportunidades y recursos. (Alfaro, 1996).

El proceso de enfermería consta de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

❖ *Valoración.* Durante la fase de valoración se recopilan o reúnen y examinan toda la información (datos), con el fin de obtener todos los hechos necesarios para definir el estado de salud del cliente y describir sus capacidades y problemas.

❖ *Diagnóstico.* Reunido todos los hechos necesarios se podrá determinar las capacidades (que precisan ser reforzadas y usadas al desarrollar el plan de cuidados) y los problemas de salud reales y potenciales (que serán la base del plan de cuidados). También determina qué problemas se pueden resolver mediante intervenciones independientes de enfermería y cuales requerirán de intervenciones de otro profesional de salud calificado para ello.

❖ *Planificación:* La enfermera identifica las capacidades y problemas para desarrollar un plan de acción que reducirá o eliminará los problemas y promoverá la salud.

❖ *Ejecución:* Consiste en llevar a cabo el plan de cuidados; durante esta etapa, la enfermera continúa recabando datos y valida el plan realizado.

❖ *Evaluación:* El cliente y la enfermera valoran si el plan ha ido eficaz y si hay que hacer algún cambio.

Los propósitos del proceso de enfermería. (Alfaro, 1996).

◆ Promover, mantener o restaurar la salud o cuándo no es posible, lograr una muerte digna.

◆ Permitir a la persona conocer, participar y manejar sus propios cuidados de salud.

- ◆ Buscar la satisfacción del usuario por medio de los cuidados a la salud.
- ◆ Aportar datos para validar, disprobar teorías, e iniciar la construcción de otras.
- ◆ Proporcionar cuidados sustentados en las teorías de la propia enfermería.
- ◆ El proceso es el puente entre la teoría y los cuidados llevados a la práctica, sus etapas aunque están en constante interrelación éste es siempre el mismo sin importar la teoría empleada para sustentarlo.

Características del proceso de enfermería. (Kozier, 1993)

- ◆ El sistema es abierto, flexible y dinámico.
- ◆ Individualiza las necesidades particulares de cada cliente.
- ◆ Es planificado.
- ◆ Está 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 planteado.
- ◆ Es interpersonal, requiriéndose que la enfermera tenga una comunicación directa y persistente para encontrar las necesidades del cliente.
- ◆ Es cíclico, (como las etapas guardan interrelación, no existe un principio o un final absoluto).

- ◆ Es aplicable universalmente.

Ventajas del proceso de enfermería. (Alfaro, 1996)

- ❖ Acelera el diagnóstico y tratamientos de los problemas de salud reales y potenciales reduciendo la incidencia (y la duración) de las estancias hospitalarias).
- ❖ Crea un plan con un costo 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 cliente y realizar estudios que hagan avanzar la enfermería y mejoren 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 pacientes 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.

Ventajas del proceso de enfermería para la práctica (Alfaro, 1996).

- ❖ El proceso de enfermería muestra de manera muy concreta el campo de actuación del ejercicio de enfermería.
- ❖ Por medio de las 5 etapas del proceso de enfermería, la define su papel ante el consumidor y ante otros profesionales de la salud. Aumenta la satisfacción en el trabajo y potencia la profesionalidad (estimula el desarrollo de las habilidades interpersonales, cognoscitivas y técnicas).
- ❖ Desarrolla una relación enfermera-paciente fructífera.
- ❖ Estimula la creatividad y las innovaciones al solucionar los problemas de los cuidados.

El núcleo del proceso de enfermería. (Alfaro, 1996).

El núcleo del proceso de enfermería se sitúa en donde los conocimientos (Qué hacer y por qué hacerlo), las habilidades (Cómo hacerlo) y las actitudes (Desear y ser capaz de hacerlo), se unen como fuerza impulsora de los cuidados de calidad.

Marco de responsabilidad.

Responsabilidad es la condición de responder y ser responsable de conductas específicas que son parte del rol profesional: el proceso de enfermería proporciona un marco en este sentido y eleva al máximo la responsabilidad ante los criterios de cuidado. Los profesionales son responsables ante el cliente, ante el resto de los profesionales y ante sí mismo. El proceso otorga una gran responsabilidad en todas las áreas y la

enfermera responde de sus actividades en la cinco fases del proceso. (Alcántar, 1997).

En la valoración, la enfermera es responsable de la obtención de los datos, debiendo distinguir entre datos conflictivos, no exactos o parciales.

En el diagnóstico, es responsable sobre el análisis que hace de la información recogida, con lo cual emite un diagnóstico acerca de los problemas de salud del cliente, tomando en cuenta ampliamente los antecedentes socio-culturales.

En la planificación, la responsabilidad de esta fase implica prioridades, establecer objetivos del cliente previendo sus respuestas y planificando actividades, lo cual incorpora un plan de cuidados que es válido para todas las enfermeras implicadas; en esta fase la enfermera debe garantizar que son tomadas en cuenta las prioridades del cliente.

En la ejecución, la enfermera responde de todas las acciones cuando aplica cuidados; estas acciones se pueden realizar directamente, en elaboración con otros o delegarse y aún cuando esto último suceda, al profesional sigue siendo responsable de la acción delegada, así como el hecho de delegar.

En la evaluación, la enfermera es responsable del éxito o fracaso de sus acciones, estableciendo el grado en el cual se han alcanzado los objetivos; debe tener la capacidad para explicar el porqué un objetivo no se ha logrado y qué fase del proceso requiere cambios y porqué.

Valoración:

Es la primera fase del proceso de enfermería, incluye el proceso organizado y sistemático que reúne, verifica y organiza los datos, comienza a identificar patrones, comprueba sus primeras impresiones y llena los vacíos de información. (Alfaro, 1996).

La valoración proporciona una base sólida, desde la recogida de datos sobre el estado de salud del cliente a través de diversas fuentes, hasta el desarrollo de cuidados individualizados de calidad.

La valoración precisa y completa es necesaria para practicar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas.

La valoración constituye la base para hacer el diagnóstico de enfermería, lograr los objetivos y llevar a cabo las intervenciones de enfermería y evaluar las actuaciones de enfermería.

En la valoración participan activamente el cliente y la enfermera; el cliente puede ser una persona, una familia o una comunidad.

La valoración informa de los datos anormales y registra los datos básicos, durante este paso el diagnóstico analiza de nuevo y sintetiza la información y llega a algunas conclusiones específicas; identifica áreas de funcionamiento positivo, áreas con riesgo de que se desarrollen problemas y áreas donde ya no existen problemas. Durante la fase de valoración los datos pueden ser objetivos y subjetivos. Los datos subjetivos son las percepciones del cliente, sus sentimientos e ideas sobre sí mismo y su estado de salud que le afectan (síntomas ej. Dolor, angustia, etc..) los datos objetivos son aquellos que se pueden

observar, medir, o verificar con criterios establecidos a través de los sentidos (signos ej. Temperatura, edema, peso) y son obtenidos durante la realización de la historia de enfermería, al igual que la información proporcionada por los familiares y otros profesionales. Los datos también pueden clasificarse en variables e invariables; los primeros son aquellos en los que la información obtenida no es constante, por ej. La tensión arterial puede variar de un día para otro; los datos invariables son aquellos que no cambian por ej. La fecha de nacimiento. Los datos deben ser concisos y la enfermera tiene que resumir la información obtenida con un lenguaje científico correcto. (Alcántar, 1997).

Fuentes de datos.

Se clasifican en primarias y secundarias. El cliente se considera la fuente primaria ya que él con precisión puede compartir las percepciones y sentimientos personales y confirmar las respuestas a las variantes de diagnóstico y tratamientos que se le hagan. Las fuentes secundarias son ajenas al cliente, se utiliza en situaciones en las que el cliente está incapacitado para participar o para aclarar o confirmar datos. Las fuentes secundarias se consideran las familias del cliente a las personas que participan en su entorno, otros profesionales de salud, la historia clínica, otros registros y bibliografía sobre el tema, la familia, amigos, compañeros de trabajo pueden proporcionar datos de antecedentes relacionados con su comportamiento habitual en el hogar, en el lugar de trabajo, etc. (W. Iyer, 1996).

❖ El cliente es la principal fuente de datos, a excepción de que esté muy grave, sea muy pequeño o que este desorientado y

no pueda comunicarse. Proporciona información subjetiva que solamente el puede hacerlo. (Alfaro, 1996).

❖ Los profesionales de la salud, las enfermeras, médico fisioterapeutas, etc., pueden proporcionar información por medio de sus contactos previos o actuales con el cliente

❖ La historia contiene numerosos datos de información sobre su entorno, nivel socioeconómico, antecedentes de otras enfermedades, siempre se debe considerar si los datos registrados en la historia son apropiados para el momento actual.

❖ Otros registros, en algunos casos la enfermera pueden utilizar los resultados de laboratorio para controlar la eficacia de las medidas de enfermería, tales como las enseñanzas respecto a la dieta y toma de medicamentos. Cualquier dato de laboratorio del cliente debe ser comparado con las cifras normales tomando en cuenta la edad, el sexo y otros.

❖ Bibliografías, una revisión bibliográfica puede proporcionar información adicional a la base de datos y debe incluir entre otras cosas: (Kozier, cit. por Alcántar, 1997).

- ◆ Criterios establecidos para comparar algunos datos como el peso, talla y el grado de desarrollo considerado normal para determinado grupo de edad.
- ◆ Hábitos de salud, culturales y sociales.
- ◆ Creencias espirituales.
- ◆ Datos adicionales que requiere la valoración.
- ◆ Actuación de la enfermera y criterios de evaluación para el problema de salud del cliente.

- ◆ Información sobre diagnóstico, tratamiento y pronóstico médico.

Métodos para la recolección de datos.

Durante la valoración se utilizan, la observación, la entrevista, la consulta y la exploración, estas técnicas proporcionan a la enfermera una forma sistematizada y lógica de recoger los datos necesarios para el diagnóstico y el plan de actuación de enfermería.

La observación, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información del cliente. La observación es una técnica consciente e intencionada, la cual se desarrolla a través del esfuerzo y de un enfoque organizado, por lo tanto, la observación implica discriminar entre estímulos.

La entrevista, consiste en una comunicación planificada o una conversación con una finalidad concreta que posibilita recabar información, identificar problemas, educar, evaluar cambios, etc.

La entrevista puede ser dirigible o no dirigible. La dirigible esta muy estructurada y se obtiene una información específica y se utilizan generalmente para recabar y proporcionar información en un tiempo limitado. En la entrevista no dirigible la enfermera permite al cliente controlar el propósito, el asunto del tema y llevar el paso; este tipo se utiliza para resolver los problemas, aconsejar y valorar la realización. La combinación

de ambos tipos de entrevistas resulta de utilidad para obtener información.

Con respecto a las preguntas que pueden utilizarse en la entrevista estas pueden ser abiertas o cerradas y neutras o dirigidas. Las preguntas cerradas utilizadas en la entrevista dirigibles son restringidas y requieren de respuestas cortas, que se utilizan para obtener datos concretos o específicos, estas preguntas empiezan por: ¿cuándo?, ¿donde?, ¿quién?, ¿qué?, haces (hizo, hace), “es (son, era) y a veces ¿cómo?; la persona que tiene problemas de comunicación encontrará más fáciles de contestar este tipo de preguntas.

Las preguntas abiertas. Son aquellas que por su naturaleza provocan o invitan al cliente a hablar sobre los que ellos quieran y dar respuestas más amplias, sin embargo la principal desventaja es que el cliente puede emplear mucho tiempo o desviar el contenido de la pregunta y dar información poco relevante, generalmente las preguntas empiezan con un “que”, “cómo”, o “cuál”.

La enfermera debe planificar la entrevista para revisar la información que puede ser de utilidad; en este aspecto se debe tomar en cuenta el tiempo en que se va a realizar dicha entrevista, el lugar y la posición que adopte la enfermera con respecto al cliente. (Kozier, cit. por Alcántar, 1997).

Es importante mencionar que la entrevista tiene tres fases que son; introducción o iniciación, cuerpo o desarrollo y cierre.

Introducción e iniciación, en esta fase, la enfermera y el cliente empiezan a desarrollar una relación terapéutica, el establecimiento de buenas relaciones es el proceso de crear buena voluntad y confianza y puede iniciar con el saludo y explicar la finalidad de la entrevista acerca de su persona, familia, etc. pero sin excederse, ya que esto generaría angustia por parte del cliente.

Cuerpo o desarrollo, segunda fase de la entrevista, la enfermera centra la concentración y el cliente manifiesta sus pensamientos y percepciones. El paso de la etapa anterior a esta se facilita empleando preguntas abiertas – cerradas, fáciles de contestar y que no le generen angustia, requiriéndose del uso adecuado de técnicas de comunicación por parte de la enfermera, para que la entrevista resulte positiva.

Cierre, la fase final de la entrevista, la enfermera prepara al cliente para la finalización de la entrevista, cuándo ha obtenido la información requerida, en ocasiones el cliente es quien la termina; esto es cuando no quiere proporcionar más información o cuando se siente cansado. En esta fase es importante continuar con las buenas relaciones, para facilitar posibles encuentros futuros.

Pautas de comunicación en la entrevista:

- ❖ Escuchar atentamente y hablar claro y despacio.
- ❖ Utilizar un lenguaje entendible por el cliente y aclarar puntos que no comprenda.
- ❖ Planificar las preguntas para que tengan una secuencia lógica.

- ❖ Preguntar sólo una cosa a la vez.
- ❖ Dar oportunidad al cliente de ver las cosas tal y como le parecen a él y no como las vea el entrevistador.
- ❖ No imponer al cliente los valores propios del que entrevista.
- ❖ Evitar usar ejemplos personales.
- ❖ Expresar no verbalmente respeto, interés y aceptación.
- ❖ Utilizar y aceptar el silencio para ayudar al cliente a pensar o a organizar los pensamientos.
- ❖ Utilizar el contacto con la mirada y estar tranquilo y sin prisa.

Exploración física.

Las enfermeras realizan las valoraciones físicas para obtener los datos y objetivos, para complementar la fase de reconocimiento del proceso de enfermería. (Kozier, 1993)

La exploración física, es el examen sistematizado de los aparatos y sistemas del cuerpo de una persona. Normalmente la enfermera registra una impresión general sobre el aspecto del cliente y de su estado de salud, ejemplo: edad, talla, estado mental y nutricional. El habla y la conducta, así como el registro de los signos vitales. La enfermera puede realizar un reconocimiento físico cefalocaudal, empezando por la cabeza, se continua con el cuello, tórax, abdomen y las extremidades para terminar con los pies. También la enfermera puede hacer una exploración utilizando un planteamiento de sistemas de organismo. En ocasiones puede ser necesario resolver un problema del cliente antes de completar el examen. Los datos

que se obtienen en este examen se comparan con los modelos ideales, como pueden ser la altura, el peso, las normas para la temperatura normal o los niveles de tensión arterial. Para realizar el examen físico del cliente, la enfermera utiliza las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

Organización de los datos obtenidos.

La historia de salud de enfermería o más recientemente denominado reconocimiento de enfermería, es un método sistemático de recopilación de los datos deseados sobre el cliente. El propósito de una valoración de enfermería es recopilar la máxima información sobre el cliente para identificar sus problemas y planear las actuaciones de enfermería.

Existen muchos modelos y marcos de enfermería que guían la recopilación de los datos a través de métodos estructurados de reconocimiento. Un ejemplo es el método de Virginia Henderson, el cual se abordará posteriormente en el presente trabajo.

Diagnóstico:

La definición de los diagnósticos de enfermería no es nueva. Florence Nightingale y sus compañeras hacían ya estos diagnósticos, de forma muy eficaz, durante la guerra de Crimea (1854-1855). En 1960, Faye Abdellah propone un sistema de ordenación para identificar 21 problemas clínicos. (Phaneuf, 1993).

La primera conferencia nacional de clasificación de diagnósticos de enfermería se celebró en 1973, en la escuela de enfermería de la Universidad de St. Louis, se empezó a trabajar

en los diagnósticos de enfermería y se hizo pública una primera lista de diagnósticos. En ese mismo año Las American Nurses Association aprueba y respalda la utilización del término Diagnóstico de Enfermería.

Al desarrollarse el diagnóstico de enfermería, éste se constituyó en la segunda de las cinco fases del proceso de enfermería.

En 1990 la NANDA, definió el diagnóstico de enfermería de la siguiente manera "diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud/procesos de la vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la selección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable. (Kozier, cit. por Alcántar, 1997).

Diagnóstico Fase Fundamental Del Proceso De Enfermería.
(Alfaro, 1996).

- ❖ Los problemas identificados durante esta fase son la base del plan de cuidados. Si los problemas son diagnosticados correctamente y nombrados con claridad, las fases posteriores, planificación, ejecución y evaluación, se centrarán en los problemas más importantes. Si se omiten los problemas, éstos serán pocos claros, las fases posteriores se pueden enfocar de manera errónea y resultar unos cuidados inefectivos e incluso peligrosos.

- ❖ Las capacidades identificadas son inestimables para determinar actuaciones de enfermería efectivas. Si omite las capacidades puede pasar por alto uno de sus recursos más importantes: el cliente y su familia y red de soporte.

Proceso de diagnóstico.

Consiste en analizar y sintetizar. Analizar consiste en separar un todo en sus componentes y sintetizar es lo contrario, es decir, es conjuntar las partes en un todo.

El proceso de diagnóstico tiene tres fases principales:

- ❖ Procesamiento de los datos.
- ❖ Determinación del nivel de salud del cliente.
- ❖ Formulación del diagnóstico.

Procesamiento de datos.- Consiste en interpretar los datos recogidos e implica:

- ❖ La organización.
- ❖ La comparación con los estándares.
- ❖ La asociación.
- ❖ La identificación de omisiones e incoherencias y contradicciones de los datos.

La organización de los datos.- Después de la obtención de los datos, estos necesitan ser clasificados en un marco útil para la enfermera y para quienes puedan tener acceso a ellos.

La comparación de los datos con los estándares.- La enfermera los compara con una gran variedad de estándares como son los signos vitales normales, resultados de laboratorio, tablas de crecimiento, etc., también utiliza conocimientos psicológicos, fisiológicos y sociales, así como su experiencia previa.

Agrupación de los datos.- Este proceso está influenciado por los conocimientos científicos previos de la enfermera, por su experiencia dentro de la profesión y por el concepto que se tenga de la enfermería. Con base en esto, la enfermera puede agrupar los datos por inducción y formar un patrón.

Formulación del diagnóstico.

En esta etapa final la enfermera formula una relación causal entre el problema de salud y los factores asociados (sociales, ambientales, psicológico o espirituales), tomando en consideración que en un problema de salud interviene más de uno de ellos.

El diagnóstico de enfermería puede ser real, potencial o posible.

Real, un diagnóstico real describe la categoría diagnóstica que ha validado la enfermería, debido a las características de definición principal de signos y síntomas, es decir, reúne todos los datos que confirman su existencia.

Potencia, describe un estado alterado que se puede presentar si no se ordenan o se ponen en práctica ciertas intervenciones de enfermería.

Posible, este diagnóstico describe un problema que la enfermera sospecha, pero que requiere la compilación de los datos adicionales para confirmarlo o descartarlo (Alfaro, 1996).

Características del diagnóstico de enfermería. (w. Iyer, 1989).

- ❖ Expone el problema del cliente.
- ❖ Trata sobre el estado o los problemas potenciales de salud.
- ❖ Se apoya en datos subjetivos y objetivos que se pueden constatar.
- ❖ Orienta las actividades de enfermería, independiente: planificación ejecución y evaluación.
- ❖ Trata aspectos espirituales, físicos, psicológicos y espirituales.
- ❖ Se expone con una frase breve y concisa.
- ❖ Varía según cambian las respuestas del cliente.
- ❖ Es complementario al diagnóstico médico.
- ❖ Consta de dos partes, siendo una la etiología, si se conoce.
- ❖ Debe ser validada por el cliente siempre que sea posible.

Ventajas del uso de los diagnósticos de enfermería.

- ❖ Informan sobre los problemas del cliente y su etiología.
- ❖ Es el eje del proceso de enfermería.
- ❖ Determina el campo del ejercicio de la enfermera.
- ❖ Facilitan la comunicación en un lenguaje profesional de enfermería, con otros miembros del equipo de salud.

- ❖ Fortalecen el proceso de enfermería y dirigen la planificación de las actividades independientes de enfermería.
- ❖ Facilitan la participación de enfermería cuando un cliente se traslada a otra unidad o al hogar. También guían la planificación de las intervenciones del plan de alta.
- ❖ Favorecen la comprensión de la atención sanitaria identificando, legalizando y respondiendo a los problemas específicos de salud.

Enunciados diagnósticos.

El enunciado diagnóstico describe el estado de salud del cliente y los factores que han contribuido en dicho estado.

Se pueden escribir diagnósticos de enfermería en dos o tres partes.

- ❖ EL planteamiento diagnóstico de enfermería de dos parte consta de:
 - a) El problema (P).- Planteamiento de la respuesta del cliente.
 - b) Etiología (E).- Factores contribuyentes a causas probables de las respuestas.

Las dos parte están unidas por las palabras en relación con o asociado a, mas que debido a , ya que las primera implican una relación.

- ❖ El planteamiento diagnostico de tres partes (diagnostico real) incluye:
 - a) El problema (P).

b) La etiología (E).

c) Los signos y síntomas (S).

Los diagnósticos actuales de enfermería de tres partes, se pueden plantear utilizando con relación a y dicho por; los signos y síntomas pueden escribirse después del planteamiento diagnóstico, unido por las palabras dicho por o evidenciado por.

En el caso de considerar un diagnóstico posible, se anunciaría citando primero el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra posible y relacionado con la etiología, sin añadir las características definitorias o posibles.,

En la etapa de diagnóstico los problemas que con mayor frecuencia se presentan con:

- ❖ Escribir las respuestas del cliente como una necesidad en lugar de cómo un problema.
- ❖ Usar planteamientos de juicio mental.
- ❖ Situar la etiología antes de la respuesta del cliente.
- ❖ Usar planteamientos que no aporten ninguna dirección a los planes de actuación independiente de enfermería.
- ❖ Usar terminología médica en vez de terminología de enfermería.
- ❖ Comenzar el diagnóstico con una actuación de enfermería.
- ❖ Usar un solo síntoma como respuesta del cliente.
- ❖ Cuando se identifica un problema que no puede ser enunciado como un diagnóstico de enfermería, necesitando de la cooperación de otros profesionales para validar y

tratar dicho problema. Carpenito lo define como problemas interdependientes y L. Riopelle como problemas colaborativos y de vigilancia.

El abuso de la intuición y la deducción prematura es otro error con el cual no debe caerse; se debe estar consiente que si se comete un error diagnostico puede perjudicar al usuario, por lo tanto, la etapa del diagnostico es la clave, ya que si se realiza correctamente facilita la jerarquización de los problemas, la selección de los objetivos y la determinación de los cuidados adecuados para cada caso.

Taxonomía en los diagnósticos de enfermería.

La taxonomía es un sistema de clasificación de los grupos, clases o conjuntos.

Las ventajas de la taxonomía en el diagnóstico de enfermería son:

- ❖ Los diagnósticos de enfermería promueven la responsabilidad profesional y la autonomía por medio de la práctica de enfermería.
- ❖ Proporcionan un vínculo de relación de la enfermera con otros profesionales del área de salud.
- ❖ Aportan un principio de organización para la construcción de una investigación significativa, para dar validez a las actuaciones de enfermería, a demás de organizar los datos de esta manera facilitaría el análisis a través de sistemas computacionales.

El desarrollo de la taxonomía de los diagnósticos de enfermería es un proceso que esta en marcha, ya que se sigue revisando cada

categoría diagnóstica, al igual que se incluyen otras contempladas previamente.

Planificación.

La planificación es la tercera etapa del proceso de enfermería, durante esta etapa se desarrolla y anota un plan de cuidados individualizado dirigido al logro de objetivos, diseñado para prevenir, resolver o controlar los problemas y ayudar a la persona a lograr un óptimo de funcionamiento. La planificación implica: (Alfaro, 1996).

El proceso de planificación utiliza, los datos obtenidos durante la valoración, los enunciados de los diagnósticos que presentan los problemas de salud(reales y potenciales).

Los componentes de la planificación constan de 6 partes:

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

El Fijar prioridades esta influenciado por los siguientes elementos:

- ❖ La percepción de prioridades del propio cliente.
- ❖ El plan general de tratamiento.
- ❖ El estado general de salud del cliente.
- ❖ La presencia de problemas potenciales.

Tienen mayor prioridad los problemas que ponen en peligro la vida y necesitan atención inmediata, los problemas que amenazan la salud tienen prioridad media. Las prioridades deben cambiar a medida que cambian los problemas y la terapia.

Fijar los objetivos del cliente y los criterios de resultados: Los objetivos pueden reflejar restauración. Mantenimiento o promoción de la salud y estos se establecen en términos de conducta deseada por el cliente y no de actividades de la enfermera.

Los objetivos del cliente son los cambios deseados después de la intervención de la enfermera y deben enunciarse con verbos como incrementar, disminuir, mejorar, desarrollar, etc.

Los propósitos de los objetivos del cliente son proporcionar una dirección para planificar las actividades de enfermería y que se cumplan los objetivos, así como establecer criterios de evaluación que midan la eficacia de la intervención

Los objetivos del cliente se derivan de la identificación de las respuestas siendo los acorto plazo los que mas se utilizan por centrarse en las necesidades inmediatas del cliente y por lo mismo pueden evaluar el progresó del cliente: los objetivos a largo plazo son utilizados en clientes con problemas crónicos.

Los criterios de resultado son necesarios para especificar el resultado, estos son afirmaciones que describen las respuestas del cliente en forma especifica, observable y cuantificable y van a determinar si el objetivo de ha alcanzado o no y tienen cuatro finalidades:

- ❖ Dirigir las actividades de enfermería.
- ❖ Proporcionar tiempo para planificar las actividades.

- ❖ Servir como criterio de evaluación hacia el logro de los objetivos.
- ❖ Hacer que la enfermera y el cliente sean capaces de determinar cuando se ha resuelto el problema..

Componentes de los criterios de resultado.

Sujeto, el sujeto es el cliente o una parte de él o un atributo suyo como puede ser el pulso o la diuresis.

Verbo, indica una acción que el cliente va a desarrollar (administrar, desarrollar, observar, etc.).

Condiciones o modificaciones, deben añadirse el verbo para especificar las condiciones en las que se va a desarrollar la conducta(qué, donde, cuándo o cómo).

Criterios de actuación deseados, indican el estándar por el que se evalúa la actuación; este puede ser tiempo, velocidad, exactitud, distancia y calidad.

Planificar las estrategias.

Las estrategias de enfermería se planean de acuerdo al diagnóstico específico para lograr los objetivos del cliente y eliminar o reducir la causa del diagnóstico de enfermería, cuando este es potencial, la actuación debe centrarse en la reducción de los signos y síntomas.

La selección de estrategias de enfermería es un proceso de toma de decisiones e implican acciones alternativas que tengan probabilidad de solucionar el problema del cliente, tomando en

consideración la consecuencia de cada una de ellas y para establecer esto se requiere del conocimiento y la experiencia.

Criterios para la selección de estrategias.

- ❖ Aceptada por el cliente y adecuada a su edad y estado de salud.
- ❖ Realizable con los recursos existentes.
- ❖ Debe ser acorde a los valores y creencias del cliente.
- ❖ Congruentes con otras terapias.
- ❖ Basarse en el conocimiento y experiencia de la enfermería o en el conocimiento de otras ciencias.

Redactar las órdenes de enfermería.

Las prescripciones de enfermería son las acciones específicas que la enfermera debe realizar para ayudar al cliente a alcanzar los objetivos establecidos del cuidado de su salud. El grado con que se especifica una prescripción depende de los conocimientos de la persona que va a ejecutarla y es recomendable que sea exactos al escribirlas.

Las anotaciones de enfermería incluyen cinco componentes:

- ❖ *Fecha*; Cuando son redactadas y revisadas; esta revisión debe ser regular, dependiendo de las necesidades del cliente.

- ❖ *Verbo*; Encabeza la anotación y debe ser precisa, en algunas ocasiones agregándole un adverbio puede hacer que la indicación sea más precisa.
- ❖ *Contenido y área*; Contiene el dónde y el qué de la anotación.
- ❖ *Tiempo*; Contesta cuándo, durante, cuanto y cada cuando.
- ❖ *Firma*; Demuestra la responsabilidad de la enfermera y tiene un significado legal.

Clasificación de las anotaciones de enfermería.

- ❖ Anotar para proporcionar un tratamiento de enfermería aun problema; son aquellas actividades que mantienen o recuperan los patrones habituales del cliente, eliminan o disminuyen los síntomas y previenen problemas agregados.
- ❖ Anotar para obtener datos adicionales que en ocasiones es necesario para definir mejor el diagnostico de enfermería o para manejar un problema.

Anotar para hacer extensiva la información sobre el tratamiento del problema para las personas de apoyo del cliente u otros miembros del equipo de salud.

Registrar el plan de cuidados de enfermería.

Es una guía que organiza por escrito la información sobre el cliente en un conjunto significativo y centra las actividades de enfermería necesarias para solucionar el problema diagnosticado y lograr el objetivo

Los fines del plan son:

- ❖ Proporcionar una atención individualizada al cliente.
- ❖ Asegurar la continuación del cuidado; Un plan escrito implica la organización y comunicación de las actividades entre las enfermeras que asumen la atención.
- ❖ Dirigir las anotaciones a realizar en las hojas de evolución; Especifica que observaciones hacer, las actividades que haya que realizar y las instrucciones que sean necesarias proporcionar al cliente y a la familia.
- ❖ Ayuda a, organizar el trabajo en el servicio; Algunos aspectos acerca del cuidado del cliente pueden delegar a otros trabajadores.

Documentación (registro) de los cuidados de enfermería.

El registro o anotaciones de los cuidados de enfermería es un requerimiento legal de todos los sistemas del cuidado de la salud. Las notas de enfermería son registros que pueden presentarse como evidencia ante un tribunal. Esta documentación proporciona la única prueba de que sean llevado a cabo los tratamientos médicos y de enfermería.

Existen dos tipos de anotaciones de enfermería: uno son las notas generales que se anotan en el momento del contacto inicial con el cliente y otro son las anotaciones centradas en los problema que se escriben sobre los problemas específicos. Los pacientes con problemas agudos o complejos requieren de anotaciones de enfermería mas frecuentes, profundas y completas.

Los formatos para las anotaciones de enfermería varía en cada institución y tipo de clientes que se manejen.

Pautas de registrar el plan de cuidado de enfermería

- ❖ Poner fecha y firma.
- ❖ Utilizar como título “diagnósticos de enfermería”, “objetivos”, “prescripciones de enfermería”, “evaluación” y los criterios para evaluar cada objetivo.
- ❖ Indicar qué objetivos están revisados a través de firma u otros métodos.
- ❖ Enumerar las prescripciones de enfermería para cada objetivo, ordenando por prioridades.
- ❖ Utilizar símbolos médicos o españoles estandarizados y palabras clave, mejor que frases completas para comunicar ideas.
- ❖ No incluir todos los pasos del procedimiento en el plan escrito. Los profesionales deben recurrir a los manuales de procedimientos o protocolos.
- ❖ Adaptar el plan a las características del cliente asegurándose que las elecciones de éste, como sus preferencias de hora para actividades o métodos utilizados, se incluyan; con estos, se refuerza la individualidad el cliente.
- ❖ Asegurarse de que el plan incluya aspectos de cuidado para prevenir problemas, promoción a la salud y rehabilitación.

- ❖ Incluir en el plan a las personas con las que la enfermera debe colaborar y coordinarse en las actividades.
- ❖ Incluir planes para el alta hospitalaria y las necesidades de cuidado en el domicilio.

Características de las intervenciones de enfermería.

- ❖ Serán coherentes con el plan de cuidados.
- ❖ Estarán basadas en principios científicos.
- ❖ Serán individualizadas para cada situación en concreto.
- ❖ Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- ❖ Aprovecharán todas las oportunidades para la enseñanza y aprendizaje del cliente.
- ❖ Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.
- ❖ Las intervenciones de enfermería son actividades que realiza la enfermera para: (Alfaro, 1996).
- ❖ Controlar el estado de salud.
- ❖ Prevenir, resolver o controlar un problema.
- ❖ Ayudar a realizar las actividades de la vida diaria.
- ❖ Promover la máxima salud e independencia.

Planificación de alta.

La planificación del alta, es el proceso de prever y planificar las necesidades después del alta de un hospital o de otro centro, es parte fundamental de los cuidados sanitarios y debe incluirse en el plan de cuidados de cada cliente. Un plan de alta eficaz se inicia al ingreso del cliente, se continua con la valoración sucesiva de las necesidades tanto del cliente como de la familia, hasta el alta.

La enfermera puede ayudar eficazmente a los miembros de la familia a enfrentarse a lo que está sucediendo en su entorno y a planear los problemas previstos, experimentando así una sensación de control y confianza. (Kozier, cit. por Alcántar, 1997).

También proporciona la oportunidad a la enfermera de identificar las necesidades de aprendizaje del cliente y la familia. Pudiendo ser cubiertas estas necesidades a través de la enseñanza individualizada antes del alta o después de la misma por la enfermera de atención domiciliaria.

En cuanto sea posible, se debe iniciar a proveer de recursos y otras acciones antes del día de su alta, para que los preparativos para la llegada del cliente a su casa estén terminados, de tal manera que la ansiedad del cliente y de la familia sea mínima.

Ejecución.

Cuando la enfermera ya ha identificado, los problemas y las capacidades y ha determinado un plan de acción orientado al logro de objetivos o resultados esperados. Constituye el

momento de la ejecución o puesta en práctica del plan. En esta fase se encuentra en primer lugar el cliente que lleva a cabo las acciones planificadas para él, tomando en cuenta sus capacidades. (Alfaro, 1996).

Tipos de actividades de enfermería.

Para describir las actividades de enfermería, con frecuencia se utiliza las palabras de pendiente, independiente y de colaboración.

Una actividad independiente de enfermería es aquella que realiza la enfermera como resultado de su propio conocimiento y capacidad (Mundiger lo denomina "práctica autónoma de enfermería"). La enfermera determina que el cliente requiere ciertas actividades de enfermería y las lleva a cabo o las delega a otras enfermeras siendo ella responsable tanto de la decisión como de las actividades.

Las actividades dependientes de enfermería son aquellas que se realizan bajo la, indicación de un médico y de acuerdo a las rutinas establecidas; este tipo de actividades están relacionadas generalmente con la enfermedad del cliente y es de suma importancia que la enfermera las lleve a cabo, además de que las acciones que realizan ésta están asociadas con la prescripción.

Las actividades de enfermería en colaboración son aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud, como resultado de una decisión conjunta del equipo. (Kozier, 1993)

La ana describe la colaboración como "una interrelación verdadera, donde el poder de ambas partes se valora por igual, donde se reconoce y acepta la diferencia de las áreas de actividades y responsabilidades, aunque sean complementarias, se salvaguardan

los intereses legítimos de cada parte y los objetivos se reconocen por ambos lados” (ANA, 1980). Para que las actividades de colaboración sean afectivas, es necesario que las enfermeras tengan competencias clínica, confianza en sus conocimientos y capacidades y asumir la responsabilidad de sus actos.

El tiempo que la enfermera pasa en cada tipo de actividad depende del tipo de área clínica, el tiempo de servicio y la posición específica de la enfermera.

Proceso de ejecución

Se incluye la actuación de la valoración del cliente, la validación del plan de cuidados, la determinación de las necesidades de apoyo, la aplicación de las estrategias y la comunicación de las actividades de enfermería. La valoración del cliente y la validación del plan de cuidados son progresos que se llevan a cabo en forma continua a lo largo de toda la ejecución.

Actualización de la valoración del cliente.

Después de haber realizado la valoración en la primera fase del progreso de enfermería, la revaloración en las siguientes fases suele enfocarse a las necesidades y las respuestas del cliente; A través de este mecanismo, la enfermera puede darse cuenta si las estrategias planificadas son apropiadas o no en ese momento y puede requerirse un cambio de las mismas y de las prioridades.

Tanto las actividades independientes como las dependientes y en colaboración deben aplicarse una vez que se ha valorado al cliente. La profesional debe aplicarse una estrecha comunicación con el cliente para aliviar su apropiada.

Validación del plan de cuidados

El plan de cuidados no es fijo, sino flexible. Una vez recogidos los nuevos datos la enfermera compara las intervenciones existentes y valora de forma correcta si aún es válido o es necesario adelantarlo a las necesidades del cliente.

Determinación de las necesidades de apoyo.

Para poder ejecutar el plan de cuidados, la enfermera requiere de apoyo de los demás profesionales para poner en práctica las estrategias. Porque una sola persona no puede desarrollar una actividad. Porque es necesario más de una persona para disminuir el estrés del cliente y cuando el profesional no cuenta con conocimientos o experiencia en el desarrollo de determinada práctica.

Ejecución de las estrategias de enfermería

El llevar a cabo las estrategias ayuda al cliente al logro de los objetivos.

La práctica de enfermería puede enfocarse a cualquiera de los cuatro campos: promoción, mantenimiento, recuperación de la salud y cuidado durante la muerte; en cada uno de estos campos se llevan a cabo actividades independientes, dependientes y en colaboración.

Para ejecutar las estrategias de enfermería se debe considerar lo siguiente:

- ❖ La individualidad del cliente.
- ❖ La necesidad de cliente de participar en su cuidado.
- ❖ La prevención de complicaciones.

- ❖ **Mantenimiento de las defensas naturales.**
- ❖ **Proporcionar comodidad y apoyo al cliente.**
- ❖ **Desarrollo de las actividades de formas cuidadosa y exacta.**

Comunicación de las actividades de enfermería

Se deben en forma verbal y escrita una vez que se hayan llevado a cabo, ya que si se registra anticipadamente puede que la enfermera decida no llevarlas a cabo después de valorar nuevamente al cliente; también puede existir objeción por parte del cliente. En algunos casos, es importante notificar de inmediato la actividad realizada, lo cual protege al cliente de posibles errores.

Las enfermeras pueden realizar informes verbales a la hora del cambio de turno y cuando el paciente cambia de hospital o pasa al cuidado extrahospitalarios.

Capacidades necesarias para la ejecución

Para desarrollar las actividades de enfermería, se necesita tres tipos de capacidades: cognoscitiva, interpersonal y técnica o manual.

Las capacidades cognoscitivas (intelectuales) necesarias para la ejecución son la toma de decisiones, la resolución de los problemas, el pensamiento crítico y la creatividad.

Las capacidades interpersonales: son todas las actividades que utiliza una persona para comunicarse con otra, ya sean verbales o no verbales la eficacia una actividad de enfermería depende, en gran medida. De la habilidad que tenga una enfermera para comunicarse con los demás.

Las capacidades manuales son aquellas que se realizan con las manos, muchas de ellas se denominan procedimientos o técnicas psicomotoras. Las capacidades técnicas requieren de un gran conocimiento por parte de la enfermera, incluyendo cada uno de los principios en los que se basan los pasos del procedimiento.

Preparación para actuar.

La preparación puede marcar la diferencia entre una actuación arriesgada, peligrosa para la enfermera y el cliente, y unos cuidados seguros y eficientes que promueven el bienestar y se obtienen los resultados deseados. La enfermera debe estar segura de lo que va hacer, por qué hacerlo, cómo va hacerlos y cómo reducirá la posibilidad de lesiones.

Evaluación.

La última etapa del proceso de enfermería lo constituye la evaluación de los cuidados proporcionados al cliente. Esta etapa es fundamental, porque en ella hay que conjugar un conjunto de elementos particularmente complejos y consiste en emitir un juicio sobre el trabajo de la enfermera en relación con los resultados obtenidos. (Phaneuf, 1993).

Constituye un proceso continuo y terminal. Continuo porque se realiza durante la ejecución en donde la enfermera pregunta cómo reacciona el cliente ante su actuación; muchas veces el profesional se ve obligada a cambiar alguna actividad planteada para que el cliente logre sus objetivos. Es un proceso terminal, ya que una vez que la enfermera ha concluido su plan de cuidados evalúa si se han cubierto o no los objetivos del cliente.

La evaluación es una actividad organizada que tiene una finalidad, a través de ella, la enfermera acepta la responsabilidad de sus actos, indican su interés en los resultados y demuestran el deseo de no perpetuar las actividades ineficaces, adoptando otras.

El proceso de evaluación consta de seis etapas:

- 1) Identificar los criterios de resultado, que utilizará para determinar el grado de alcance de los objetivos.
- 2) Recoger los datos en relación con los criterios identificados.
- 3) Cuantificar el logro de los objetivos.
- 4) Relacionar las actividades de enfermería con los resultados.
- 5) Analizar el plan de cuidados de los clientes.
- 6) Modificar el plan de cuidados.

1) Identificación de los criterios de resultado:

Es utilizada para evaluar la respuesta del cliente a las acciones de enfermería. Los criterios tienen dos propósitos: orientar la clase de datos de evaluación que se necesita obtener y proporcionar un estándar para esos datos.

Cuando los criterios están bien definidos son precisos y mensurables y orientan al siguiente paso del proceso de evaluación que es la recogida de los datos.

2) Recolección de los datos:

Los datos se recogen de tal manera que se pueden obtener conclusiones sobre el grado de alcance de los objetivos. Los datos guardan relación con los criterios de resultado, obteniéndose a través de la observación, comunicación directa con el cliente o de los registros de oros profesionales de la salud. El registro de los datos debe ser exacto y conciso para facilitar la tercera etapa de evaluación.

3) Cuantificación del logro de los objetivos:

Consiste en comparar los datos recogidos con los criterios establecidos.

Para evaluar el logro de los objetivos, existen tres probables resultados:

- ◆ Se ha logrado el objetivo, la respuesta del cliente es la esperada.
- ◆ El objetivo se ha alcanzado parcialmente, por ejemplo, se logró alcanzar el objetivo a corto plazo, no así el de largo plazo.
- ◆ No se ha cubierto el objetivo.

4) Relación de las actividades de enfermería con los resultados del cliente.

Esta etapa consiste en determinar si las actividades de enfermería tienen alguna relación con los resultados.

5) Revisión del plan de cuidados de los clientes.

La evaluación de los resultados proporciona la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de cuidados ha dado resultado, reduciendo o previniendo eficazmente los problemas del cliente, por lo tanto, la enfermera debe revisar todo el proceso de enfermería, independientemente si se cubrieron o no los objetivos.

Cuando los objetivos se han alcanzado se debe tomar una de las siguientes alternativas:

- ◆ Si el problema diagnosticado ya se ha solucionado y la enfermera constata que se ha alcanzado el objetivo, se abandona el plan realizado para su logro.
- ◆ A pesar de haberse alcanzado el objetivo el problema persiste. Por tanto la enfermera debe continuar su actividad.

Cuando los objetivos no se han cubierto o se logran parcialmente, la enfermera debe revisar la base de datos, los propios diagnósticos y las estrategias.

❖ Base de datos.- Debe revisarse para corroborar que es completa y correcta, ya que de lo contrario afectaría a las etapas siguientes del proceso de enfermería. En algunas ocasiones esta nueva información puede invalidar toda la base de datos, requiriéndose, por tanto, realizar nuevamente todo el proceso.

❖ Diagnósticos establecidos.- Deben volverse a establecer diagnósticos si la base de datos era incompleta. Aunque la

información se la correcta, se deben revisar los diagnósticos para determinar si el problema no se identifico correctamente o no corresponde con los datos.

❖ **Objetivos establecidos.-** Se deben revisar los objetivos si el diagnóstico no era el correcto o apropiado; en caso de ser correcto, la enfermera debe corroborar si los objetivos son realistas o alcanzables y determinar si las prioridades han cambiado o no.

❖ **Estrategias de enfermería.-** La enfermera investiga si las estrategias elegidas fueron las adecuadas y si guardan relación con los objetivos. Cuando los diagnósticos y objetivos son correctos, lo más lógico es que las estrategias elegidas no hayan sido las mas apropiadas para cubrir los objetivos, sin embargo, antes de seleccionar otras, la enfermera debe constatar que se cumplieron las órdenes, ya que puede suceder que no se hayan llevado acabo por el resto de los profesionales por no ser claros y razonables, tomando en consideración los recursos de los que se disponían tanto de persona, económico y de equipo.

6. Modificación del plan de cuidados.

Cuando existe la necesidad de cambiar el plan de cuidados, la enfermera debe llevar acabo los siguientes pasos:

◆ Cambiar los datos de la columna de valoración para reflejar los nuevos hallazgos, poniendo fecha y resaltándolos de alguna manera, de tal forma que indiquen que son nuevos (por ejemplo con otro color, subrayándolos, etc.).

◆ Revisar los diagnósticos, poniéndoles fecha a los nuevos.

- ◆ Hacer una revisión de las prioridades del cliente, los objetivos y los criterios de resultados, anotando la fecha.

- ◆ Establecer nuevas estrategias que sean acordes con los diagnósticos.

- ◆ Cambiar los criterios de resultados, ajustándolos a los otros cambios del plan de cuidados.

6. EL PROCESO BASADO EN VIRGINIA HENDERSON.

Las necesidades fundamentales. (phaneuf, 1993).

El individuo sano o enfermo, es considerado como un todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales, que debe satisfacer. La finalidad de los cuidados, consiste en conservar o restablecer la independencia del cliente en la satisfacción de sus necesidades. El rol de la enfermera consiste en ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que él no puede realizar por sí mismo para responder a sus necesidades.

Postulados sobre los que se basa el modelo de 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", "independiente".

Valores que fundamentan 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 sus funciones propias a un personal no cualificado.
- ❖ La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.

Necesidad fundamental.

Es una necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

Necesidades fundamentales y componentes bio-psico-sociales, culturales y espirituales.

Virginia Henderson define catorce necesidades fundamentales que son las siguientes:

1. Respirar.
2. Alimentarse e Hidratarse.
3. Eliminar.
4. Moverse, conservar una buena postura (t mantener una circulación adecuada).
5. Dormir y Reposar (y conservar un estado de bienestar aceptable).
6. Vestirse y Desnudarse.
7. Mantener la Temperatura corporal en los límites normales.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

8. Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos.
9. Evitar los peligros (y mantener la integridad física y mental).
10. Comunicar con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad).
11. Actuar de acuerdo con sus creencias y valores.
12. Preocuparse de su propia realización (y en conservar su propia estima).
13. Recrearse.
14. Aprender.

Cada una de estas necesidades está relacionada con las distintas dimensiones del ser humano y en cada una de ellas pueden descubrirse las dimensiones biológicas, psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

Todo lo que se refiere a la función circulatoria se ha añadido a la necesidad de moverse y mantener una postura adecuada. Teniendo en cuenta los íntimos lazos fisiológicos que unen las funciones cardiorrespiratorias, algunos prefieren unir la función circulatoria a la necesidad de respirar. Si se considera que el flujo sanguíneo aporta a la célula el agua, los electrólitos y los nutrientes que necesita, y que libera de sus desechos, podría también considerarse que mantiene relaciones funcionales importantes con la nutrición y la eliminación.

La comunicación engloba la sexualidad y por extensión, la procreación. Virginia Henderson describe esta necesidad como el hecho de comunicar con los otros para expresar sus

emociones, sus necesidades y sus opiniones. Por tanto es muy legítimo considerar a la sexualidad como un medio de combatir la soledad del ser y de comunicar desde el nivel de su propio cuerpo. La sexualidad debe ser considerada evidentemente como una necesidad, puesto que, al igual que el comer y el beber, responde a los comportamientos de consumo innatos.

LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES Y LOS FACTORES RELACIONADOS CON LAS DISTINTAS DIMENSIONES QUE PUEDEN INFLUIR EN SU SATISFACCIÓN. (Phaneuf, 1993).

NECESIDAD:

Respirar:

Inspiración: Aporte esencial de oxígeno
Difusión de gases a nivel pulmonar.
Intercambio a nivel celular.

Espiración: Expulsión de gas carbónico y de vapor de agua.

DIMENSIONES:

Biofisiológica: Mantenimiento de las funciones esenciales, frecuencia, ritmo, amplitud, ruidos respiratorios, tos.

Psicológica: Ansiedad y estrés.

Sociológica.

Entorno: Polución, tabaquismo, estilo de vida.

Deportes al aire libre, ejercicio, aireación y humedad de los lugares, altitud.

Cultural,
Espiritual:

Disciplina personal de la respiración;
meditación, yoga, etc.

NECESIDAD:

Alimentarse e hidratarse: Ingestión, digestión y absorción de agua, de electrolitos y de nutrientes esenciales para la vida.

DIMENSIONES:

- Biofisiológica:**
- Capacidad de masticar, de deglutir, de dirigir y de absorber los alimentos.
 - Calidad y cantidad de los líquidos y nutrientes, según las necesidades del organismo. Equilibrio electrolítico. Envejecimiento. Alteración orgánica. Equilibrio hormonal y enzimático.
- Psicológica:**
- Ansiedad, anorexia, polifagia de origen nervioso. Estado afectivo y utilización de los mecanismo de defensa; compensación, sublimación. Miedo.
 - Gratificación, hábitos personales relacionados con la absorción de alimentos o de bebidas alcohólicas.
 - Imagen corporal deseada
 - 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 de restaurante, soledad.

Cultural,
Espiritual:

- Organización del domicilio.
- Restricciones religiosas.
- Ayunos. Costumbres familiares.

NECESIDAD: (Phaneuf, 1993).

Eliminar: • Rechazo a las sustancias nocivas o inútiles que resultan del metabolismo.

DIMENSIONES:

- Biofisiológica:
- Capacidad de eliminación urinaria, intestinal, etc., (sudor, lágrimas, menstruaciones y...).
 - Alteraciones físicas o psicológicas, inmadurez, envejecimiento, ciclo de eliminación y ciclo de menstruaciones.
 - Dependencia física de los laxantes.
 - Eliminación.
 - Equilibrio hormonal.
- Psicológica:
- Ansiedad, estrés, repulsiones.
 - Hábitos de higiene personal y de eliminación.
 - Actitud frente a la eliminación y la menstruación.
 - Intimidad.
 - Dependencia psicológica de los laxantes.
- Sociológica:
- Organización y control sanitario, salubridad de los lugares públicos.

- Educación.
- Cultural,
Espiritual:
- Valor que se da a la higiene en determinadas culturas.

NECESIDAD: (Phaneuf, 1993).

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.

DIMENSIONES:

- 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.
- Ejercicio, posturas habituales.
- Alimentación rica en colesterol y en cloruro de sodio.
- Ansiedad, estrés, agitación, valor personal que se da al deporte y a la actividad.
- Sedentarismo.

- Hábitos personales de comportamiento.
 - Soledad.
 - Hábito de fumar.
 - Carácter competitivo (tipo A).
- Sociológica:
- Organización de los deportes y de los lugares de ejercicio.
 - Condiciones de trabajo inadecuadas.
- Cultural, 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.

NECESIDAD: (Phaneuf, 1993).

- Vestirse y desnudarse:
- Protección del cuerpo en función del clima, de las normas sociales y de la reserva personal.

DIMENSIONES:

- Biofisiológica:
- Movilidad articular, 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.

- Preferencia en el 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, Espiritual:
- Límites aportados por la religión y por la cultura (particularmente en lo que se refiere a la mujer).

NECESIDAD: (Phaneuf, 1995).

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.

DIMENSIONES:

- Biofisiológica:
- Capacidad de distenderse.
 - Número de horas de reposo, según la edad y las necesidades del organismo.
 - Tendencia al insomnio o 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 del 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, Espiritual:**
- Valor que se da al trabajo y al descanso en cada cultura.
 - Valor que se da a la resistencia ante el dolor.

NECESIDAD: (Phaneuf, 1995).

Mantener la temperatura corporal en los límites normales.

- Equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie corporal.

DIMENSIONES:

- Biofisiológica:**
- Regulación térmica cerebral y calor de los tegumentos.
 - Inflamación, infección.
- Psicológica:**
- Elevación térmica debida al nerviosismo 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, espiritual.**
- Medios para combatir el frío y el calor, que utiliza una determinada cultura; vestido, habitación, calefacción.

NECESIDAD.

Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.

- Cuidados de higiene corporal y de la imagen personal.

DIMENSIONES:

- Biofisiológica:**
- Capacidad física para atender a 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 sí mismo.
- Educación.
- Sociológica: • Salubridad del medio de vida y de trabajo.
- Instalaciones sanitarias, baños.
- Cultural, Espiritual: • Significado de la higiene y de la limpieza dentro de la familia y de la propia cultura.
- Modas de vestir y de peinarse.

NECESIDAD: (Phaneuf, 1995).

- Evitar los peligros: • Protección contra las agresiones internas o externas, con el fin de mantener su integridad física y mental.

DIMENSIONES:

- Biofisiológica: • Límites sensoriales; vista, oído, desequilibrio. Inmunidad. Inflamación. Infección/contaminación.
- Prevención de la enfermedad y de los accidentes.

- Psicológica.**
- Limitaciones intelectuales, perturbaciones del pensamiento.
 - Estado de conciencia.
 - Predisposición a los accidentes. Falta de atención; ansiedad y miedo.
 - Alteración de su autoimagen.
 - 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, 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.

NECESIDAD. (Phaneuf, 1995).

Comunicar 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.

DIMENSIONES.

- Biofisiológica:**
- Capacidad física para relacionarse con los otros: vista, oído, tacto, fonación. Debito verbal.
 - Integridad de los órganos sexuales. Capacidad de procrear. Equilibrio hormonal.
 - Mímica.
- Psicológica.**
- Perturbación emotiva, capacidad para expresar sentimientos, relaciones con los otros: repliegue en sí mismo, tedio; percepción del otro sexo, equilibrio sexual.
- Mecanismo de defensa:**
- Proyección, sublimación, regresión.
 - Estado de conciencia.
- Sociológica:**
- Libertad de expresión de los sentimientos. Control social. Comunica de masas.
 - Utilización de la sexualidad con fines pecuniarios.

Cultural,
Espiritual.

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

NECESIDAD. (Phaneuf, 1995).

Practicar su religión. Actuar de acuerdo con sus creencias y valores.

- Actualización de los propios valores.

DIMENSIONES:

Biofisiológica: • Inmovilidad. Debilidad. Enfermedad.

Psicológica: • Ansiedad relacionado 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,
Espiritual: • Pertenencia a una religión, o adhesión a una filosofía.

• Misticismo, ascetismo.

NECESIDAD. (Phaneuf, 1995).

Preocuparse de su propia realización y en conservar su propia estima.

- Utilización del tiempo de forma útil, eficaz y valorizada.

DIMENSIONES:

- | | |
|-----------------------|---|
| Biofisiológica: | <ul style="list-style-type: none">• Capacidad física.• Integridad neurológica y músculo-esquelética.• Nivel e energía y de fuerzas físicas, movilidad articular.• Enfermedad, dolores. |
| Psicología. | <ul style="list-style-type: none">• Desarrollo intelectual.• Estado de conciencia, depresión, confianza en sí mismo, educación.• Deseo de realizarse.• Creatividad. |
| Sociológica: | <ul style="list-style-type: none">• Disponibilidad de medios educativos y culturales.• Limitaciones socioeconómicas, roles sociales y parentales, grupos de interés.• Voluntario. |
| Cultural, Espiritual: | <ul style="list-style-type: none">• Valor que se atribuye en la cultura al trabajo y a la productividad. |

NECESIDAD: (Phaneuf, 1995)

- Recrearse: • Necesidad de actividades de esparcimiento.

DIMENSIONES:

- 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 más o menos gregarias de la familia.
- Cultural, Espiritual. • Severidad de determinadas religiones frente a actividades de esparcimiento.

- Restricciones que se imponen a las mujeres en ciertas culturas.

NECESIDAD. (Phaneuf, 1995).

Aprender: • Adquirir conocimientos. Recibir información.

DIMENSIONES:

- Biofisiológicas:**
- Capacidad funcional del cerebro, del sistema nervioso y de los sentidos (vista, oído).
 - Uso de medicamentos.
 - Senilidad o inmadurez.
 - Enfermedad aguda.
 - Dolor.
- Psicológica.**
- Estado de conciencia.
 - Capacidad intelectual. Perturbaciones del pensamiento (juicio, memoria).
 - Ansiedad.
 - Educación (leer, escribir).
 - Período de adaptación a la enfermedad.
- Sociológica.**
- Disponibilidad de servicios educativos.
 - Grado de evolución del medio familiar.
 - Importancia de la enseñanza dentro

- Cultural,
Espiritual.
- de los cuidados de enfermería.
 - Poner el acento en la prevención.
 - Valor que se da en una cultura determinada a la educación o a la información sobre la salud y la enfermedad.

NECESIDADES Y HOMEOSTASIA: (Phaneuf, 1995).

La satisfacción del conjunto de necesidades de una persona le permite conservar sus diferentes procesos fisiológico y psicológicos en estado de equilibrio, este estado físico ha sido denominado Homeostasia. Término que se ha ido extendiendo poco a poco a los procesos psicológicos y de relación y hoy se habla de homeostasia fisiológica y psicológica de un individuo.

La homeostasia constituye un principio de interacción entre los diferentes mecanismos vitales. En estado normal o ante ligeras desviaciones, estos procesos fisiológicos actúan para regularse mutuamente unos a otros. Ej. La transpiración (necesidad de eliminar) permite la evaporación de la humedad de la piel, lo que produce efecto de refrescar el organismo cuando se eleva la temperatura (necesidad de mantener la temperatura corporal en los límites normales). Si una de las necesidades permanece en un estado de insatisfacción importante a causa de un problema de salud o de cualquier otra dificultad, las demás necesidades sufren también repercusiones ej. La persona que no puede satisfacer su necesidad de moverse, verá disminuir su apetito, se reducirá su capacidad pulmonar, se hará más lenta su motilidad intestinal, etc. y la homeostasia de los procesos fisiológicos y psicológicos podrá verse perturbada.

Independencia y dependencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Para mantener un equilibrio fisiológico y psicológico el cliente debe alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades. Si es capaz de responder de forma conveniente, por medio de acciones o comportamientos adecuados que él mismo realiza (o que otros hacen por él de forma normal según su fase de crecimiento y de desarrollo, ej. el niño), es independiente.

Si, por causa de otras dificultades, el cliente es incapaz de adoptar comportamientos favorables para realizar por sí mismo acciones adecuadas que le permitan alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades se convierte en dependiente.

La independencia en el adulto, es alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo, sin la ayuda de otra persona.

La dependencia en el adulto, es la incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por sí mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permitan alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades. (Phaneuf, 1995).

El nivel aceptable de satisfacción, es el nivel que permite la persistencia de un buen equilibrio fisiológico y psicológico que se manifiesta por un estado satisfactorio de bienestar.

La independencia en el niño, es alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra, por

ejemplo; Es normal que un bebé de tres meses sea alimentado y cambiado de pañales por alguien. La misma situación sería anormal en un niño de tres años.

La dependencia en el niño, deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.

El continuum independencia y dependencia se divide en 6 niveles:

- ❖ El cliente es independiente si responde por sí mismo a sus necesidades de una manera aceptable que permite la persistencia de una buena homeostasis física y psíquica, a la vez que el mantenimiento de un estado satisfactorio de bienestar.
- ❖ Es independiente si utiliza, sin ayuda y de forma adecuada, un aparato, dispositivo de apoyo o prótesis (bastón, andador, muleta, bolsa de ostomía, miembro artificial, prótesis dental, ocular o auditiva) y de este modo logra satisfacer sus necesidades.
- ❖ Empieza a ser dependiente, si debe recurrir a otra persona para que él enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bien; si debe ser ayudado, aunque sea poco.
- ❖ Muestra una dependencia más marcada cuando ha de recurrir a la asistencia de otra persona para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.

- ❖ Su dependencia es aún mayor cuando ha de contar con otra persona para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, aunque sea capaz de participar en estas acciones.
- ❖ Llega a ser completamente dependiente cuando ha de ponerse totalmente en manos de otra persona, porque es incapaz de realizar por sí mismo las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades.

Relación entre la duración y el grado de dependencia.

La dependencia de una persona debe ser considerada no sólo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración y puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente.

Tipos de dependencia y niveles de prevención. (Phaneuf, 1995).

La dependencia se manifiesta en el cliente por medio de ciertos cambios observables, en la satisfacción de una necesidad fundamental. Este cambio desfavorable constituye el problema de dependencia y puede afectar a aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales o espirituales del individuo.

Si debido a la presencia de determinadas predisposiciones o de ciertos factores ajenos al sujeto, puede presentarse un problema, habrá de considerarse la dependencia como POTENCIAL, y tendrá que planificarse una acción orientada a evitar su instalación inminente.

Cuando el problema está ya instalado, nos encontramos ante una dependencia ACTUAL, y han de emprenderse acciones correctoras para intentar reducir o limitar sus consecuencias.

Cuando el cliente se recupera, su dependencia empieza a ser DECRECIENTE, y el rol de la enfermera, en este momento, consiste en mantener esta progresión descendente y ayudar al cliente a recuperar un grado óptimo de autonomía, a pesar que en ocasiones subsistan ciertas limitaciones. Si, a pesar de los cuidados apropiados prestados por la enfermera, el problema no puede ser corregido, la dependencia se convierte en PERMANENTE O CRÓNICA.

FUENTES DE DIFICULTAD.

Se define como cualquier impedimento mayor en la satisfacción de una o de varias necesidades fundamentales. Estas fuentes de dificultad pueden ser causadas por:

- ❖ Factores de orden físico.
- ❖ Factores de orden psicológico.
- ❖ Factores de orden sociológico.
- ❖ Factores que tienen repercusiones de orden espiritual.
- ❖ Factores ligados a una insuficiencia de conocimientos.

Fuentes de dificultad de orden físico:

Son por insuficiencia, desequilibrio o sobrecarga.

Fuentes de dificultad de orden Psicológico:

Están relacionadas con la inteligencia, el pensamiento y el estado de conciencia; con los sentimientos, el estrés, la ansiedad, las etapas de crecimiento o adaptación a la enfermedad, a las situaciones de crisis.

Fuentes de dificultad de orden Sociológico.

Están ligadas a las dimensiones relacional, cultural, económico y medioambiental.

Fuentes de dificultad con repercusiones espirituales:

Están relacionadas con las interrogantes trascendentales, de valores, con determinadas limitaciones en la práctica religiosa, etc.

Fuentes de dificultad ligadas a la insuficiencia de conocimientos.

Por la falta de conocimientos de sí mismo y de los otros, de la salud y de la enfermedad, del medio físico y social.

Guía para la valoración de las 14 necesidades básicas.

A continuación se desarrolla la "guía básica para la valoración de las 14 necesidades básicas", siguiendo el modelo de Henderson.

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Factores que influyen en esta necesidad (Fernández, 1995).

- ❖ Biofisiológicos, edad, alineación corporal, talla corporal (relación talla/peso), nutrición e hidratación,

sueño/reposo/ejercicio, función cardiaca, 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 de 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, sistema de ventilación, corrientes de aire, espacios verdes.

Interacciones.

- ❖ Si fuma ¿qué sabe acerca del fumar?, ¿desde cuándo fuma?, ¿cuántos cigarrillos/puros/etc. fuma al día? ¿varía 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 de prisa, etc.)

- ❖ ¿Cómo influencia su estado de ánimo en su respiración (si aumenta o disminuye la frecuencia, ritmo, etc.)
- ❖ ¿Tiene conocimientos sobre una respiración correcta?
- ❖ ¿Conoce y/o utiliza técnicas que cree que le mejoren 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 cardiorespiratorios? (Dolor precordial, taquicardias, asma, alergias, etc.).

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN. (FERNÁNDEZ, 1995).

- ❖ **Biofisiológicos.** Edad, talla, constitución corporal y patrón de ejercicio.
- ❖ **Psicológicos.** Emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida/bebida.
- ❖ **Socioculturales.** Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes), status socioeconómico, entorno físico próximo (casa, comedor, olores). Entorno físico lejano (horarios, tiempo disponible tiempo entre comidas, come 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 tractodigestivo.
- ❖ En caso de heridas, tipo y tiempo de cicatrización.
- ❖ Dolor, ansiedad, estrés, trastornos de 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 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 que tipo de alimentación realiza).
- ❖ ¿Qué horario y número de comidas habituales realiza? (Relación con el trabajo y patrones culturales).
- ❖ ¿Qué cantidad y tipo de líquidos bebe al día? ¿Cuál es la pauta de ingesta?
- ❖ ¿Qué preferencias/disgustos siente por determinados alimentos? (impedimentos ideológicos o religiosos con respecto a la comida, influencias socioculturales, si relacionan obesidad con la salud) por la temperatura de los mismos.
- ❖ ¿Qué dificultades encuentra para preocuparse, 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 tomar alimento que produzcan flatulencia, comer despacio, masticando e insalivando bien no acostarse inmediatamente después de comer, etc.)
- ❖ ¿Ha habido cambios recientes de dietas o de peso? ¿por qué? (relacionado 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, vómito, pérdida del apetito...).

3. NECESIDAD ELIMINACIÓN.

Factores que influyen en esta necesidad. (Fernández, 1995).

- ❖ 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 cuerpos cetónicos); heces (coloración, olor, consistencia, configuración presencia de sangre); sudor (cantidad y olor; menstruación (cantidad, aspecto y color).
- ❖ Estado del abdomen y del periné.
- ❖ Estado de conciencia, cambios del patrón del sueño y del comportamiento, capacidades sensoriales, perceptuales, neurológicas y motrices.

- ❖ Condiciones del medio que ayudan/dificultad la satisfacción de esta necesidad.
- ❖ Interacciones.
- ❖ ¿Cuáles son los patrones habituales de eliminación? (Heces, orina, menstruación, sudoración).
- ❖ ¿Cómo influyen 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 horario modifica los hábitos de eliminación? ¿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).
- ❖ En caso de problemas en la eliminación (incontinencia, colostomía sudoración excesiva o de olor desagradable). ¿Cómo le afectan en su autoconcepto/autoimagen y en la 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 esta necesidad. (Fernández, 1995)

- ❖ **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 de la marcha, tono muscular, gama de movimientos, postura adecuada de pie, sentada 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).
- ❖ Estado 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?

- ❖ ¿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.)
- ❖ ¿Cuántas horas al día cree Ud. que está sentado, andando, de pie, reclinado? ¿Se considera una persona activa o sedentaria?
- ❖ ¿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 cultura...)

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Factores que influyen esta necesidad. (Fernández, 1995).

- ❖ 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), 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 con ropa a la talla o situación de la persona).

Interacciones.

- ❖ ¿Cuál es el patrón y tipo habitual de sueño? (Horas, horario, duración, siesta, despierta por la noche, necesidad de levantarse por la noche sueño profundo, se despierta con estímulos 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 Usted dormir (como rutina, obligación, placer, relajación, evasión, compensación)? ¿Conoce los efectos positivos y negativos de cada una de estas formas de comportamiento?
- ❖ ¿Tiene sueño/pesadillas cuando duerme?
- ❖ ¿Utiliza algún tipo de medicamento para dormir o estimularse? ¿Conoce sus efectos?
- ❖ ¿Cuánto tiempo diario utiliza para el reposo/descanso? ¿Dónde? (trabajo, casa, entorno social – masajista, bar...).

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Factores que influyen esta necesidad. (Fernández, 1995).

- ❖ 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 otro). 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).
- ❖ ¿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, trabajo...)
- ❖ ¿Conoce la relación entre la 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 de abrocharse los botones, cámbialos 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 o creencias que considere necesario mantener?
- ❖ ¿De qué forma le afecta el vestir o desvestirse en un sitio extraño, ante personas o con ayuda de otras personas? (intimidad).

NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN.

Factores que influyen esta necesidad. (Fernández, 1995).

- ❖ 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.

- ❖ Discomfort, 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 conocimientos, económicos, 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. (Fernández, 1995).

- ❖ Biofisiológicos. Edad desarrollo, alimentos 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 color 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 relajación entre estilo de vida y satisfacción de esta necesidad?
- ❖ Qué significado tiene para usted 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 otra persona?
- ❖ ¿Tiene preferencias horarias respecto a su aseo diario?

- ❖ ¿Qué hábitos higiénicos considera imprescindibles mantener? (lavarse las manos o dientes 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 regla, no debe lavarse la cabeza a diario, ducha a diario nociva, condiciones de hábitat, equipamiento material, condiciones económicas, creencias personales, modas).

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

Factores que influyen en esta necesidad. (Fernández, 1995).

- ❖ **Biofisiológicos.** Edad, etapa del desarrollo, mecanismo de defensa fisiológicos (termorregulación, sistema inmunológico), estabilidad psicomotora.
- ❖ **Psicológicos.** Mecanismos de defensa, método 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, ausentismo laboral, somatizaciones, aspecto descuidado, inhibición, desconfianza, agresividad, alteraciones en la sensopercepción o en la conciencia originadas por sobreexposición a estímulos o por de privación, interacciones personas significativas, comportamientos peligrosos.
- ❖ Autoconcepto/autoestima (sí protege o evita mirar o tocar zonas de su cuerpo, armonía en el aspecto físico, existencias 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, polución).

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, sistemas eléctricos, 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 presión arterial, etc.)
- ❖ ¿Conoce las medidas de control para prevenir enfermedades? (examen periódico de mamas, testículos, visión, audición, etc.), ¿las utiliza?
- ❖ Si necesita algún tipo de ayuda (para prevenir enfermedades (para la deambulación, visión audición, etc.) ¿la utiliza y está adaptada a sus necesidades?
- ❖ ¿Conoce las medidas de prevención de enfermedades infectocontagiosa y agresiones del entorno? (tormentas, rayos, inundaciones, fuego) ¿las utiliza?
- ❖ ¿De que modo maneja las situaciones de tensión en su vida? (Enfadarse consigo mismo o con los demás, culpabilizar a los demás de su situación, hablar con la persona que está implicada en el problema, sentirse ansioso, rezar, leer, escuchar música o realizar actividades relajantes, dedicarse a actividades intelectuales, infravalorarse, adoptar un comportamiento inhibido, sumiso o activo).
- ❖ ¿De que forma maneja su familia las situaciones de estrés? (Flexibilidad en el rol, quién toma las decisiones, solución a la disparidad de criterios entre los miembros del grupo familiar).

- ❖ ¿Cuál es el rol u status que ocupa en la familia?
- ❖ ¿Ha sufrido alguna alteración física que haya alterado su autoimagen/autoconcepto?
- ❖ ¿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 usted que les 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?
- ❖ ¿Tiene sentimientos de control sobre sí mismo (equilibrio entre dependencia e independencia) 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? ¿Cuáles cree usted que es/son la/s 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 actividad, técnicas de relajación, técnicas de resolución de problemas).

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Factores que influyen esta necesidad. (Fernández, 1995).

- ❖ 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, autoconcepto.
- ❖ **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 aprendizaje, valores y creencias de la familia/grupo social), profesión.

Observaciones.

- ❖ Estado de los órganos de los sentidos (en caso de prótesis, adecuación de estas) y del sistema neuromuscular.
- ❖ Dificultad respiratoria, fatiga y debilidad.
- ❖ Comunicación verbal (directa y abierta, poco clara pero evasiva, habilidades de comunicación – asertiva, 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 sola/o ? ¿Por qué? ¿Con cuántas personas suele relacionarse diariamente?
- ❖ ¿Tiene contactos sociales en forma regular y que le resulten satisfactorios?
- ❖ ¿De que forma expresa generalmente sus sentimientos y pensamientos a los demás (verbal y directamente, a través de alusiones y del comportamiento) si en alguna situación 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 sí 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 con un todo? (reuniones periódicas, celebraciones).
- ❖ ¿Qué posición ocupa en el seno de su familia? ¿Cómo se ve usted? ¿cómo lo ven los demás?
- ❖ ¿Existe algún conflicto importante de relación con su familia y/o miembros del grupo familiar?
- ❖ ¿Con cuál de sus familiares tiene mejor relación? ¿Por qué?
- ❖ ¿Qué otras personas son importantes para usted? ¿cómo se ve la relación con los demás? ¿qué cree que esperan de usted?
- ❖ En que tipo de vivienda habita (número de habitantes, espacio) ¿le afecta en su necesidad de comunicación?
- ❖ ¿Tiene algún tipo de mascota o animal doméstico? ¿De que manera le ayuda en su necesidad de comunicación? (le hace compañía le hace sentirse seguro/a...)
- ❖ Ante situaciones de la vida causantes de estrés conflictos ¿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 usted? En caso negativo ¿le regula 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. (Fernández, 1995).

- ❖ Biofisiológicos. Edad y etapa de desarrollo, integridad del sistema neuromuscular.
- ❖ Psicológicos. Emociones, actitudes, estados 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 ideas personales, noción de trascendencias) influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, patrones y estructura de la comunidad).

Observaciones.

- ❖ Formas de vestir de la persona, familia y amigos (hábitos, vestimentas específicas de un grupo social o religioso) y actitud ante ellos (si se 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, congruencias entre creencias/valores y comportamientos).
- ❖ Condiciones del entorno que ayudan/limitan la satisfacción de esta necesidad (existencia y accesibilidad a lugares determinados: iglesia, lugares de reunión y encuentros, etc. Presencia de algún objeto, en el entorno próximo en la propia persona, indicativo de determinados valores o creencias. Existen 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 que tipo de creencias religiosas fue educado en su infancia? ¿cuáles de ellas son significativas ahora para usted? ¿suponen una ayuda o le generan más conflictos personales, familiares o de algún otro tipo de problema en su entorno?
- ❖ ¿Qué tipo de ritos o comportamientos (dietas, posturas, gestos...) asociados a sus creencias debe practicar? ¿Con qué frecuencias 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 usted 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 usted 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 usted le provoca esta situación?
- ❖ ¿En caso de necesidad, desearía tener la oportunidad de expresar sus últimas voluntades? (donación de órganos, servicio religiosos, testamentos, cartas, etc.)

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Factores que influyen en esta necesidad. (Fernández, 1995).

- ❖ 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 relajación.
- ❖ Autoconcepto positivo/negativo de sí mismo (apariencia física, postura, expresión). Conciencia de sus capacidades de decisión y de resolución de problemas.

Interacciones.

- ❖ ¿Qué 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 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 vive usted esta actual situación de cambio? (pérdida de status, incapacidad de adaptarse al nuevo rol, incapacidad así mismo 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 a la situación, nuevas maneras de disfrutar en el tiempo libre y de enfocar al trabajo, modos 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 esta necesidad. (Fernández, 1995).

Biofisiológico. Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas.

Psicológico. Madurez personal, sensopercepción, inteligencia, pensamiento, emociones, motivación, personalidad de base, humor de base, estado de ánimo, autoconcepto.

Socioculturales. Cultura, rol social (trabajo/ocio), influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, estructura de recursos y servicio), 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 a 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 usted? ¿Por qué? ¿Tiene alguien con quien llevarlas acabo? En caso negativo, ¿Es un problema para usted?

- ❖ 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 usted 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 ve 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 esta necesidad. (Fernández, 1995).

- ❖ Biofisiológicos. Edad, etapa de desarrollo, capacidades física.

- ❖ 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 psicológicos (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 que 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 de generadores de salud, que resultan de un nuevo aprendizaje? (dejar de fumar, hacer ejercicio o dieta...).
- ❖ ¿Tiene problemas de relación dignos de mencionar con la 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 permitan 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 como utilizarlas? ¿Las utiliza? En caso negativo, ¿Por qué?
- ❖ ¿Desearía incrementar sus aprendizajes en aspectos relativos a su salud/enfermedad (Técnicas de autocontrol, emocional, cambios de hábitos de vida, funcionamiento del propio cuerpo en situación de salud y enfermedad, alternativas de estilos de vida, procedimientos, etc.?)

7. CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO DE EDAD MEDIA.

Resulta difícil establecer el momento en que comienza la edad media o adulta. La vida adulta media se refiere a las personas con edades comprendidas entre los 35 y 64 años de edad. A medida que los adultos llegan a estas edades se van haciendo más aparentes los signos de envejecimiento, que sustituyen a los del desarrollo físico. En la mayoría de los principales sistemas orgánicos, se inicia una declinación sutil, pero gradual. (Berare. Myers, 1997)

a) Características físicas.

Piel y pelo. Intacto, distribución adecuada de la pigmentación, disminución lenta y progresiva de la turgencia de la piel, encanecimiento y pérdida del pelo. Ojos, los cristalinos van perdiendo gradualmente elasticidad, lo que da lugar a una pérdida de la capacidad para enfocar con claridad las imágenes visuales cercanas.

La grasa comienza acumularse en la parte inferior del abdomen y en las caderas, la piel deja de adaptarse íntimamente a los músculos y huesos y sus pliegues se hacen más pronunciados.

El sentido del tacto comienza a declinar hacia los 45 años, después de los 50 se va reduciendo la sensibilidad al dolor.

Los aparatos cardiovascular y pulmonar, cambian con la edad. La contractilidad del corazón disminuye lo que da lugar a un menor índice cardíaco. Los pulmones y los bronquios se hacen menos elásticos. Lo que se traduce a una disminución de la capacidad pulmonar máxima.

En esta etapa pueden modificarse los hábitos intestinales, los movimientos intestinales disminuyen por la inactividad física.

En las necesidades sexuales, los varones tardan más en conseguir la erección y también en llegar al orgasmo, la eyaculación se retrasa y es menos potente. (Beare/Myers, 1997).

b) Características Psicológicas.

En una sociedad que concede gran valor a la juventud, el reconocimiento de los años transcurridos puede ocasionar en algunas personas una ansiedad considerable y el sentimiento de ser víctimas de la edad y otras llegan a reconocer y aceptar el proceso inevitable del paso de los años.

Una reacción frecuente ante la edad es la preocupación por el deterioro del atractivo físico, el temor de una pérdida gradual de la actividad sexual a medida que se envejece. La certeza de que se es deseable y atractivo sexualmente para una pareja puede ser un extremo benéfico para reducir la preocupación en cuanto a una declinación del atractivo. Otras actitudes tienen que ver con los conflictos del empleo y la familia. Puede haber sentimientos de hostilidad y dudas con respecto a una aparente imposibilidad de alcanzar una meta vocacional. En lo que respecta a la familia es probable que una persona se sienta que no es tomada en cuenta por su cónyuge o hijos mayores.

Es probable que las personas que tengan mayor éxito sean las que llegan a reconocer que el envejecimiento es una etapa natural de la vida y que no tienen que seguir aparentando ser jóvenes.

Las personas que no se han adaptado adecuadamente a los cambios están expuestas a sentirse infelices, amargados o deprimidos en relación con el pasado y el presente. Pueden volverse retraídas, desempeñarse menos satisfactoriamente en el trabajo y tienen mayores dificultades en las relaciones familiares. Los sentimientos de derrota en la vida se llegan a traducir en enfermedades físicas o en abuso del alcohol o las drogas.

Un cambio en las perspectivas futuras o modificaciones de hábitos pueden conducir a una mejor disposición para hacer frente a la edad y una mayor satisfacción con la vida. (Idella, 1983).

La limitación de la actividad tiene un impacto social muy significativo, puesto que carga consigo los costos económicos de dependencia, mantenimiento y pérdida de productividad, sin embargo esta limitación en la actividad no ha sido objeto de una mayor preocupación dentro de la educación médica, que ha centrado su atención en las causas de muerte y enfermedad.

En los últimos 40 años el desarrollo de los antibióticos y de los sistemas de apoyo fisiológico, incrementaron el número de personas discapacitadas que sobreviven durante muchos años.

Los discapacitados de nacimiento o de los 5 a 10 años de vida, quienes debido a su discapacidad, no recibieron los estímulos de las experiencias que produce el desarrollo normal y en consecuencia llegaron a la edad adulta con una preparación deficiente para desarrollarse en el mercado laboral.

c) Características físicas del discapacitado.

Piel: Las prominencias óseas son asperas y secas, con presencia de alteraciones vasomotoras en la piel de las manos y los pies por debilidad y contracturas articulares y dolor.

Facies: Con presencia de reflejos involuntarios que afectan al rostro.

Pelo: bien implantado con característica normales

Ojos: con presencia de pliegues por los reflejos involuntarios y con visión centrada y clara.

Oído: agudeza auditiva clara.

Boca y Garganta: con factores discapacitantes que interfieren en la masticación y la deglución (escasas piezas dentarias e hiperextensión del cuello).

Sistema cardiorrespiratorio: contorno del tórax normal, pulmones sin congestión y obstrucción, ritmo y ruidos cardiacos de buena intensidad.

Genitales y recto: no se evaluó deficiencias que afecten las funciones de micción y defecación.

Músculo esquelético: con dificultad para mantener una postura erguida, por deformidad de la cadera, extremidades, debilidad muscular que limitan los movimientos y rigidez articular que dificultan la ambulación.

Evaluación neurológica: el estado mental es orientado en tiempo y espacio, pero con dificultad para el aprendizaje y por la incapacidad para la comunicación (leguaje, articulación y expresión).

d) Características psicológicas.

Los individuos con discapacidad física presentan una desventaja funcional en nuestra sociedad y en el desempeño de algunas actividades cotidianas. En la discapacidad física se producen algunos cambios inmediatos de la conducta, retraimiento o agresividad, falta de interés hacia la vida, el estrés puede ser de gran magnitud por la incertidumbre de su vida futura, los cambios de humor son otras reacciones que se deben considerar, las transiciones rápidas de la risa a las lágrimas pueden representar la vulnerabilidad del individuo emocionalmente enfermo.

e) Derechos humanos de los discapacitados. (CNDH, 1993)

Discapacitados : es toda la persona incapacitada para satisfacer por si misma, en su totalidad o en parte, las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales.

La Organización Mundial de la Salud distingue tres tipos de discapacidad: deficiencia, incapacidad y minusvalidez y las define de la siguiente manera:

Deficiencia: es una pérdida o anomalía, permanente o transitoria de carácter psicológico, fisiológico o anatómico de alguna estructura o función.

Incapacidad: cualquier restricción o impedimento del funcionamiento de una actividad, ocasionada por una deficiencia, dentro de la ámbito considerado normal para el ser humano

Minusvalidez: es una incapacidad que constituye una desventaja para una persona, en cuanto limita o impide el cumplimiento de una función que es normal para esa persona según la edad, el sexo y los factores sociales y culturales.

Los discapacitados tiene derecho a:

- Gozar sin distinción alguna, de las garantías que consagra la Constitución, así como los derechos enunciados en la Declaración de los Derechos de los Impedidos.
- Que se respete su vida, es decir, su integridad física.
- Ser tratados con respeto, dignidad e igualdad.
- Recibir atención médica, psicológica y funcional para su adaptación.
- Educación especial o de cualquier otro tipo y moralidad, de acuerdo a las necesidades educativas y características de los discapacitados.
- Formación y readaptación profesionales, que se aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren su proceso de su integración o reintegración social.
- Obtener y conservar su empleo (en la medida de sus posibilidades) y ejercer una ocupación útil, productiva y remunerativa para su seguridad económica y social y tener un nivel de vida decoroso.
- Que se considere sus necesidades particulares, en todas las etapas de la planificación económica y social.

- Vivir en el seno de su familia o de un hogar que lo sustituya y a participar en actividades creadoras o recreativas.

- Ser protegido contra toda explotación, reglamentación o trato discriminatorio, abusivo o degradante.

- Contar con asistencia jurídica competente, cuando sea indispensable para la protección de su persona y sus fieles.

- Expresar sus ideas, recibir información, celebrar reuniones y organizarse en asociaciones.

- Ejercer la facultad de dirigirse a las autoridades. (derecho de petición).

- La libertad de tránsito y residencia.

- Profesar la creencia que más le agrade.

- Gozar de las garantías de seguridad jurídicas.

El respeto de los derechos humanos de los discapacitados contribuye a su bienestar y rehabilitación, además de que les permite desarrollar sus aptitudes, fomentando su incorporación a la vida social.

V. APLICACIÓN DEL PROCESO

1. RESUMEN VALORATIVO. (ANEXO 1)

Ficha de identificación.

Este proceso de enfermería se realizó a Ricardo Morales Tondopó de 51 años de edad del sexo masculino, con peso de 47 kgs., talla de 1.49 cm. Y nació el 1°. De Abril de 1949, en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, por parto eutócico, producto de la primera gestación, con secuela de hipoxia neonatal, sin llegar a adquirir ninguna escolaridad y ocupación.

FUENTE DE INFORMACION. La madre.

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES DE INTERES.

Padre vivo de 76 años de edad, es originario de esta misma ciudad, con escolaridad hasta el 5° grado de primaria, con antecedentes de hipertensión arterial y secuelas de hemiparesia izquierda, secundario a hemorragia cerebral, actualmente sin ocupación alguna.

Madre viva de 72 años de edad, originaria de esta misma ciudad, sin ningún grado de escolaridad y sin antecedentes de importancia, con aparente buen estado de salud, se dedica a las labores del hogar y tiene un pequeño expendio de pollo. La madre es la directamente responsable del cuidado de Ricardo.

1. Oxigenación

Ricardo se observa con buena coloración de tegumentos, temperatura normal, se palpa extremidades inferiores frías, con moderada retención de líquidos, buen llenado capilar, sus campos pulmonares se auscultan bien ventilados, con buena entrada y salida de aire, con frecuencia respiratoria de 20 por minuto. Ritmo cardiaco con buena intensidad y frecuencia cardiaca de 84 por minuto.

2. Nutrición e hidratación.

Sus comidas son normales, sin irritantes en papillas; la madre refiere que no le da irritantes para no provocar ningún malestar (diarrea, dolor o vómito), realiza tres comidas al día. En el DESAYUNO le gusta tomar atole de cereal (avena, arroz, pinole, masa, agregándole leche de soya), papilla de verduras o frutas, al medio día toma pozol o agua de frutas naturales en poca cantidad, no le gusta el agua pura, en la COMIDA. Le gusta comer pollo o carnes rojas, hígado de pollo, hígado de res, filete de cazón, con verduras (en papilla), agua de fruta natural. A media tarde ingiere jugo de fruta, flan o gelatina o yogurt. En la CENA le gusta tomar nuevamente cereal con pan remojado u hojuelas de maíz, de vez en cuando pide tomar café. Ricardo refiere balbuceando palabras que no tiene predilección por alguna comida, que todo lo que le dan de comer es sabroso y le gusta.

Por el deterioro de la movilidad física y la incoordinación de sus movimientos que realiza con la cabeza y el cuello (hiperextensión de cuello) para poder deglutir y por la ausencia

parcial de piezas dentarias se le alimenta a base de papillas al no poder masticar y llevarse la comida a la boca es dependiente en esta necesidad.

Se observa de complexión delgada, piel hidratada y elástica, cálido al tacto, las prominencias óseas se encuentran ásperos y secos por la fricción que realiza al apoyarse en la silla, sus pies se observan secos con edema moderado y presencia de varices, porque pasa mucho tiempo sentado. La mucosa oral se encuentra hidratada y de buena coloración, halitosis por presencia de caries y cepillado de dientes inadecuados, le cepillan los dientes una vez al día, refiere que percibe bien los sabores.

Las características de las uñas, se encuentran bien implantadas, con buena coloración de lecho ungueal, le cortan las uñas continuamente siempre las mantiene cortas y limpias; el cabello está bien implantado de características normales, cuero cabelludo bien hidratado y limpio.

Su funcionamiento músculoesquelético. Se le observa debilidad muscular y disminución del control y coordinación de sus movimientos, deformidad de la cadera (luxación) secuela de una caída, que le produce dificultad para caminar. Su postura y equilibrio es deficiente, con retracción de extremidades inferiores, y deficiente amplitud de movimientos. (abducción). Cuando se produce alguna herida, refiere la madre que cicatriza con rapidez, se observan cicatrices de raspones en brazos, manos y pabellón auricular productos de caídas.

3. Eliminación.

Ricardo evacua cada tercer día, sin mucho esfuerzo, con heces formadas de características normales. Orina poco y concentrada pero sin dificultad, sin presencia de alguna molestia (dolor, ardor), refiere que no tiene horario para evacuar y que únicamente con la madre tiene más confianza y a veces se tiene que esperar para avisarle cuando ella está ocupada.

Características del abdomen es blando, con escaso tejido adiposo, con implantación de vello pubiano normal, se ausculta movimientos intestinales normales, sin presencia de globo vesical, no refiere dolor a la palpación.

4. Termorregulación

Se adapta bien a los cambios de temperatura del medio ambiente, pero prefiere más el calor, porque cuando hace frío no le gusta usar suéter, no realiza ningún tipo de ejercicio, porque no se le ha motivado.

Características de la piel, se hidrata, elástica con temperatura normal, en prominencias óseas es áspero y seco, su transpiración es normal. Habita en un cuarto exclusivo para él, con buena ventilación e iluminación y limpio.

5. Moverse y mantener una buena postura.

Es dependiente se moviliza con ayuda, se puede sostener parado por poco tiempo, debido a la inmovilidad, debilidad muscular, e incoordinación de sus movimientos y deformidad de la cadera (luxación), le es imposible caminar y mantener el equilibrio. Permanece la mayor parte del tiempo sentado, parándose cuando se siente cansado con ayuda de otra persona y sosteniéndose de la cabecera de la cama, refiere que cuando

camina le duele la cadera y por eso prefiere estar sentado y le da miedo porque se puede caer. Se observa al caminar (con ayuda de otra persona) retracción de los miembros inferiores y deficiente amplitud de movimientos.

Su estado de conciencia es orientado en tiempo y espacio, con capacidad para responder a preguntas sencillas (balbuceando palabras) su estado emocional, es voluble, como puede estar tranquilo, deprimido o de mal humor.

6. Descanso y sueño.

Ricardo no tiene horario para dormir o descansar, se mantiene todo el día sentado y sin actividad, duerme durante este lapso del día y por la noche no quiere dormir, ni acostarse en la cama, balbucea palabras como si estuviera platicando con otra persona, cuando se le quiere acostar refiere la madre que se enoja y empieza a dar de manotazos y patadas sujetándose de la silla para que no lo lleven a la cama, en ocasiones se queda sentado, habitualmente duerme solo en cama de cedro con tablas protegido con hule espuma, dice que no le gusta el colchón porque calienta y tiene mal olor.

Su estado mental es orientado en persona tiempo y espacio, en estado de alerta, su estado emocional es voluble se irrita con facilidad, manifiesta que le duele la cabeza sólo cuando le da gripa, sus estímulos se encuentran disminuidos.

7. Uso de prendas de vestir adecuadas.

Su estado de ánimo es apático, deprimido y a veces mal humorado e indiferente para elegir su ropa, para él todo es igual, la madre lo viste con pantalón y playera, no le gusta usar ropa interior dice que le molesta, usa huaraches de piel,

siempre se mantiene limpio. Por la disminución de la fuerza muscular es incapaz para realizar esta necesidad.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel.

Ricardo se baña cada tercer día, refiere la madre que se le dificultad movilizarlo y él está de acuerdo, le gusta bañarse al medio día, con agua asoleada y tibia, con cambio de ropa diario, se lava las manos cada vez que va a tomar algún alimento y después de ir al baño (tiene una cubeta con agua y jabón).

Ricardo es de estatura mediana, color moreno claro, piel elástica presenta cicatrices de raspones y resequedad de prominencias óseas, manos y pies, las manos casi siempre las mantiene cerradas. Cabello negro bien implantado, orejas limpias con cicatriz de lesión cortante, ojos con buena capacidad visual, nariz limpia percibe bien los olores, boca mucosa oral hidratada con buena coloración, carencia de piezas dentarias, presencia de caries y halitosis, olor corporal normal. Su expresión facial están marcados por gestos realizados involuntariamente, su aspecto corporal es delgado con retracción de los miembros inferiores al pararse o caminar, se observa pies resacos, retención de líquidos moderado y varices hasta tercio medio de las piernas.

9. Necesidad de evitar los peligros.

Su núcleo familiar lo constituye los padres y nueve hermanos, uno fallecido por enfermedades de la infancia, quedando cuatro hombres y cuatro mujeres, siendo Ricardo el primero que nació por parto eutócico presentado hipoxia neonatal, su entorno familiar responde de manera indiferente en caso de alguna situación de urgencia.

Ricardo se rehúsa a aceptar alguna información de riesgo de caídas cuando la madre le dice que puede caer al querer caminar sólo o puede caer de la silla cuando está enojado e inquieto. Tiene una pasa manos para apoyarse cuando se para pero no lo usa.

En los dos últimos años y anualmente se le realizó revisión médica, con estudios de laboratorio, descartándose enfermedad crónico degenerativo. No se observa deformidad congénita, su desarrollo músculo esquelético e intelectual es deficiente y su lenguaje es incomprensible, su medio ambiente (cuarto) en el hogar es limpio, bien ventilado, con buena iluminación, en su entorno tiene una mesa para televisión pequeña, otra para sus cosas personales, un guarda ropa, pequeño silla, sillón y cama.

10. Necesidad de comunicarse.

Ricardo es soltero, vive con sus padres, depende de los cuidados proporcionados por la madre. En forma cercana viven dos hermanos con casa núcleo familiar separado, en el entorno familiar no se estructura ningún rol para el cuidado, los hermanos que viven cerca se les llama si se requiere de su apoyo.

Se comunica balbuceando palabras o con señas de forma orientada, cuando siente algún malestar (dolor o calentura) le comunica a la madre, y ella le proporciona remedios caseros o pastillas preguntándole a algún familiar. La comunicación con los hermanos es deficiente ya que se muestran indiferentes con él, cuándo se acercan Ricardo los rechaza les dice que se vayan o no les contesta.

Refiere que su visión es clara, conjuntiva de buena coloración y limpias, lenguaje incomprensible balbuceando palabras orientado, audición eficiente claro, conducto auditivo hidratado, pabellón auricular normal y limpio.

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Ricardo profesa la religión católica inducida por los padres, fue bautizado de recién nacido, cuándo estaba pequeño lo llevaban a la iglesia, se le pregunta a él de su religión dice que no sabe, en su ambiente familiar se observa imágenes religiosas. La madre refiere que el valor principal en su familia es gozar de buena salud, porque puede trabajar y cuidar de él y su esposo.

Ricardo permite el contacto físico con determinadas personas (madre, hermana y hermano), a sus pertenencias le da mucho valor y no permite que nadie entre a su cuarto.

12. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

La madre de Ricardo refiere que cuando se podía movilizar, caminar le gustaba realizar ejercicio (pesas) y le gustaba observar la musculatura de sus brazos, actualmente no realiza ninguna actividad por su incapacidad física y por la falta de motivación familiar, demuestra tristeza cuándo se le pregunta si volvería a iniciar esta actividad.

13. Necesidad de aprendizaje.

Refiere la madre que cuándo Ricardo estaba pequeño, no tuvo motivación para la enseñanza para valorar su capacidad para aprender por que ignoraba esta necesidad, se le pregunta a él y dice que sí le gustaría leer y escribir.

2. JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES (VER ANEXO

1. Nutrición/hidratación. (Dependiente).

Diagnóstico de enfermería.

Alteración en la alimentación, relacionado con la disminución de la fuerza muscular, manifestado por la incapacidad para llevar los alimentos hacia la boca y ausencia parcial de piezas dentarias.

Definición según la NANDA (1980).

Estado en que un individuo experimenta un deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí mismo las actividades de alimentación.

2. Moverse y mantener una buena postura. (Dependiente)

Diagnóstico de Enfermería:

Deterioro de la movilidad física, relacionado con la disminución de la fuerza y resistencia muscular, manifestado por la incapacidad para moverse independientemente.

Definición según la NANDA (1973).

Estado en que el individuo experimenta una limitación de la capacidad para el movimiento físico independiente.

3. Usar prendas de vestir adecuadas. (Dependiente).

Diagnóstico de enfermería.

Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento, relacionado con la disminución de la fuerza muscular, manifestado por la dificultad para vestirse y desvestirse.

Definición según la NANDA (1980).

Estado en que el individuo experimenta un deterioro de su habilidad para realizar o completar por sí mismo las actividades de vestido y acicalamiento personal.

4. Higiene y protección de la piel (dependiente).

Diagnóstico de enfermería.

Déficit de autocuidado: baño/higiene, relacionado con la disminución de la fuerza y movilidad, manifestado por la incapacidad para realizar su aseo personal.

Definición según la NANDA (1980)

Estado en que un individuo experimenta un deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí mismo las actividades de baño/higiene.

5. Evitar los peligros (dependiente).

Diagnóstico de enfermería.

Alto riesgo de lesión, relacionado con la incapacidad de percepción de la información de medidas preventivas, manifestado por caídas y lesiones presentadas.

Definición según la NANDA (1978).

Estado en que un individuo está en riesgo de lesión como resultado de la interacción de las condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos del individuo.

6. Vivir según sus creencias y valores (dependiente).

Diagnóstico de enfermería:

Déficit del desarrollo intelectual, relacionado con la incapacidad para llevar a la práctica las creencias religiosas, manifestado por sentimiento espiritual inducido.

Definición

Estado en que un individuo experimenta incapacidad para percibir un sentimiento religioso.

7. Jugar y participar en actividades recreativas (dependiente).

Diagnóstico de enfermería.

Déficit de actividades recreativas, relacionado con la incapacidad para participar en las actividades habituales.

Definición según la NANDA (1980).

Estado en que un individuo experimenta una disminución de la estimulación o del interés o compromiso en actividades recreativas o de ocio.

8. Aprendizaje (dependiente).

Diagnóstico de enfermería.

Déficit del desarrollo intelectual, relacionado con la incapacidad para aprender y comunicarse, manifestado por lenguaje incomprensivo.

Definición:

Estado en que un individuo experimenta limitación para adquirir y desarrollar alguna actividad cognitiva.

9. Eliminación (parcialmente dependiente).

Diagnóstico de enfermería:

Alteración en la eliminación, relacionado con el deterioro de la movilidad física, manifestado por la incapacidad para trasladarse al wc y no poder utilizar el orinal.

Definición según la NANDA (1980).

Estado en que el individuo experimenta un deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí mismo las actividades de uso del orinal o wc.

10. Descanso y sueño (parcialmente dependiente).

Diagnóstico de enfermería.

Alteración del patrón de sueño, relacionado con el deseo de no querer dormir, manifestado por el trastorno del patrón de sueño por que duerme durante el día.

Definición según la NANDA (1980)-

Alteración de las horas de sueño que causa malestar o interfiere en el estilo de vida deseado.

11. Comunicarse (parcialmente dependiente).

Diagnóstico de enfermería:

Déficit de la comunicación verbal, relacionado con la dificultad para poder comunicarse, manifestado por el lenguaje incomprensible.

Definición según la NANDA (1973).

Estado en que un individuo experimenta dificultad o ausencia de la capacidad para usar o comprender el lenguaje de la interacción humana.

3. PLAN DE CUIDADO DOMICILIARIO. (VER ANEXO 3).

1. Diagnóstico de enfermería.

Alteración en la alimentación, relacionado con la disminución de la fuerza muscular, manifestado por la incapacidad para llevar los alimentos hacia la boca y ausencia parcial de piezas dentarias.

Objetivo:

Fortalecer la fuerza muscular de los miembros superiores que le permitan iniciar su autoalimentación y promover su consumo nutricional equilibrado.

Intervención de enfermería:

- ❖ Informar sobre la importancia de los ejercicios de los miembros superiores para el logro de la autoalimentación.
- ❖ Recomendar que se le proporcione alimentos que le gustan, con temperaturas correctas y en un entorno agradable.
- ❖ Informar de la necesidad de proporcionar una dieta balanceada en papilla.
- ❖ Informar de la necesidad de retirar las piezas dentarias dañadas y valorar la aplicación de prótesis dental.

Observaciones:

La persona podrá evidenciar un aumento de la capacidad de alimentarse.

2. Diagnóstico de enfermería.

Deterioro de la movilidad física relacionado con la disminución de la fuerza y resistencia muscular manifestado por la incapacidad para moverse independientemente.

Objetivo:

Mejorar la fuerza muscular y resistencia para propiciar la movilidad física y favorecer un mejor nivel de calidad de vida a través de su independencia.

Intervención de enfermería:

- ❖ Enseñar a efectuar los ejercicios de movilidad por lo menos 3 o 4 veces al día, planeando conjuntamente con él y la familia los horarios.
- ❖ Ejercitar los músculos con movimientos pasivos, activos con ayuda, y activos, de hombros, de extremidades superiores e inferiores. (ver anexo 5)

Pasivos; son los ejercicios que lleva a cabo el terapeuta o la enfermera sin ayuda de la persona.

Activos con ayuda: son los ejercicios que hace la persona con ayuda del terapeuta o la enfermera.

Activos; son los ejercicios que lleva a cabo la persona sin ayuda.

- ❖ Motivar su participación en el desarrollo de los ejercicios.
- ❖ Motivar y dar a conocer la importancia de continuar con los cuidados a los familiares.

Observaciones:

Deberá recobrar tono y fuerza muscular de las extremidades, para mejorar su movilidad física que favorezca el logro de su independencia.

3. Diagnóstico de enfermería.

Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento, relacionado con la disminución de la fuerza muscular, manifestado por la dificultad para vestirse y desvestirse.

Objetivos:

Favorecer la presentación personal a través del apoyo emocional y el mejoramiento del autoestima.

Intervenciones de enfermería:

- ❖ Proporcionar apoyo en la elección y utilización de las prendas de vestir.
- ❖ Utilizar ropa suave y holgada para evitar presiones en la piel.
- ❖ Promover el acicalamiento personal para mejorar su interrelación con los demás.

Observaciones:

La persona desarrollará mayor interés en la elección de su ropa y presentación personal.

4.- Diagnóstico de enfermería.

Déficit de autocuidado: Baño/higiene, relacionado con la disminución de la fuerza y movilidad, manifestado por la incapacidad para realizar su aseo personal.

Objetivos:

Mantener en estado óptimo de higiene corporal y alentar la participación en el autocuidado.

Intervención de enfermería:

- ❖ Estimular a que ejercite sus músculos para que pueda realizar toda actividad máxima dentro de sus limitaciones.,
- ❖ Movilizar a la persona para evitar presión y formación de úlceras.
- ❖ Mantener higiene de la piel con baño diario y lubricación.
- ❖ Utilizar dispositivos de apoyo y protección de salientes óseas, (colchón de agua, cojín para sillas, bolsa de agua para talón).

Observaciones:

Intervendrá en la realización de su aseo personal y se evitará situaciones de riesgos de lesión cutánea por presión.

5. Diagnóstico de enfermería.

Alto riesgo de lesión, relacionado con la incapacidad de percepción de la información de medidas preventivas, manifestado por caídas y lesiones presentadas.

Objetivos:

Desarrollar capacidad de aceptación de medidas preventivas para evitar lesiones posteriores.

Intervención de enfermería:

- ❖ Llevar a cabo labor de convencimiento al manejo de dispositivos de ayuda para prevenir lesiones posteriores.
- ❖ Mantener el entorno libre de objetos peligrosos.
- ❖ Proporcionar ayuda cuando él lo requiera en forma oportuna.

Observaciones:

Desarrollará capacidad de aceptación de medidas de seguridad.

6. Diagnóstico de enfermería:

Déficit del desarrollo intelectual, relacionado con la incapacidad para llevar a la práctica las creencias religiosas, manifestado por sentimiento espiritual inducido.

Objetivos:

Promover los valores espirituales y lograr satisfacer su necesidad de carácter religioso.

Intervención de enfermería:

- ❖ Proporcionar información amplia sobre los aspectos de una tendencia religiosa.
- ❖ Interrelacionarlo con otras personas para favorecer su ambiente religioso.
- ❖ Alentar la participación activa de la familia que ayuden a satisfacer esta necesidad.

Observaciones:

Obtendrá la información necesaria para entender su sentimiento religioso.

7. Diagnóstico de enfermería.

Déficit de actividades recreativas, relacionado con la incapacidad para participar en las actividades habituales.

Objetivos:

Lograr movilidad lo más pronto posible para promover actividad creativa y así mejorar su estado emocional.

Intervención de enfermería:

- ❖ Modificar ambiente físico y rutina diaria de actividad.
- ❖ Animar a que participe activadamente en los ejercicios.
- ❖ Proporcionar distractores como la radio, televisión con horarios.
- ❖ Motivar a la familia a que participe en las actividades demostrando interés.
- ❖ Planear salir fuera de su cuarto y si es posible fuera de su casa.

Observaciones:

Deberá mejorar su estado de ánimo y aprender a realizar alguna actividad recreativa que lo motive.

8. Diagnóstico de enfermería.

Déficit del desarrollo intelectual, relacionado con la incapacidad para aprender y comunicarse manifestado por lenguaje incomprensivo.

Objetivos:

Promover la capacidad intelectual de la persona, llevando a cabo actividades de aprendizaje.

Intervención de enfermería:

- ❖ Valorar su desarrollo cognitivo para realizar actividad educativa.
- ❖ Motivar la atención con dibujos, figuras, letras del alfabeto.
- ❖ Enseñarle a que manifieste con gestos o señas si entendió el mensaje.

Observaciones:

La persona deberá de mostrar su capacidad de aprender por medio de señas o gestos.

9. Diagnóstico de enfermería.

Alteración de la eliminación, relacionado con el deterioro de la movilidad física, manifestado por la incapacidad para trasladarse al wc. y no poder utilizar el orinal.

Objetivos:

Desarrollar y reentrenar los músculos deficientes al logro de la movilidad independiente para satisfacer esta necesidad.

Intervención de enfermería:

- ❖ Animar a la persona a que tome agua en abundancia, con el objeto de evitar alguna alteración orgánica, relacionado con la inmovilidad.
- ❖ Promover la realización de los ejercicios para favorecer la movilidad.
- ❖ Fomentar el uso de dispositivos de seguridad para su traslado al wc. y el uso de orinal.

Observaciones:

La persona deberá demostrar un aumento en la capacidad de uso del orinal y traslado al wc.

10. Diagnóstico de enfermería.

Alteración de patrón de sueño, relacionado con el deseo de no querer dormir, manifestado por el trastorno del patrón de sueño porque duerme durante el día.

Objetivos:

Integrarlo a su entorno familiar y mantenerlo activo durante el día para modificar su patrón de sueño.

Intervención de enfermería:

- ❖ Promover la participación en las actividades realizadas para evitar dormir durante el día.
- ❖ Enseñar y animar a la familia a que participe de manera activa en los planes de cuidado.

- ❖ Establecer una relación de apoyo que modifique los períodos prolongados de inactividad física.
- ❖ Modificar el entorno para facilitar el reposo y la relajación.

Observaciones:

La persona deberá manifestar la mejor satisfacción que produce el descanso normal del patrón de sueño.

11. Diagnóstico de enfermería.

Déficit de la comunicación verbal, relacionado con la dificultad para poder comunicarse, manifestado por el lenguaje incomprensible.

Objetivos:

Ayudar a desarrollar sus capacidades y limitaciones para comunicarse con los demás.

Intervención de enfermería:

- ❖ Identificar un método en el cual la persona pueda comunicar sus necesidades.
- ❖ Animarle a que manifieste con gestos o señas sus necesidades.
- ❖ Estimular la comunicación más estrecha con el entorno familiar.
- ❖ Reducir el aislamiento social.

Observaciones:

La persona deberá demostrar mejora en la capacidad de comunicarse con los demás.

4. REGISTRO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA. (VER ANEXO 4).

Resumen del 12 al 18 de junio 2000.

El lunes 12 de junio, se inicia una comunicación afectiva en compañía de la madre, motivando a que coopere con las actividades a realizar con él y de los beneficios de descanso que obtendrá su mamá. Durante este tiempo se tuvo contacto con las manos, hombros y cabeza. Posteriormente inicie a realizar el registro de la somatometría y de signos vitales; Peso 47 kgs., Talla 1.49 cm., P.A. 110/80, F.C. 84 x', F.R. 20 x' y Temperatura 36.5 grados centígrados, al término se convenció a aceptar que se le realizará su aseo personal, motivándolo a que él eligiera su ropa, promoviendo a la vez el acicalamiento, se dejo cómodo en un entorno limpio.

Miércoles 14 de junio, él ya me estaba esperando para realizar su aseo personal, pero antes de realizarlo iniciamos los ejercicios con movimientos pasivos, con rutina de 5 movimientos de las articulaciones (flexión y extensión, abducción y aducción, supinación y pronación) posterior al baño platicamos con la madre de la importancia de proporcionar una alimentación balanceada y de aumentar la ingesta de los líquidos para mantener su bienestar en este aspecto. Comunicándole de la necesidad de involucrar a los demás familiares en las actividades a realizar.

Viernes 16 de junio, la madre refiere que esta muy animado y que su estado emocional esta cambiando, durante los ejercicios le platiqué de la importancia de usar las medidas de

seguridad para evitar caídas y lesiones que pueden afectar su integridad. Posterior a su baño salimos a dar un paseo en la silla de ruedas por el patio, dejándolo en su entorno familiar.

Sábado 17 de junio, la madre refiere que casi ya no duerme durante el día, se observa más alegre y sonriente, iniciamos los ejercicios y durante este le platicué de la necesidad de extraer las piezas dentarias y de la posibilidad de adaptar otras, respondió que no y posteriormente dijo que después. Se le ofreció yogurt aceptándolo con agrado, le pregunte si deseaba ver la televisión me respondió que sí, me despedí de él dejándolo en el entorno familiar.

El domingo 18 de junio a las 18 hrs., se logró comunicación con los demás familiares, se le informó de las necesidades y de los beneficios que se obtendrán al llevar a cabo el plan de cuidados y con su apoyo se llegó a un acuerdo a colaborar por la tarde y noche (antes de dormir).

Lunes 19 de junio, realice el registro de los signos vitales encontrándose dentro de lo normal P.A. 110/70, F.C. 80 x', F.R. 18 x' y Temperatura 36.6 grados centígrados, iniciamos los cuidados, durante éste le platicué, con interacción de la madre sobre los sentimientos religiosos y de la necesidad de participar y comunicarse con otras personas en torno a esta necesidad. Logrando aceptación de intercomunicación.

Miércoles 21 de junio, se realiza una inspección de los músculos y articulaciones e interrogando presencia de dolor y se observó mayor flexibilidad de las extremidades inferiores y

que el edema de los pies había desaparecido, continuamos con los cuidados y se le informó sobre la necesidad de cambiarlo a otro cuarto más cómodo para realizar su aseo personal, en un principio se rehusó y posteriormente aceptó al ver que era más fácil movilizarlo.

Viernes 23 de junio, se incrementa la rutina de los ejercicios observando buena respuesta muscular y satisfacción en su estado emocional al ver que ya se puede parar con mayor facilidad y sostenerse en pié con apoyo. Se me informó también que el día anterior había tenido la visita de un sacerdote el cual lo emocionó mucho.

Sábado 24 de junio, al llegar le pregunte como se sentía y respondió que bien y empezó a movilizar los brazos y las piernas muy emocionado y que me estaba esperando para los ejercicios e iniciamos y posteriormente de su aseo personal, le di a conocer algunas figuras, letras y dibujos animándolo a que los tocara y jugara con ellos, me retire dejándolos con ellos.

Lunes 26 de junio, se me informa que por la noche duerme profundamente y que ya se traslada al wc y que esta muy motivado participando con los ejercicios, continuamos con los cuidados y posteriormente le dije que le agradecía mucho su participación, él y a su familia felicitando a la madre de Ricardo por el apoyo que me brindó para poder llevar a cabo las actividades programadas. Ricardo en un principio se puso triste, pero al informarle que los familiares continuarían con los ejercicios y que le seguiría visitando para verificar si se prosigue con los cuidados, mejoró su estado de ánimo.

5. Evaluación de los resultados obtenidos de los cuidados de enfermería realizados.

Al realizar la evaluación de las actividades, después de dos semanas de llevarlos a cabo con la persona a quien le proporcione los cuidados con el apoyo de la familia. Dentro de la necesidad de autoalimentación, el objetivo se alcanzó parcialmente, porque aún no se le han retirado las piezas dentarias y su autoalimentación es deficiente, aunque se observa mayor flexibilidad muscular aún no logra coordinar sus movimientos, quizá por el corto tiempo que lleva realizando los ejercicios.

Respecto a la necesidad de moverse y mantener buena postura se podría decir que el objetivo se alcanzó parcialmente, porque se moviliza más fácilmente para pararse y ha llegado a trasladarse al wc, que aún considero que es muy pronto y que debe tener mayor vigilancia para evitar caídas.

En el aspecto de usar prendas de vestir adecuadas, el objetivo alcanzado fue parcial, aunque ha mejorado sus movimientos, aún no es capaz de vestirse solo, pero si elige su ropa que desea usar, se lubrica la piel y trata de peinarse.

Dentro de la necesidad de evitar los peligros, el objetivo alcanzado fue parcial, porque todavía no puede mantener su equilibrio, ni moverse independientemente, utiliza las medidas de seguridad pero corre el riesgo de caer y lesionarse.

En su necesidad de vivir según sus creencias y valores, se puede decir que se alcanzó los objetivos trazados, por que se

relacionó con la persona indicada (sacerdote), el cual le produjo satisfacción emocional.

En su necesidad de jugar y participar en actividades recreativas, el objetivo alcanzado fue parcial, acepto modificar su entorno físico le gusta ver la televisión y le gusta salir fuera de su cuarto y trata de realizar él mismo los ejercicios.

En la necesidad de aprendizaje se puede decir que este objetivo no se alcanzo, porque aún no logra comunicarse, ni aprender el significado de las figuras proporcionadas, considero que debido al poco tiempo que lleva recibiendo esta enseñanza.

En la necesidad de eliminación el objetivo alcanzado fue parcial, aunque se traslada al wc aún no puede realizar su aseo, ni colocarse el orinal correctamente, pero se observa mayor participación y su ingesta de líquidos ha aumentado.

En esta necesidad de descanso y sueño, el objetivo fue alcanzado con éxito, como dice la madre de Ricardo "cae rendido en sueño profundo que hasta ronca", se observo mejor estado emocional y más activo durante el día, el edema de los miembros inferiores ha desaparecido logrando un mejor retorno venoso.

En esta necesidad de comunicarse el objetivo alcanzado fue parcial ya que permite el contacto social con otras personas, pero aún no ha modificado su manera de comunicarse.

En conclusión puedo decir que me siento satisfecha por los logros alcanzados y que deseo y espero que muy pronto logre su independencia dentro de sus limitaciones e hice hincapié de la

necesidad de continuar con los cuidados para mejorar su calidad de vida.

6. Plan de alta.

1. Diagnóstico de enfermería:

Alteración en la alimentación, relacionado con la disminución de la fuerza muscular, manifestado por la incapacidad para llevar los alimentos hacia la boca y ausencia parcial de piezas dentarias.

Cuidado domiciliario:

Si logra colocación de prótesis, promover el consumo de una dieta balanceada picada o en su defecto continuar con papillas, promoviendo siempre su independencia.

2. Diagnóstico de enfermería:

Deterioro de la movilidad física, relacionado con la disminución de la fuerza y resistencia muscular, manifestado por la incapacidad para moverse independientemente.

Cuidado domiciliario:

Hacer hincapié de la necesidad de continuar con los ejercicios hasta lograr mayor independencia y reafirmar los beneficios que se obtienen de ellos.

3. Diagnóstico de enfermería:

Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento, relacionado con la disminución de la fuerza muscular, manifestado por la dificultad para vestirse y desvestirse.

Cuidado domiciliario:

Promover a continuar estimulando en torno a la ropa que desea usar, animando a realizar su arreglo personal.

4. Diagnóstico de enfermería:

Déficit de autocuidado: baño/higiene, relacionado con la disminución de la fuerza y movilidad, manifestado por la incapacidad para realizar su aseo personal.

Cuidado domiciliario:

Motivar a que se continúe con la higiene personal diaria con lubricación de la piel e inspeccionar siempre las zonas de presión para detectar formación de úlceras y dar masajes.

5. Diagnóstico de enfermería:

Alto riesgo de lesión, relacionado con la incapacidad de percepción de la información de medidas preventivas, manifestado por caídas y lesiones presentadas.

Cuidado domiciliario:

Promover a mantener el entorno con dispositivos de seguridad en buen estado para prevenir lesiones a su integridad física.

6. Diagnóstico de enfermería:

Déficit del desarrollo intelectual, relacionado con la incapacidad para llevar a la práctica las creencias religiosas, manifestado por sentimiento espiritual inducido.

Cuidado domiciliario:

Animar a su entorno familiar de la necesidad de continuar involucrándolo en las actividades religiosas.

7. Diagnóstico de enfermería:

Déficit de actividades recreativas, relacionado con la incapacidad para participar en las actividades habituales.

Cuidado domiciliario:

Promover una actitud positiva que ayude a realizar actividad recreativa que reduzca al mínimo la soledad.

8. Diagnóstico de enfermería:

Déficit del desarrollo intelectual, relacionado con la incapacidad para aprender y comunicarse, manifestado por lenguaje incomprensivo.

Cuidado domiciliario:

Animar a los familiares de continuar motivando su capacidad intelectual al logro de una mejor comunicación.

9. Diagnóstico de enfermería:

Alteración en la eliminación, relacionado con el deterioro de la movilidad física, manifestado por la incapacidad para trasladarse al wc y no poder utilizar el orinal.

Cuidado domiciliario:

Valorar movilidad y promover a realizar independientemente esta necesidad bajo vigilancia del familiar.

10. Diagnóstico de enfermería:

Alteración del patrón de sueño, relacionado con el deseo de no querer dormir, manifestado por el trastorno del patrón de sueño por que duerme durante el día.

Cuidado domiciliario:

Promover la continuidad de las actividades durante el día, evitar el aislamiento, llevarlo a la cama y vigilar que quede cómodo para dormir

11. Diagnóstico de enfermería:

Déficit de la comunicación verbal, relacionado con la dificultad para poder comunicarse, manifestado por el lenguaje incomprensible.

Cuidado domiciliario:

Continuar estimulando el aprendizaje de las diferentes formas de comunicación, para que pueda expresar sus necesidades y relacionarse con los demás.

VI. CONCLUSIÓN.

Los avances científicos y tecnológicos, han permitido el desarrollo significativo de las diferentes profesiones, en lo que respecta a enfermería ha tenido un efecto importante en el desarrollo de los cuidados de la salud y sobre las directrices de los servicios de enfermería, permitiendo al hombre prolongar sus expectativas de vida. La formación de enfermería se ha visto forzada a realizar fuertes cambios en su contexto social a medida que han aumentado los conocimientos, las actitudes y los valores. Creando la necesidad de una formación rigurosa con el fin de mantenerse al día con el mundo moderno.

Los modelos conceptuales en enfermería se materializan mediante la práctica del proceso de enfermería, método sistemático que muestra de manera concreta el campo de actuación del ejercicio de la enfermería, su estructura muestra un marco de trabajo que permite identificar y satisfacer las necesidades del individuo o la familia. Resulta fundamental enfocarlo en la teoría de Virginia Henderson en cuanto a persona, entorno, enfermería, salud y rol profesional que se traducen en las 14 necesidades del ser humano que son la base científica en este modelo, desarrollarlo resulta complejo por la poca experiencia que se posee para ello, estos elementos básicos son el eje para el desarrollo de investigaciones futuras.

Personalmente tuve la oportunidad de conocer y llevar a un nivel teórico y metodológico la forma en que se debe ejercer la enfermería como profesión. El desconocimiento de estos aspectos me hizo tener grandes tropiezos, que me estimularon a continuar buscando más información.

El desarrollar un proceso de enfermería enfocado al individuo sano con discapacidad, me hizo concientizarme de sus necesidades en desequilibrio y de la calidad de vida en el medio ambiente en el que se desenvuelve.

Llego a la conclusión que el proceso de enfermería aplicado fue fundamental en el cliente por haber mejorado su estado emocional e independencia de algunas necesidades, mejorando así su calidad de vida familiar y social.

VII. SUGERENCIAS.

- ❖ Promover la incorporación del proceso de enfermería dentro del S.U.A., como una materia única.
- ❖ Dar difusión al proceso de enfermería en el ámbito hospitalario para mejorar el rol de la enfermera.,
- ❖ Dentro de la formación profesional de enfermería, integrarlo como materia básica para el desarrollo de la teoría y la práctica.
- ❖ Promover su difusión como opción para titulación de Licenciados en enfermería y obstetricia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- ALCANTAR Zavala Ma. Lilia, El Modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería aplicado en un recién nacido con insuficiencia respiratoria. México, U.N.A.M. E.N.E.O 1997.
- ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. Aplicación del proceso de Enfermería Guía Práctica, 3 de Tr., Ma. Teresa Luis Rodrigo, Madrid, Mosby 1996.
- BEARE. MYERS, Enfermería médico quirúrgica 2ª ed. 1997 ed. Diorki, Madrid.
- COLLIERE . MARIE, Françoise-Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros, Madrid, Interamericana - Mc Graw-Hill 1993.
- COLLIERE . MARIE, Françoise - Promover la vida, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería, Madrid, Interamericana - Mc Graw - Hill 1993.
- CND H- Declaración de los derechos humanos de los impedidos, Gaceta No. 40/93.
- GRINSPUN DORIS, Humanismo y desarrollo Tecnológico en Enfermería en XIII Encuentro de Licenciados en Enfermería. Legados y tendencias, México, ENEO, UNAM, 1993.
- HERNÁNDEZ CONEZA, Juana. La concepción de Hightingale en Op. cit. pp. 121-140 1995.
- HENDERSON Virginia. La Naturaleza de la Enfermería, reflexiones 25 años después, Madrid, Interamericana. Mc Graw-Hill 1994.

- IDELLA M. EVANS**, "Las tareas de los adultos", En psicología para un mundo cambiante, ed. Limusa, México, D. F., 1983.
- KOZIER.- Bárbara, et. al**, Introducción a la Enfermería, en Enfermería Fundamental I. Carlos J. Bermejo Ceja y otros, 4ª. De. Edit. Interamericana-Mc Graw - Hill Madrid 1993.
- LUIS RODRIGO, Ma. Teresa**. Diagnósticos de enfermería de la NANDA, en definiciones y clasificación. Edit. Mosby. Doyma Libros 1993.
- MARRINER - TOMEY, Ann** - Introducción al análisis de las Teorías de enfermería. Madrid, Doyma, 1996.
- PHANEUF - Margot**. Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson en, Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería. Tr. Carlos Ma. López González y Julia López Ruiz, Edit. Mc Graw-Hill Madrid, 1993.
- POTTER, Patricia y Ann Perry**. Fundamentos de enfermería. Teoría y práctica. Tr. Diorki, 3 ed. Mosby-Doyma, Madrid, 1996.
- W. IYER, Patricia, J. Tapich Bárbara, Bernocchi- Losey Donna**, Proceso y Diagnóstico de Enfermería. Edit. Interamericana-Mc Graw, 1989.

ANEXOS

Se incluyen los instrumentos utilizados para la aplicación del proceso.

1. Formato de valoración. Lleno
2. Cuadro de conclusión diagnóstica $\left(\begin{array}{c} I \\ P \\ D \end{array} \right)$
3. Plan de cuidado domiciliario.
4. Hoja de registro de los cuidados de enfermería.
5. Ejercicios para la extensión de la movilidad.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: Ricardo Morales Tondopo Edad: 51 Peso: 47 Talla: 1.49 cm.
Fecha de nacimiento: 1 04 1949 Sexo: Masculino Ocupación: Ninguna
Escolaridad: ninguna Lugar de nacimiento: Tuxtla Gutiérrez
Estado: Chiapas Fuente de información: Madre
Fiabilidad: (1-4) Miembro de la familia/persona significativa: 1 de 9 gestaciones con
secuelas de hipoxia neonatal.
Domicilio: 3ª Av. Sur oriente 1452 Fecha de valoración: 12/06/00

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS.

1.- Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

a) Oxigenación sin alteración.

Subjetivo:

Disnea debido a: No val. Tos productiva/seca: — Dolor asociado con
respiración: — Fumador: —
Desde cuando fuma/cuántos cigarros al día/varía la cantidad según su estado emocional:
No valorable

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: Tem. 36.5° C, F.C. 84x' con buen ritmo Intensidad,
F. R. 20x' campos pulmonares bien ventilados, pulsos periféricos palpables, P.A. 110/80.
Tos productiva/seca: — Estado de conciencia: Orientado en tiempo y esp.
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: Buena coloración de teg. Y llenado cap.
Circulación del retorno venoso: Edema e ibnsf. Venosa de Ms. Is. Moderada

b) Nutrición e hidratación.

Subjetivo:

Dieta habitual(tipo) Normal s/irrit. pailla Número de comidas diarias: 3
Transtornos digestivos: ninguno
Intolerancia alimentaria/alergias: No se le da irrit. para no causar malestar
Problemas de la masticación y deglución: Falta de piezas dentarias, deglute con hiperextensión de Cuello.

Objetivo:

Turgencia de la piel: Hidratada, elástica, prominencias óseas áspero y seco
Membrana mucosa hidratada/secas: Hidratada de buena coloración
Características de uñas/cabello: Bien implantada, cuero cabelludo hidratado y limp.
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Debilidad musc. e incoordinación de mov. Deformidad de cadera (luxación), retracción de Ms. ls.
Aspecto de los dientes y encías: Presencia de caries, buena coloración de encías
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Cicatrices en brazos, manos y pabellón auricular, con cicatrización rápida

c) Eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Cada tercer día Características de las heces, orina y Heces formadas caract. Normales, orina poco concentrada sin dificultad (ardor, dolor)

Uso de laxantes: no Hemorroides: No se observa
Dolor al defecar/menstruar/orinar No refiere
Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: Refiere que tiene más confianza Con la madre.

Objetivo:

Abdomen/características: Blando con escasos tejido adiposo, con implantación de vello pubiano normal.
Ruidos intestinales: Movimientos peristálticos presente
Palpación de la vejiga urinaria: Sin presencia de globo vesical ni dolor abdominal a la palpación

d) termorregulación

Subjetivo:

Adaptación a los cambios de temperatura: Se adapta bien a los cambios
Ejercicio/tipo y frecuencia: No realiza
Temperatura ambiental que le es agradable: Le gusta más el calor

Objetivo:

Características de la piel: Elástica e hidratada, aspera y secas en prominencias
Transpiración: Normal
Condiciones del entorno físico: Cuarto exclusivo para él, con buena ventilación e iluminación y limpio

2. Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Moverse y mantener una buena postura.

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: Se moviliza con ayuda, dificultad para pararse y por poco tiempo, se observa deformidad de cadera, producto de una de una caída, debilidad muscular e incoordinación de sus movimientos, retracción de los miembros inferiores y deficiente amplitud de mov.

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: Debilidad
Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: Deficiente amplitud de movimientos (abducción)
Posturas: Retracción de Ms. ls. y deficiente equilibrio
Ayuda para la deambulaci3n: Poco es dependiente
Dolor con el movimiento: Presenta dolor de cadera al caminar
Presencia de temblores: no Estado de conciencia: Orientado en tiempo y espacio voluble, deprimido o mal humorado

b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: Durante el día esta sentado y duerme en este lapso
Horas de descanso: _____ Horas de sueño: Duerme durante el día
Siesta: No
¿Padece insomnio?: Por la noche no desea dormir, ni acostarse en la cama
A qué considera que se deba: A que duerme durante el día
¿Se siente descansado al levantarse? No, esta mal humorado

Objetivos:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: Orientado, lenguaje incomprensible
Ojeras: leve Atención: apático Bostezos: No Concentración: _____
Apatía: Si, indiferente Cefaleas: Solo cuando le da gripe
Respuesta a estímulos: Se encuentra disminuidos, se mantiene en estado de alerta.

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?
e indiferente o mal humorado para elegir su ropa. Apático, deprimido
¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? Es indiferente
¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? No valorable
¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario? No valorable

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Usa playera y pantalón, no le gusta usar ropa int.
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse Dificultad de movimiento
Vestido incompleto: si Sucio: _____ Inadecuado: _____ Otros: Limpio

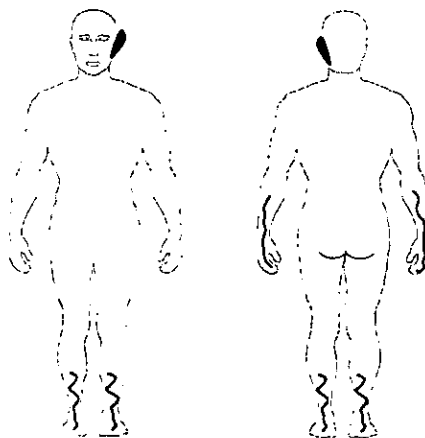
c) necesidad de higiene de la piel.

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: Se baña cada tercer día por la dificultad para moverlo
Momento preferido para el baño: Al medio día, con agua asoleada y tibia
Cuántas veces se lava los dientes al día: 1 vez por la noche
Aseo de la manos antes y después de comer: si Después de eliminar Si
¿Tiene creencias personales o religiosas que limite sus hábitos higiénicos? No valorable

Objetivo:

Aspecto general: Estatura mediana, color moreno claro, buena coloración de tegumento
Olor corporal: Normal
Halitosis: Si por caries dental y aseo inadecuado
Estado del cuero cabelludo: Limpio e hidratado bien impolantado
Lesiones dérmicas, qué tipo: Cicatriz de raspones y pabellón auricular.
(Anote su ubicación en el diagrama)



d) Necesidad de evitar peligros.

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: 1 de 9 hermanos
Cómo reacciona ante una situación de urgencia: Indiferente

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? No, se rehúsa a aceptar información
En el hogar Proporcionados por la madre, tiene un pasa manos pero no lo usa

¿Realiza controles de salud recomendados? Estudios de laboratorio descartando enfermedad crónico
Degenerativa en los dos últimos años.

Objetivo:

Deformidades congénitas: No, desarrollo músculo-esquelético deficiente

Condiciones del ambiente en su hogar: Limpio, ventilado e iluminado

3.- Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: Soltero Vive con: Sus padres
Depende de los cuidados de la madre

Otras personas que pueden ayudar: Dos hermanos que viven cerca

Rol en la estructura familiar: Ninguna para el cuidado

Comunica sus problemas debido a la enfermedad/estado: Si, cuando tiene dolor, calentura y cuando tiene gripe

Cuánto tiempo pasa solo: La mayor parte del día

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: No valorable

Objetivo:

Habla claro: Balbucea palabras Confusa: Orientado o se comunica con señas

Dificultad en la visión: Ninguna, clara Audición: Claro, con buena higiene

Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: Buena comunicación con la madre, muy poco con los hermanos, ellos se muestran indiferentes con él.

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: Profesa la religión católica inducida por los padres, fue bautizado de R/N, actualmente no
Participa en este aspecto

Principales valores en su familia: La madre refiere que gozar de buena salud para poder trabajar, cuidar de Ricardo y su esposo.

Principales valores personales: No valorable

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: No valorable

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religiosos): Ninguno

¿Permite el contacto físico? Únicamente con la madre, una hermana y hermano

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? Sus pertenencias le da mucho valor y no permite que se los toquen

c) 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 las de su familia?: _____

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

Objetivo:

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

Otros: **No valorable**

d) necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Ninguna
¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: No valorable

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?: A tres cuadras de su domicilio hay un centro recreativo.

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: No valorable

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: Debilidad y poca flexibilidad

¿Rechaza las actividades recreativas?: No se ha motivado

¿Su estado de ánimo es áptico/aburrido/participativo?: Apático e indiferente

e) Necesidad de aprendizaje

Nivel de educación: Ninguna

Problemas de aprendizaje: No tuvo motivación para desarrollar esta capacidad

Limitaciones cognitivas: Tipo: No valorable

Preferencias leer/escribir: No valorable

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: No conoce

¿Sabe cómo utilizar esta fuentes de apoyo?: No sabe

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: Refiere que le gustaría aprender

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: Se altera con facilidad

Órganos de los sentidos: Con buena percepción

Estado emocional/ansiedad/dolor: Indiferente

Memoria reciente: Regular

Memoria remota: Regular

CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA.

Necesidad	Grado de dependencia	Diagnóstico de enfermería
1. Oxigenación	I	Buena coloración de tegumentos, llenado capilar Normal, campos pulmonares con buena entrada y Salida de aire, no se observa ninguna alteración.
	PD	
	D	
2. Nutrición/ hidratación	I	Alteración de la alimentación relacionado con la dis- minución de la fuerza muscular, manifestado por la Incapacidad para llevar los alimentos hacia la boca, Y ausencia de piezas dentarias.
	PD	
	D	
3. Eliminación	I	Alteraciones de la eliminación, relacionado con el deterioro de la movilidad física manifestado por la Incapacidad para trasladar al wc y utilizar el orinal.
	PD	
	D	
4. Moverse y mantener una buena postura	I	Deterioro de la movilidad física relacionado con la disminución de la fuerza y resistencia muscular ma- nifestado por la incapacidad para moverse indepen- dientemente.
	PD	
	D	
5. Descanso y sueño	I	Alteración del patrón de sueño relacionado con el Deseo de no querer dormir manifestado por trans- Torno del patrón del sueño porque duerme durante el día.
	PD	
	D	
6. Usar prendas de vestir adecuadas	I	Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento rela- cionado con la disminución de la fuerza muscular manifestado por la dificultad para vestirse y desves- tirse.
	PD	
	D	
7. Termorregularización	I	Buen control de temperatura ante los cambios del Medio ambiente.
	PD	

	D		
8. Higiene y protección de la piel	I		Déficit de autocuidado: baño/higiene relacionado --
	PD		Con la disminución de la fuerza y movilidad mani-
	D	x	festado la incapacidad para realizar su aseo personal.
9. Evitar peligros	I		Alto riesgo de lesión relacionado con la incapacidad
	PD		de percepción de la información de medidas preven-
	D	x	tivas, manifestado por caídas y lesiones presentadas.
10. Comunicarse	I		Déficit de la comunicación verbal relacionado con la
	PD	x	dificultad para poder comunicarse manifestado por
	D		el lenguaje incomprensible.
11. Vivir según sus creencias y valores	I		Déficit del desarrollo intelectual, relacionado con la
	PD		Incapacidad para llevar a la práctica las creencias -
	D	x	Religiosas, manifestado por sentimiento espiritual --
			Inducido.
12. Trabajar y realizarse	I		
	PD		
	D		
13. Jugar y participar en actividades recreativas.	I		Déficit de actividades recreativas relacionado con la
	PD		Incapacidad para participar en las actividades ----
	D	x	habituales.
14. Aprendizaje	I		Déficit del desarrollo intelectual relacionado con la
	PD		Incapacidad para aprender y comunicarse, manifes-
	D	x	tado por el lenguaje, incomprensivo.

No valorable

❖ (I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente.

(Anexo 3)

PLAN DE CUIDADO DOMICILIARIO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
<p>Alteración de la alimentación, relacionado con la disminución de la fuerza muscular; manifestado por la incapacidad para llevar los alimentos hacia la boca y ausencia parcial de piezas dentarias.</p>	<p>Fortalecer la fuerza muscular de los miembros superiores que le permitan iniciar su autoalimentación y promover su consumo equilibrado.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Informar sobre la importancia de los ejercicios de los miembros superiores para el logro de la autoalimentación.• Recomendar que se le proporcionen alimentos que le gustan, con temperaturas correctas y en un entorno agradable.• Informar de la necesidad de proporcionar una dieta balanceada en papilla.• Comentar de la necesidad de refirar las piezas dentarias dañadas y valorar la aplicación de prótesis dental.	<p>La persona podrá evidenciar un aumento de la capacidad de alimentarse.</p>

PLAN DE CUIDADO DOMICILIARIO.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
<p>Deterioro de la movilidad física relacionado con la disminución de la fuerza y resistencia muscular manifestado por la incapacidad para moverse independientemente.</p>	<p>Mejorar la fuerza muscular y resistencia para propiciar la movilidad física y favorecer un mejor nivel de calidad de vida a través de su independencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Enseñar a efectuar los ejercicios de movilidad por lo menos 3 o 4 veces al día, planeando conjuntamente con él y la familia los horarios. ❖ Ejercitar los músculos con movimientos pasivos, activos con ayuda, y activos, de hombros, de extremidades superiores e inferiores. ❖ Motivar su participación en el desarrollo de los ejercicios. ❖ Motivar y dar a conocer la importancia de continuar con los cuidados a los familiares. 	<p>Deberá recobrar tono y fuerza muscular de las extremidades, para mejorar su movilidad física que favorezca el logro de su independencia.</p>

PLAN DE CUIDADO DOMICILIARIO.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
<p>Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento, relacionado con la disminución de la fuerza muscular, manifestado por la dificultad para vestirse y desvestirse.</p>	<p>Favorecer la presentación personal a través del apoyo emocional y el mejoramiento de la autoestima.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Proporcionar apoyo en la elección y utilización de las prendas de vestir. ❖ Utilizar ropa suave y holgada para evitar presiones en la piel. ❖ Promover el acicalamiento personal para mejorar su interrelación con los demás. 	<p>La persona desarrollará mayor interés en la elección de su ropa y presentación personal.</p>

PLAN DE CUIDADO DOMICILIARIO.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
<p>Déficit de autocuidado: Baño/higiene, relacionado con la disminución de la fuerza y movilidad, manifestado por la incapacidad para realizar su aseo personal.</p>	<p>Mantener en estado óptimo de higiene corporal y alentar la participación en el autocuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Estimular a que ejercite sus músculos para que pueda realizar toda actividad máxima dentro de sus limitaciones., ❖ Movilizar a la persona para evitar presión y formación de úlceras. ❖ Mantener higiene de la piel con baño diario y lubricación. ❖ Utilizar dispositivos de apoyo y protección de salientes óseas, (colchón de agua, cojín para sillas, bolsa de agua para talón). 	<p>Intervendrá en la realización de su aseo personal y se evitará situaciones de riesgos de lesión cutánea por presión.</p>

PLAN DE CUIDADO DOMICILIARIO.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
<p>Alto riesgo de lesión, relacionado con la incapacidad de percepción de la información de medidas preventivas, manifestado por caídas y lesiones presentadas.</p>	<p>Desarrollar capacidad de aceptación de medidas preventivas para evitar lesiones posteriores.</p>	<ul style="list-style-type: none">❖ Llevar a cabo labor de convencimiento al manejo de dispositivos de ayuda para prevenir lesiones posteriores.❖ Mantener el entorno libre de objetos peligrosos.❖ Proporcionar ayuda cuando él lo requiera en forma oportuna.	<p>Desarrollará capacidad de aceptación de medidas de seguridad.</p>

PLAN DE CUIDADO DOMICILIARIO.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
<p>Déficit del desarrollo intelectual, relacionado con la incapacidad para llevar a la práctica las creencias religiosas, manifestado por sentimiento espiritual inducido.</p>	<p>Promover los valores espirituales y lograr satisfacer su necesidad de carácter religioso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Proporcionar información amplia sobre los aspectos de una tendencia religiosa. ❖ Interrelacionarlo con otras personas para favorecer su ambiente religioso. ❖ Alentar la participación activa de la familia que ayuden a satisfacer esta necesidad. 	<p>Obtendrá la información necesaria para entender su sentimiento religioso.</p>

PLAN DE CUIDADO DOMICILIARIO.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
<p>Déficit de actividades recreativas, relacionado con la incapacidad para participar en las actividades habituales.</p>	<p>Lograr movilidad lo más pronto posible para promover actividad creativa y así mejorar su estado emocional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Modificar ambiente físico y rutina diaria de actividad. ❖ Animar a que participe activamente en los ejercicios. ❖ Proporcionar distractores como la radio, televisión con horarios. ❖ Motivar a la familia a que participe en las actividades demostrando interés. ❖ Planear salir fuera de su cuarto y si es posible fuera de su casa. 	<p>Deberá mejorar su estado de ánimo y aprender a realizar alguna actividad recreativa que lo motive.</p>

PLAN DE CUIDADO DOMICILIARIO.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
<p>Déficit del desarrollo intelectual, relacionado con la incapacidad para aprender y comunicarse manifestado por lenguaje incomprensivo.</p>	<p>Promover la capacidad intelectual de la persona, llevando a cabo actividades de aprendizaje.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Valorar su desarrollo cognitivo para realizar actividad educativa. ❖ Motivar la atención con dibujos, figuras, letras del alfabeto. <p>Enseñarle a que manifieste con gestos o señas si entendió el mensaje.</p>	<p>La persona deberá de mostrar su capacidad de aprender por medio de señas o gestos.</p>

PLAN DE CUIDADO DOMICILIARIO.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
<p>Alteración de la eliminación, relacionado con el deterioro de la movilidad física, manifestado por la incapacidad para trasladarse al wc. y no poder utilizar el orinal.</p>	<p>Desarrollar y reentrenar los músculos deficientes al logro de la movilidad independiente para satisfacer esta necesidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Animar a la persona a que tome agua en abundancia, con el objeto de evitar alguna alteración orgánica, relacionado con la inmovilidad. ❖ Promover la realización de los ejercicios para favorecer la movilidad. ❖ Fomentar el uso de dispositivos de seguridad para su traslado al wc. y el uso de orinal. 	<p>La persona deberá demostrar un aumento en la capacidad de uso del orinal y traslado al wc.</p>

PLAN DE CUIDADO DOMICILIARIO.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
<p>Alteración de patrón de sueño, relacionado con el deseo de no querer dormir, manifestado por el trastorno del patrón de sueño porque duerme durante el día.</p>	<p>Integrarlo a su entorno familiar y mantenerlo activo durante el día para modificar su patrón de sueño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Promover la participación en las actividades realizadas para evitar dormir durante el día. ❖ Enseñar y animar a la familia a que participe de manera activa en los planes de cuidado. ❖ Establecer una relación de apoyo que modifique los períodos prolongados de inactividad física. ❖ Modificar el entorno para facilitar el reposo y la relajación. 	<p>La persona deberá manifestar la mejor satisfacción que produce el descanso normal del patrón de sueño.</p>

PLAN DE CUIDADO DOMICILIARIO.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
<p>Déficit de la comunicación verbal, relacionado con la dificultad para poder comunicarse, manifestado por el lenguaje incomprensible.</p>	<p>Ayudar a desarrollar sus capacidades y limitaciones para comunicarse con los demás.</p>	<ul style="list-style-type: none">❖ Identificar un método en el cual la persona pueda comunicar sus necesidades.❖ Animarle a que manifieste con gestos o señas sus necesidades.❖ Estimular la comunicación más estrecha con el entorno familiar.❖ Reducir el aislamiento social.	<p>La persona deberá demostrar mejora en la capacidad de comunicarse con los demás.</p>

(anexo 4)

REGISTRO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

FECHA	SIGNOS VITALES				PESO	TALLA	OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA
	TEM.	F.C.	F.R.	T/A.			
12-06-00	36.5	84	20	110/80	47 KG.	1.49 CM.	<ul style="list-style-type: none">• En compañía de la madre se proporcionó apoyo psicológico.• Aseo personal.• Motivación emocional, acicalamiento.• Aseo de su entorno.
14-06-00							<ul style="list-style-type: none">• Ejercicios pasivos.• Rutina 5 movimiento por cada articulación (Flexión y extensión, abducción y aducción, supinación y pronación).• Aseo personal.• Orientación a la madre de la importancia de proporcionar alimentos balanceados y de las necesidades de involucrar a los familiares en los cuidados.
16-06-00							<ul style="list-style-type: none">• Realización de los ejercicios.• Orientación de las medidas de seguridad.• Aseo personal.• Se motivó a salir al patio dejándolo en su entorno familiar.

REGISTRO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

FECHA	SIGNOS VITALES				PESO	TALLA	OBSERVACIONES DE ENFERMERIA
	TEM.	F.C.	F.R.	T/A.			
17-06-00							<ul style="list-style-type: none"> • Estado emocional, alegre motivado. • Realización de los ejercicios. • Orientación de la necesidad de extracción de piezas dentarias y adaptación de prótesis. • Aseo personal. • Se proporcionó yogurt. • Se motivó a ver la televisión.
18-06-00							<ul style="list-style-type: none"> • Motivación familiar hacia los cuidados. • Intervención por la tarde y noche antes de dormir.
19-06-00	36.6	80	18	110/70			<ul style="list-style-type: none"> • Registro de los signos vitales. • Realización de los ejercicios. • Se motivo sentimientos religiosos. • Aseo personal. • Entorno limpio.

REGISTRO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

FECHA	SIGNOS VITALES				PESO	TALLA	OBSERVACIONES
	TEM.	F.C.	F.R.	T/A.			DE ENFERMERIA
21-06-00							<ul style="list-style-type: none"> • Inspección de los músculos y articulación. • No se observó ninguna alteración. • Realización de los ejercicios. • Se observó mayor flexibilidad de las extremidades y los pies sin acumulación de líquidos. • Aseo personal y entorno.
23-06-00							<ul style="list-style-type: none"> • Se incremento la rutina de los ejercicios, buena respuesta muscular y emocional. • Aseo personal y entorno. • Se me informo que tuvo comunicación con un sacerdote.
24-06-00							<ul style="list-style-type: none"> • realización de los ejercicios pasivos con ayuda. • Aseo personal. • Se proporcionó material didáctico (letras, dibujos, figuras).

EJERCICIOS PARA LA EXTENSIÓN DE LA MOVILIDAD

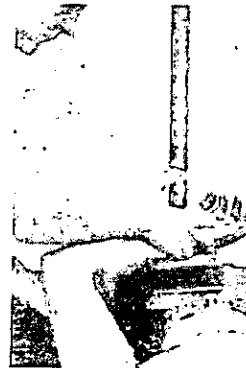
A: HOMBRO: Flexión



1. Iniciar colocando una mano sobre el codo del paciente y con la otra sostener la del enfermo.



2. Levantar su brazo desde el costado de su cuerpo.



3. Mover el brazo con suavidad y lentamente hacia su cabeza tanto como sea posible sin causar dolor.



Si la cabecera de la cama imbebe la flexión completa, doblar el brazo en el codo.

HOMBRO: Abducción y aducción



1. Colocar una mano sobre el codo del paciente y con la otra sostener la mano del enfermo.



2. Conservando el brazo recto, separarlo de su cuerpo.

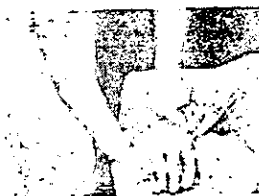


3. Doblar y mover el brazo lentamente alrededor hacia la cabeza del enfermo. Llevar su brazo hacia atrás tanto como sea posible sin causar dolor.



4. Regresar el brazo al costado o a la posición neutral. Repetir el ejercicio.

HOMBRO: Rotación interna y externa



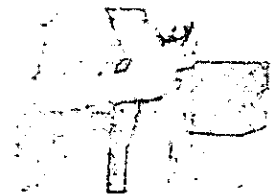
1. Colocar el brazo del paciente separado un ángulo agudo de su cuerpo y con el codo doblado sostener la parte superior del brazo contra el codo.



2. Levantar el antebrazo y la mano.



3. Mover su antebrazo y mano en forma lenta y suave por lo alto hacia su cabeza tanto como sea posible sin causar dolor.



4. Regresar el brazo a la posición inicial. Repetir el ejercicio.

HOMBRO: Aducción transversal



1. Colocar una mano en el brazo del paciente arriba de su codo y con la otra sostener la mano del enfermo.



2. Levantar su brazo



3. Con el brazo a la altura del hombro moverlo sobre su cuerpo tanto como sea posible hacia el otro hombro.



4. Regresar el brazo a la posición inicial. Repetir el ejercicio.

ANTEBRAZO: Supinación y pronación



1. Posición Inicial: obsérvese la posición de la mano del paciente y las manos de la enfermera.



2. Girar la palma de la mano del paciente hacia su cara.



3. En seguida, girarla nuevamente hacia los pies. Repetir.

CAJERA: Abducción y aducción.



1. Colocar una mano debajo de la rodilla del paciente y la otra debajo de su talón sosteniendo la pierna recta. Levantar en seguida unos 5 cm de cojón.



2. Tirar la pierna hacia afuera (abducción).



3. Empujar la pierna nuevamente a la posición inicial (aducción). Repetir el ejercicio.

TOBILLO: Dorsiflexión y flexión plantar



1. Sostener el talón del paciente con una mano, dejando que la planta de su pie descansa contra el brazo.



2. Presionar el brazo contra la parte superior del pie moviéndolo nuevamente hacia la pierna (dorsiflexión). A mismo tiempo girar de 30°.



3. Mover el brazo (de la enfermera) nuevamente a la posición inicial.



4. Mover la mano hasta la punta del pie abajo de los dedos. Empujar hacia abajo el pie para bajar los dedos y al mismo tiempo empujar contra el tobillo (flexión plantar).