

00921
162 a



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA MUJER ADULTA CON ALTERACIÓN DE LA MOVILIDAD CON BASE EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA**
P R E S E N T A :
TORILLO RAMÍREZ VERÓNICA CONCEPCIÓN



DIRECTORA DEL TRABAJO:
LIC. AURORA GARCÍA PIÑA

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

MÉXICO

MAYO 2003

SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TESIS
FALLA
DE
ORIGEN**



b

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Proceso de enfermería aplicado a una mujer adulta con alteración de la movilidad con base en el modelo de Virginia Henderson.

Que para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

Torillo Ramírez Verónica Concepción

No. de cuenta: 9117786-9

Nivel licenciatura

Directora del trabajo

Lic. Aurora García Piña.

Mayo, 2003

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

autorizo a la Dirección General de Bibliotecas - UNAM a difundir en formato electrónico e impreso contenido de mi trabajo recepción:
NOMBRE: Verónica Concepción Torillo Ramírez
FECHA: 09/06/03
FIRMA: [Signature]

A ti, mi amado esposo:

Porque fuiste luz, cuando todo era oscuro
fuiste alegría, cuando mi corazón sangraba de pena,
fuiste esperanza, cuando todo era incierto y un
refugio para mi alma, cuando sola vagaba en silencio.

Porque me has enseñado a vivir y a luchar por lo que se quiere, porque
desde siempre has estado a mi lado
llenando mi vida de amor y felicidad.

Y a nuestro hijo, porque su presencia
fue y será siempre el motivo más grande
para alcanzar esta meta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A la familia Cabrera Huerta:
Estela, Ramón, Ramón Jr., Juan... ***¡Gracias!***
Por haberme abierto el calor de su hogar
donde fue posible llegar a superarme.

A mis profesores:
Que fueron testimonio vivo a seguir,
siendo parte importante para el logro
de uno más de mis sueños.

A toda la gente que depositó su confianza
y su vida en mis manos, esperando siempre
lo mejor de mi.

Dios los bendiga.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN.....	1
II.- JUSTIFICACIÓN.....	2
III.- OBJETIVOS.....	3
IV.- METODOLOGÍA.....	4
V.- MARCO TEÓRICO.....	5
5.1.- Historia y evolución de la Enfermería.....	7
5.2.- Definición de Enfermería.....	13
5.2.1- Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico.....	15
5.2.2- Metaparadigma de Enfermería.....	17
5.2.3- Aspectos filosóficos de la Enfermería Profesional.....	18
5.3.- Principales conceptos y definiciones.....	25
5.4.- Edad adulta mediana.....	32
VI.- DESARROLLO DEL PROCESO.....	36
6.1.- Presentación del caso clínico.....	36
6.2.- Valoración de las 14 necesidades.....	38
6.3.- Conclusión Diagnóstica de Enfermería.....	50
6.4.- Diagnósticos de Enfermería.....	52
6.5.- Plan de Atención.....	55
VII.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	68
VIII.- REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	69
IX.- ANEXOS.....	72

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I. INTRODUCCIÓN

Desde la aparición del hombre, el "cuidado" ha estado presente como una necesidad primordial para perpetuar la especie y asegurar la existencia de la vida misma. Pero estos cuidados no han sido proporcionados de la misma forma a través de la historia, sino que han ido evolucionando de acuerdo a: las necesidades presentes de cada época, las costumbres, creencias, cultura y otros factores sociales que determinan al hombre dentro de su sociedad.

Para comprender el quehacer de la enfermera tenemos que remontarnos al pasado, analizar la evolución que ha tenido y la forma en que llega a ser considerada una profesión. Para ello, es necesario identificar que enfermería se desarrolla dentro de la atención sanitaria y por lo tanto considerar a la salud y a la enfermedad en sus distintas épocas nos ayudará a tener un mejor conocimiento de la disciplina desde el punto de vista de los cuidados como su objeto de estudio.

Por lo anterior, el presente trabajo reúne información sobre: la metodología de trabajo para el desarrollo del proyecto, un marco teórico que fundamente el hacer y quehacer de la enfermera, también incluye la presentación del caso clínico, así como de las conclusiones y sugerencias mismas que se elaborarán el término del trabajo. Finalmente la bibliografía general que tiene sustento teórico, con la revisión de artículos, libros y revistas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II. JUSTIFICACIÓN.

El proceso de enfermería es un instrumento valioso para la enfermera con el cual ella lleva a cabo un plan de atención; donde se valoran las necesidades básicas del cliente que en un momento dado están alterados y su fuente de dificultad debe ser cubierta, apoyada o complementada por la enfermera profesional.

Por lo tanto este trabajo está enfocado en cubrir las necesidades del desarrollo, restableciendo la necesidad de movilidad y buena postura que se encuentra alterado en mi cliente.

La finalidad de realizar el presente trabajo, es de conocer los aspectos teóricos - metodológicos para el desarrollo de éste, en su caso cabe señalar que también en lo personal en el lugar donde laboro actualmente se lleva a cabo el modelo de atención de Virginia Henderson, con lo que me permitirá proporcionar un cuidado integral al cliente en una forma racional, lógica y sistemática con una base teórica que incluye ciencias y humanidades.

III. OBJETIVOS.

General.

Aplicar el proceso de enfermería a una mujer adulta con alteración de la movilidad con base en el modelo de Virginia Henderson, dentro de su domicilio.

Específicos.

- Identificar las necesidades del desarrollo alteradas. (Valoración).
- Jerarquizar los problemas, para llevar a cabo una planeación y el resto de las etapas del proceso.
- Ayudar al cliente a recuperar su movilidad y buena postura en la medida de lo posible.
- Enseñar al cliente posturas adecuadas, movimientos pasivos y activos y qué este pueda demostrar y aplicar a su vida.
- Disminuir el dolor que implica una mala postura y la alteración de la movilidad.

IV. METODOLOGÍA.

Para la realización de este trabajo de proceso de enfermería se desarrolló en cuatro etapas, la primera consiste en la inscripción al Seminario Taller Proceso de Enfermería el cual se desarrolló en siete semanas de teoría, siete semanas de práctica, los días martes con un horario de 9:00 a 12:00 horas.

La segunda etapa consiste en el desarrollo del marco teórico y la revisión de bibliografía para la conformación de la parte teórica del protocolo, así como la elección de un modelo de enfermería y del paciente, y la aplicación de un instrumento de valoración. Esto fue realizado durante el mes de Enero.

La tercera se desarrolla concretamente la aplicación del Proceso de Enfermería atendiendo a cada una de sus etapas; comenzando con la valoración en la cual se realizó entrevista directa a la cliente con tres visitas domiciliarias con una duración de dos horas cada una, en las cuales se aplicó el instrumento de valoración de las 14 necesidades basado en el modelo de atención de Virginia Henderson. Dentro de estas visitas se realizó conjuntamente con la entrevista la exploración física con lo que se requirió del siguiente equipo:

- ☐ Hojas blancas, lápiz, goma.
- ☐ Estetoscopio, baumanómetro, termómetro oral.
- ☐ Lámpara, cinta métrica, báscula.
- ☐ Reloj, guantes no estériles.
- ☐ Reportes de laboratorio del propio cliente.
- ☐ Equipo de cómputo.
- ☐ Material bibliográfico.

Los diagnósticos de enfermería se implementaron en base a las necesidades detectadas durante la etapa de valoración. Los cuales se presentarán con más detalle en el Proceso de Enfermería.

La planeación de los cuidados de enfermería aplicados en mi cliente están fundamentados en base a las necesidades detectadas y los cuales se describirán en el Proceso de Enfermería.

En la ejecución fue necesario de visitas domiciliarias dos veces por semana con una duración de hora y media en la cual se implementó los cuidados planeados anteriormente. Por lo tanto se describirán en el Proceso de Enfermería.

La evaluación se realiza después de haber ejecutado los cuidados de enfermería planeados y alcanzando los objetivos planeados en un principio de la valoración. Esta será presentada en el Proceso de Enfermería.

La cuarta etapa consiste en el registro del Proceso de Enfermería ante las Autoridades de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia dentro de las dos primeras semanas del mes de Febrero del año en curso y la culminación del Seminario Taller en la tercer semana de Febrero. Y en el mes de marzo finaliza el proyecto de Atención de Enfermería.

V. MARCO TEÓRICO

Las enfermeras son y han sido siempre las encargadas de cuidar al paciente. Ese ha sido su papel tradicional. Se entiende por cuidar aquellos procedimientos que restablecen o conservan en las mejores condiciones de funcionamiento a la persona. Cada vez son más las enfermeras que se encargan de proporcionar cuidados complejos, como la supervisión y el uso de equipo altamente técnico. El concepto de "cuidados" también abarca el grado de vinculación que se establece a partir de la relación estrecha entre uno y otro ser humano (el cliente y la enfermera). Esta se debe ocupar de mantener la prioridad del cuidado de su paciente, por sobre todas las demás tareas que su profesión le impone.¹

Collière describe que cuidar es el arte que precede a todos los demás, sin el cual no sería posible existir, fue el origen de los primeros conocimientos y la matriz de todas las culturas. El arte de cuidar no nació de la enfermedad ni siquiera de la lucha contra la muerte, sino que los cuidados están relacionados con la necesidad de favorecer la fecundidad, y de asegurar la continuidad de la vida. El objetivo de los cuidados no es la enfermedad, sino todo lo que ayuda a vivir y permite existir. La naturaleza de los cuidados dependerá de la finalidad que se propongan asegurar, según lo que sea necesario despertar y desarrollar de las capacidades físicas, afectivas, mentales y sociales del individuo para asegurar la continuidad de la vida.²

Por lo anterior, se describen las siguientes etapas para comprender mejor la historia de la enfermería.

¹ LEWIS, LuVerne Wolf. Fundamentos de enfermería. 4ª Edición Ed. Harla. Colombia 1988. Pág. 9

² Collière M. F. Soigner... le premier art de la vie. Paris. InterEditions-Masson: 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.1 Historia y evolución de la enfermería.

Etapa doméstica.

Esta primera etapa comprende desde las primeras civilizaciones hasta la caída del Imperio Romano. En esta etapa, los cuidados están dados por la mujer en cada hogar por ser la encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio. Alrededor de cada mujer en la familia se elaboran las prácticas rituales que tienden a asegurar la vida, su promoción y su continuidad. La mujer hace uso de elementos propios de la vida natural como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y las manos, elemento muy importante de contacto maternal, para transmitir bienestar y que en general todas las medidas que hacen la vida más agradable. En el marco de este planteamiento, "el ámbito enfermero de significación" está constituido por la materia histórica, relacionada a su vez con las manifestaciones que ha planteado el "saber" y el "quehacer" de la actividad de cuidar a lo largo de los siglos.³

Etapa vocacional.

Esta etapa está comprendida desde el nacimiento del pensamiento cristiano hasta finalizar la Edad Moderna de la Historia Universal. En esta etapa vocacional lo realmente importante eran las actitudes que debían mostrar y mantener las personas dedicadas al cuidado de los enfermos, de los necesitados. La sociedad cristiana atribuyó la salud y la enfermedad como algo Divino, algo venido de Dios. Ellos consideraban a la enfermedad una

³ Documentos de la historia de la enfermería en México. Universidad Nacional Autónoma de México. ENEO-UNAM. P. 26.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

gracia ya que a través de ella llegarían a la purificación. Las personas dedicadas al cuidado debían mantener y mostrar actitudes de obediencia, y sumisión, actuar en nombre de Dios y permanecer bajo las normas de la iglesia. Los cuidados prestados por esta gente en su mayoría mujeres consagradas (religiosas), no requería conocimientos teóricos ni de procedimientos complicados, lo realmente importante eran las actitudes que debían mostrar y mantener un gran sentido religioso, de caridad, sumisión y obediencia hacia el enfermo. Las normas cristianas eran estrictas y rechazaban todo contacto corporal, por lo tanto, la enfermera centró la atención en la palabra en forma de oración y en consejos morales.

Etapas técnicas.

Esta etapa se centra en la lucha contra la enfermedad y se inicia a mediados del siglo XIX. El desarrollo científico y tecnológico obligó a la clase médica a buscar las causas que originaban la enfermedad y su tratamiento; se enfocó hacia la persona como sujeto de enfermedad. La complejidad tecnológica y la extensión de la red hospitalaria hizo necesaria la aparición de un personal que asumiera algunas tareas que realizaban los médicos, denominándolo personal paramédico, auxiliar o mujer enfermera-auxiliar del médico. De esta manera la mujer enfermera asumió tareas diagnósticas (como la medición de signos vitales, análisis, etc.) y también curativas (administración de fármacos, curaciones, etc.). Esta etapa tuvo un largo periodo de transición, desde la etapa vocacional y la técnica, ya que existía el antecedente de ser una profesión de mujeres y durante muchos siglos reservada a mujeres consagradas. Fue una etapa denominada oscura en el que no se observaron cambios significativos de la profesión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Etapas profesional.

Los principios de la profesionalización de la enfermería se atribuyen a Florence Nightingale, cuando en 1860, en Londres, funda una escuela de enfermería con un programa de 3 años de duración que tenía por objeto preparar enfermeras competentes y autónomas para el ejercicio de su profesión.⁴ En esta etapa se ha pasado aun concepto más completo, entendiendo a la salud como un proceso integral y no como un estado. En consecuencia las enfermeras han tenido que ampliar el campo de actuación, integrando un conjunto de actividades para proporcionar mayor bienestar físico y una mejor adaptación de los individuos con su entorno. Se atiende al individuo de forma individual considerándolo un ser con necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales que debe guardar cierto equilibrio con su medio.

A la par con este concepto, la enfermera comienza a preguntarse sobre su razón de ser, cuál es su identidad y trata de desprenderse de la dependencia histórica de otras disciplinas. Surgen entonces enfermeras investigadoras, comienzan a emplearse métodos de trabajo científico sustituyendo a los empíricos y las enseñanzas se incluyen en la universidad. Se inicia la etapa de la enfermería profesional.

Características de los Servicios de Enfermería al inicio del siglo XX.

Diversos acontecimientos han tenido lugar, anteriores a este siglo y posteriormente a la conquista de México, que han dejado testimonio de la participación de enfermería en el cuidado de los enfermos, considerando a éste como la máxima aspiración de un grupo de personas dedicadas, primordialmente, a la asistencia hospitalaria en todos aquellos

⁴ RIOPELLE, Lise y cols. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Ed Interamericana. P. 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

establecimientos creados con este propósito, a partir del siglo XVI.⁵ El trabajo de enfermería que se ejerció en México dejó antecedentes de que esta actividad se aplicó favorablemente a la población doliente. La tendencia predominante en la enfermería anterior al siglo XX, tuvo su base en el desarrollo de actividades manuales, de incipiente calidad, de escasa inclinación técnica, pero que dieron una conformación a lo que más tarde sería considerado como un "perfil de enfermería".⁶

En el siglo XIX, un importante hospital de la época propuso una estrategia de mejoría en la preparación de personas que ejercieran la atención de enfermería a los pacientes hospitalizados, por lo que se dio inicio el adiestramiento de un grupo seleccionado de personas por enfermeras extranjeras.

La enfermería en el hospital San Andrés.

Este edificio de lo que fue el hospital San Andrés, originalmente se fundó en 1626 para noviciado de la Compañía de Jesús. En 1779 a consecuencia de la terrible peste de viruelas el virrey autorizó al arzobispo de México instalar más de 400 camas y atender a los enfermos pobres. En 1861 el hospital queda a cargo de las Hermanas de la Caridad hasta 1879, cuando fue entregado a la beneficencia. Años más tarde, en 1898 bajo la firma del Dr. Eduardo Liceaga, se convoca a personas de ambos sexos para formar parte de un "cuerpo de enfermeros" que con el personal médico contribuyera a la "buena asistencia de los enfermos". Las lecciones se impartirían de lunes a viernes de les 3 a las 6 de la tarde.

El Dr. Liceaga tenía relaciones con diversos personajes de la diplomacia y de la medicina en el exterior, lo que le dio la oportunidad de localizar a una

⁵ Documentos de la historia de la enfermería en México. Universidad Nacional Autónoma de México. ENEO-UNAM. P. 1-15.

⁶ Ibidem. Pág. 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

enfermera americana titulada, la señorita Rosa Crowder, quien tomó a su cargo el inicio de las "lecciones para las enfermeras". Los primeros procedimientos propuestos fueron: "hacer las camas convenientemente" para apreciar las ventajas que se obtienen con técnicas especiales, después se observarían los síntomas que presentarían los pacientes, y enseñó la forma de tomar el pulso, la temperatura y la respiración así como su registro correspondiente. La señorita Crowder hizo especial mención de que "inculcaría desde el primer día de la enseñanza, la asepsia, la bondad, la cortesía, el buen humor y la buena voluntad". Esta enfermera permaneció en México desde el 24 de noviembre de 1900 hasta junio de 1902.

Al inicio de julio de 1902, otra enfermera americana que hablaba español, la señorita Rosa Warden, continuó con el adiestramiento de las enfermeras, más sin embargo se presentaron algunas irregularidades: no se había seguido el reglamento, la disciplina se había alterado, porque al parecer ella "no sabía hacerse obedecer". Los problemas continuaron porque la enfermera pidió se le dejara a su cargo el manejo del hospital y se quitara al director del mismo por lo que se pidió su renuncia, pero la señorita Warden continuó hasta marzo de 1904 argumentando que no había quien se hiciera cargo de la enseñanza a las alumnas estando próxima la inauguración del nuevo hospital. Mientras tanto el doctor Liceaga hizo acuerdos con la señorita Maude Dato, que se encontraba en el hospital de Acámbaro, Guanajuato, para que se hiciera cargo de la enseñanza de las alumnas; la señorita Dato junto con otra enfermera alemana, Gertrudis Friedrich, fungieron como jefe y subjefto, respectivamente del Hospital General de México, inaugurado el 5 de febrero de 1905.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El Hospital General de México y sus enfermeras.

Las enfermeras que se harían cargo de los servicios de enfermería, en las diferentes salas del nuevo hospital, 30 de ellas fueron asignadas como enfermeras "primeras" y 18 más como enfermeras "segundas". Todas ellas, junto con el personal médico, sumarían sus esfuerzos para activar la "escuela práctica" en que estaba convertido el novedoso hospital de corte europeo. Las enfermeras al ser consideradas elementos de conjunto en el medio hospitalario, ganaron un status antes no tomado en cuenta. En adelante las enfermeras llegarían a los servicios no sólo por buena voluntad, sino bajo calificaciones humanas y técnicas, que estuvieran a la altura de lo que se requería.

En 1906, las dirigentes de enfermería del hospital dejaron sus cargos y fueron suplidas por dos enfermeras americanas: Mary J. McClaud y Ana Hambory. La enfermería continuaba nutriéndose de técnicas ajenas al medio mexicano, pero que dieron lugar a contextualizar la plataforma de acción en la que se fundamentaría la enfermera profesional, unos meses más tarde, con la organización de una unidad de enseñanza formal, que acreditara a las enfermeras como profesionales.

El Hospital General de México y su Escuela de Enfermería.

El 9 de febrero de 1907 fue inaugurada la escuela de enfermería, primera en su género, en todo el país, y aprobada por la Dirección General de la Beneficencia Pública. La escuela de enfermeras se consideró "un poderoso factor de la difusión de conocimientos útiles a la mujer, que encontrará en esta carrera un medio honesto y lucrativo para bastarse a sí misma en la lucha por la existencia". Se estableció para su ingreso haber terminado la instrucción primaria, ser de buena salud y ser de buena moralidad, los estudios se cursarían en tres años. En 1911 se contaba con 18 alumnas en el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

primer año, 19 en el segundo y 10 en el tercero. En 1911 se realizó la incorporación del plan educativo a la máxima casa de estudios. En cuanto al hospital, en 1910, al retirarse las enfermeras americanas de sus cargos, fue nombrada por primera vez una enfermera mexicana para ocupar la jefatura de enfermería. El honroso cargo recayó en Eulalia Ruiz Sandoval, que había realizado sus estudios en el propio hospital.

La Universidad Nacional de México asumió la responsabilidad de preparar enfermeras profesionales. En 1933, con motivo del primer Congreso de Enfermería y Obstetricia se solicitó como requisito de ingreso a enfermería no solo la enseñanza primaria sino la secundaria. En 1945 se constituye la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM; la carrera de enfermería se cursaría en tres años y para la carrera de Obstetricia debía obtener el grado de enfermera. El Dr. Everardo Landa fue el primer director de la escuela, en 1948 se nombra directora la Dra. Emilia Leyva Paz de Ortiz. En la década de los cincuentas se enfatizó en la preparación de personal de enfermería en el área sanitaria, para que por medio de campañas de vacunación e higiene, se controlara y erradicara las enfermedades transmisibles. La mayoría de las universidades, a través de las escuelas de enfermería a partir de los años setenta, han establecido la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia con la cual la formación de enfermeras está acorde con las políticas educativas establecidas en el país.

5.2 Definición de Enfermería.

Las definiciones de la enfermería han ido cambiando a través del tiempo reflejando las transformaciones que ha experimentado y seguirá experimentando la prestación de cuidados enfermeros. Se debe a Florence Nightingale, la matriarca de la enfermería moderna, el cambio de dirección de la enfermería.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Florence Nightingale.

Florence nació el 12 de mayo de 1820, cuando sus padres, Edward y Frances Nightingale viajaban por Europa. Los Nightingale eran miembros ricos y cultos de una familia victoriana, de tal forma cuando Florence se hizo mayor, su propio padre la instruyó en matemáticas, idiomas, religión y filosofía. Durante su adolescencia Nightingale participó activamente en la sociedad aristocrática. En 1851 Nightingale viaja a Alemania para iniciar su formación en enfermería. Ella pensaba que esta disciplina tenía que responder a una "vocación", pero que ésta debía basarse en algo más que la intuición y la dedicación. Tras esta etapa se dedica a supervisar las instalaciones de hospitales, reformatorios e instituciones de caridad. En 1853 es nombrada Supervisora del Hospital de Damas de la Caridad de Londres. Durante la guerra de Crimea, Nightingale acude como voluntaria a Scutari, Turquía, donde organiza un departamento de enfermería y dedica sus esfuerzos a la erradicación de los problemas higiénicos en las salas de hospitalización.⁷ La disminución de las tasas de mortalidad de las personas a las que Florence prodigó sus cuidados se debió tal vez al uso de procedimientos físicos en las áreas de medidas sanitarias, higiene y nutrición. Sin embargo, los heridos de la Guerra de Crimea representaron la ocasión para demostrar la importancia de las técnicas de apoyo emocional y espiritual.⁸ El trabajo desarrollado por Florence Nightingale la hizo muy popular entre los soldados, la llamaban "la dama del farol", en alusión a su candil turco, con el que tenía por costumbre recorrer los pasillos llenos de heridos.

Florence Nightingale regresa a Inglaterra tras la guerra y crea una institución para la enseñanza de la enfermería en el St. Thomas Hospital y el King's

⁷ MARRINEY, Ann Tomcy. Modelos y teorías en Enfermería. 3ª edición, Ed. Mosby. España, 1994 p.73-79

⁸ LEWIS, LuVerne Wolf. Fundamentos de enfermería. 4ª Edición Ed. Harla. Colombia 1988. Pág.5

College Hospital de Londres con fondos recibidos en reconocimiento a sus servicios durante la guerra. Pocos años después de su fundación, la Nightingale School comenzó a recibir solicitudes de enfermeras para la fundación de nuevas escuelas en hospitales de todo el mundo, afianzándose la reputación de Florence Nightingale como fundadora de la enfermería moderna. Florence fallece mientras dormía a la edad de 90 años, el 13 de agosto de 1910, en Londres.

La historia de la enfermería abunda en definiciones acuñadas por aquellos que han sido reconocidos como autoridades, y que son, por consiguiente, portavoces calificados de la práctica de esta disciplina.

5.2.1 Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico.

Los orígenes históricos y tradicionales de la enfermería están profundamente influenciados por eventos religiosos y militares; el desarrollo tecnológico ofrece un mundo nuevo de posibilidades y desafíos a nuestra profesión. Sin embargo, la tecnología es sólo una herramienta y no un fin en sí mismo, la tecnología no puede ni debe ser usada para remplazar al cuidado humano. Este cuidado que enfermería define como una ciencia y un arte. Por esto es también vital enfatizar las ciencias humanas y del comportamiento, como también las artísticas, en el desarrollo profesional de enfermeras.⁹

Enfermería profesional es más que una lista de actividades efectuadas por enfermeras, la gran mayoría de las enfermeras que trabajan en hospitales no tienen un conocimiento de los conceptos fundamentales que guían el pensamiento teórico de enfermería (persona, entorno, enfermería y salud). Enfermería tiene un rol único dentro del sistema de salud, en los conceptos fundamentales del metaparadigma de enfermería o en un marco conceptual

⁹ GRINSPUN, Doris. Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico. UNAM. México 1992. p.21(1)

específico, tienen mayor facilidad en articular qué es enfermería. La forma en que conceptualizamos nuestro rol afecta nuestro comportamiento diario; en la práctica clínica tal vez aún no estemos practicando una "enfermería profesional" ya que nosotros somos ejecutores expertos de actividades "concretas" y seguidores activos de órdenes médicas, pero enfermería es mucho más que esto y es responsabilidad de todos y cada uno de nosotros demostrarlo.

Tratando de conceptualizar lo que es enfermería diferenciamos en general a la enfermería como una profesión orientada a cuidar en contraste con otras disciplinas de salud orientadas a curar. Cuidado ha sido descrito como la esencia de enfermería. Una imagen mental de un concepto abstracto requiere las características esenciales del concepto dado. Una imagen mental más completa de enfermería requiere clarificar lo que significa el cuidado de enfermería, de un modo más completo, profundo y explícito. El profundo conocimiento de la persona y su entorno, es la clave para formar un fuerte vínculo entre enfermera y paciente esencia real de la enfermería.

Enfermería.

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

Esta definición incorpora los cuatro conceptos del metaparadigma de Enfermería: persona, entorno, enfermería y salud. Analizando detalladamente los conceptos de esta definición decimos que:

- ☒ Enfermería es un arte porque requiere que la enfermera perciba el significado del momento para la persona que ella cuida, y pueda rápidamente entender y actuar.
- ☒ Enfermería es una ciencia porque incorpora el conocimiento ganado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir componentes del cuidado de enfermería.
- ☒ Enfermería es cuidado integrado porque incorpora la complejidad bio-psico-social del individuo y considera sus necesidades dentro del contexto de su mundo único.
- ☒ Enfermería es cuidado comprensivo porque valora y considera las diferentes experiencias que la persona está confrontando, con el fin de asistir a la persona a entender estas experiencias y ganar fuerzas para movilizarse hacia un estado de salud.

5.2.2 Metaparadigma de enfermería.

El metaparadigma de enfermería (persona, entorno, enfermera y salud) nos aporta la base fundamental de la enfermería, le provee a la enfermera un marco conceptual para entender su rol frente al paciente; el conocimiento que la enfermera desarrolla durante el proceso de formación y a través de su trayectoria profesional, le permite aplicar este marco conceptual y lograr una vinculación efectiva con el paciente.

Conceptos básicos del metaparadigma de enfermería.

- **Persona** es definida como uno o más seres humanos, pero representa un todo único y complejo definido por la interrelación e interacción entre aspectos biológicos, físicos, psicológicos, sociales, económicos y espirituales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- **Entorno** es definido como el mundo único de cada persona, incorpora al medio ambiente físico, socio-económico y sociológico en el cual la persona se desenvuelve
- **Enfermería** es visto como un proceso activo, se vincula con la persona en el contexto de su mundo único para lograr la salud
- **Salud** es definida como un estado de bienestar biológico, físico, psicológico y socio-económico así como espiritual. Estos aspectos de la salud forman una totalidad que constituye el bienestar general de una persona, familia o de una sociedad.

5.2.3 Aspectos filosóficos de la enfermería profesional.

La filosofía de las enfermeras respecto a la enfermería es de vital importancia para la práctica profesional ya que la enfermera debe comprender la definición, objetivos, importancia y elementos de la filosofía con el fin de elaborar en forma completa una filosofía personal de enfermería.

Definición de la filosofía.

La definición literal de la filosofía es "amor a la sabiduría", que se deriva de la combinación de los sustantivos griegos "philia", que significa amor, y "sophia" que quiere decir sabiduría. El Diccionario de la Real Academia Española define que la filosofía es la "ciencia que trata de la esencia, propiedades, causas y efectos de las cosas naturales". Teniendo en cuenta las definiciones de filosofía y la suposición de que los seres humanos tienen una inagotable sed de conocimientos, definimos la "filosofía de la enfermería" como los resultados intelectuales y afectivos de los esfuerzos profesionales que realizan las enfermeras para:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. Comprender las razones y relaciones fundamentales de los seres humanos y el medio ambiente.
2. Enfocar la enfermería como una disciplina científica
3. Elaborar un sistema personal de creencias sobre los seres humanos, medio ambiente, salud y enfermería como un proceso.

La creación de una filosofía de enfermería sirve para recordar a la profesión su sistema de creencias, guiarla en la obtención de metas éticas dentro de la educación, práctica e investigación de la enfermería y regir el desarrollo de la base teórica de la práctica de enfermería.¹⁰

Elementos de una filosofía de la enfermería.

Con objeto de crear una filosofía de la enfermería, la enfermera profesional debe mostrar interés en la naturaleza de los seres humanos y en la ciencia del ser; debe responder las siguientes preguntas que reflejan los elementos fundamentales de la enfermería:

1. ¿Qué es una sociedad, quiénes la componen y cuál es la naturaleza de la relación que existe entre sus componentes?.
2. ¿Cuál es su creencia fundamental sobre el individuo y su potencial?.
3. ¿Qué constituye el medio ambiente?.
4. ¿En qué forma interactúan sociedad, individuo y medio ambiente?.
5. ¿Cuál es su opinión sobre la salud, se trata de un proceso continuo, de un fenómeno unidireccional?.
6. ¿Cómo se relaciona la enfermedad con la salud?.
7. ¿Cuál es la razón fundamental de la existencia de la enfermería?.
8. ¿Quién es el beneficiario de la enfermería?.

¹⁰ LEDDY, Susan. Bases conceptuales de la enfermería profesional. P. 212-213.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Desde un punto de vista que refleja los elementos esenciales de la disciplina científica:

9. ¿Cuál es el proceso de la enfermería?.
10. ¿Cuál es la base cognoscitiva con la que opera la enfermera profesional?.
11. ¿Cómo se lleva a cabo el proceso de enfermería? ¿Qué es necesario en la aplicación del conocimiento?.
12. ¿Cómo se obtiene la base teórica de la enfermería?.
13. ¿Cuál es el marco teórico de la profesión?.
14. ¿Cuáles son los conceptos esenciales para la práctica de la enfermería profesional?.
15. ¿Cuáles son los fines y procesos de la investigación en enfermería?.

Desde una perspectiva por la ética y la estética:

16. ¿Cuáles son los derechos y responsabilidades más importantes de la enfermera profesional?.
17. ¿Cuáles son los derechos y responsabilidades esenciales de los usuarios de la enfermería?.
18. ¿Cuáles son los principios éticos que rigen la atención de enfermería y la conducción de investigaciones en enfermería?.
19. ¿Qué piensa sobre los requisitos académicos para el ejercicio de la profesión?.
20. ¿Qué piensa del proceso enseñanza-aprendizaje?.
21. ¿Qué piensa de las funciones esenciales para poner en práctica el proceso de enfermería?.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Aspectos de la filosofía que son esenciales para la práctica de la profesión de enfermería.

Los cinco aspectos esenciales que pueden relacionarse directamente con la enfermería se organizan en torno a la lógica, ontología, cosmología, psicología filosófica y ética o filosofía moral.

Lógica. Nos ayuda a comprender el procedimiento del razonamiento. La función o acto de razonar constituye el elemento crítico de la mente, que se considera como la fuente de capacidad que tienen los seres humanos para aprender. Tiene implícito ideas, juicios y proposiciones y el proceso de la razón. En consecuencia, lo lógico en enfermería debe satisfacer los siguientes criterios:

- ☐ Las ideas deben poseer una definición clara y una categorización correcta.
- ☐ Los juicios y proposiciones deben contar con el acuerdo entre sujetos y predicados.
- ☐ En el razonamiento, las conclusiones deben derivarse únicamente de premisas válidas.

Ontología. La palabra griega ontología significa "ciencia de ser", por lo tanto ontología es la parte de la metafísica que trata del ser como tal. Se identifican cuatro tipos de ser: *ser real*, *ser lógico*, *ser verdadero* y *ser potencial*. Las enfermeras tratan sobre todo con *seres* humanos, de todo tipo, aunque especialmente con el ser verdadero y el ser potencial. Todos los modelos conceptuales de la enfermería convienen en que uno de sus propósitos fundamentales consiste en ayudar a los seres humanos a alcanzar niveles más altos de salud, es decir, en potenciar la salud de los humanos.

Cosmología. Estudia los cuerpos como seres reales materiales con o sin vida. Aunque enfermería se ocupa fundamentalmente de los cuerpos vivos,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

debe interesarse por todos los seres materiales; sin importar el modelo conceptual que elijan. Al describir los seres materiales que hay en el mundo, ya sean vivos o inanimados, es preciso tener en cuenta las siguientes cualidades dinámicas: cantidad y actividad. "*Cantidad* es la propiedad de la sustancia material que hace que se extienda hasta determinados límites". Esta extensión se refiere en primer lugar a la sustancia corporal y, en segundo, al lugar que ocupa normalmente la sustancia material, por ejemplo los seres humanos tienen tamaño, movimiento y lugar, todas las características que pueden cuantificarse.

"*Actividad* significa que el cuerpo hace algo, funciona o no responde. Todos los teóricos de la enfermería aceptan la premisa de que los seres humanos son activos en forma constante e interactivos con el medio ambiente. La cosmología ayuda a las enfermeras a observar la naturaleza del medio ambiente y las relaciones que existen entre todos los cuerpos materiales.

Psicología filosófica. En términos filosóficos, puede pensarse en la vida tanto en la capacidad como en el hecho de ejercer una actividad. Rogers considera que el "hombre y el medio ambiente intercambian materia y energía en forma constante" y que esto es el proceso de la vida, que evoluciona "irreversible y unidireccionalmente a lo largo del tiempo y del espacio". Los filósofos ven la "vida" en tres formas diferentes: **vida biológica** en el cual un cuerpo esta constituido por células, se caracteriza por un proceso de nutrición y tiende a reproducirse. **Vida sensible**, en donde los seres humanos son los únicos que tienen la capacidad de sentir o de estar conscientes de su propia mortalidad. En la medida en que los individuos participan en el proceso de enfermería, necesitan prestar atención consciente a la influencia que ejercen sus propios sentimientos y conocimientos percibidos; por esto, la sensibilidad brinda a la enfermera información esencial y la sensación de satisfacción o insatisfacción. Como el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

proceso de enfermería es interpersonal, los sentimientos y pensamientos humanos son factores críticos determinantes en la eficacia de las relaciones entre enfermera y cliente. En consecuencia, la sensibilidad es característica de los humanos que respalda la absoluta necesidad de que sea la enfermera-persona quien brinde atención de enfermería y no la enfermera-máquina.

Vida intelectual. La creciente capacidad de percibir relaciones entre los acontecimientos y formular hipótesis sobre nuevas relaciones marca la evolución del hombre a través del tiempo. La elaboración de conceptos - ordenamiento del pensamiento-es fundamental para la acción organizada. La inteligencia concede a los seres humanos la habilidad de hacer frente a cualquier situación, especialmente a actitudes nuevas, con éxito, mediante la adaptación de su comportamiento. Por lo tanto, decimos que la vida es un estado de existencia de los seres humanos caracterizado por condiciones biológicas, de sensibilidad e intelectuales, ninguna de las cuales puede separarse de las demás, ya que la persona responde como una unidad. En consecuencia, la enfermera profesional debe ser capaz de considerar al cliente como una unidad que piensa, conoce y siente.

Ética-filosofía moral. El problema de la ética es la duda de *lo correcto, lo incorrecto y el deber*; es el problema de la moralidad en los seres humanos cuando toman decisiones y llevan a cabo las tareas que les corresponden. Curtin considera que la enfermería es un arte moral y afirma que "El propósito final de la enfermería es el bienestar de otros seres humanos. Este fin no es científico sino, por el contrario, moral, es decir, incluye la búsqueda del bien y la relación que tenemos con otros seres humanos. La acción constituye la clave del proceso de enfermería, el hecho de que la enfermera y el usuario compartan la acción en el proceso de enfermería la convierte en un arte moral, es decir, una cuestión de ética. Existen tres aspectos

fundamentales a considerar en todo acto humano: conocimiento, libertad y capacidad de elección. Los principios generalmente aceptados son:

- En la medida en que uno es capaz de comprender, es responsable de sus actos.
- En la medida en que uno es libre, posee derechos y privilegios al mismo tiempo que responsabilidades. En el proceso de enfermería, la enfermera profesional debe conceptualizar la libertad para comprender y ejercer los derechos de usuario y enfermera, las responsabilidades y capacidades de los usuarios, las obligaciones y deberes de la enfermera, el compromiso que tiene cada uno ante sí mismo, ante el otro y frente al equipo de salud, y el establecimiento de la autoridad sobre diversas acciones planificadas, implementadas y evaluadas dentro de la relación.
- En ocasiones el usuario necesita y debe tener capacidad total de elección para tomar decisiones; así mismo hay circunstancias en que la enfermera debe tener más alternativas al asumir resoluciones. Como la enfermera posee conocimientos especializados, debe desempeñar un papel importante en los acuerdos, sin embargo, debido a que el usuario tiene control sobre sí mismo y solicita ayuda profesional, también tiene una gran responsabilidad al tomar decisiones.

Normas, derechos y responsabilidades sociales. Una norma social aceptada es que los derechos humanos de libertad, respeto e integridad son esenciales para el pleno desarrollo de los seres humanos. Si los hombres poseen algún derecho natural, es el ser reconocidos y respetados como seres humanos. Un gran número de enfermeras se han referido a las responsabilidades éticas inherentes a las tareas especiales que lleva a cabo la enfermera profesional para satisfacer las necesidades de salud de los seres humanos. Deben como defensoras de los seres humanos, ayudar a los

pacientes a encontrar un significado o un propósito a su vida o a su muerte. Carper estima que la responsabilidad primaria de la enfermera profesional es realizar el proceso de atención dentro de la relación terapéutica y afirma que la atención plantea cuatro problemas éticos:

1. Naturaleza de la relación que existe entre la persona que brinda atención de salud y el paciente.
2. Consentimiento fundado.
3. Determinación de la calidad de vida.
4. Definición de la participación ética al tomar decisiones.

Al manejar cada uno de estos temas éticos, la responsabilidad primaria de la enfermera profesional que brinda atención al usuario es respetar siempre al ser humano como un ser unificado, es decir, como una unidad o un todo.

5.3 Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson

Teorías y modelos de enfermería.

El desarrollo de la teoría es considerado por muchas enfermeras como una de las labores más cruciales a las que se enfrenta la profesión hoy en día. Históricamente los conocimientos utilizados por las enfermeras se derivaban de las ciencias físicas y de las ciencias de la conducta. Debido a que es una profesión que está emergiendo, la enfermería está profundamente vinculada en la identificación de su base única de conocimiento o la también llamada ciencia de la enfermería. Para la identificación de la base del conocimiento se requiere el desarrollo y el reconocimiento de los conceptos y teorías específicas de la enfermería.¹¹

¹¹ KOZIER. Marco conceptual y Teorías de enfermería. P.45

La teoría del desarrollo tuvo su momento en los años 60 y ha progresado marcadamente desde entonces. Las teorías de enfermería tienen varios propósitos esenciales:

- Genera conocimientos que facilitan mejorar la práctica.
- Organiza la información en sistemas lógicos.
- Descubre agujeros de conocimiento en el campo específico del estudio.
- Descubre el fundamento para la recogida de datos fiable y veraz sobre el estado de salud de los clientes, los cuales son esenciales para que la decisión y su cumplimiento sean efectivas.
- Aporta una medida para evaluar la efectividad de los cuidados de enfermería.
- Desarrolla una manera organizada de estudiar la enfermería.
- Guía la investigación de la enfermería para ampliar los conocimientos.

Un modelo marca la pauta de lo que debe hacerse. Un esbozo abstracto o un boceto estructural de algo real, o una aproximación o simplificación de la realidad. El modelo marca los elementos de una disciplina. Los de enfermería incluye solamente aquellos conceptos que el diseñador considera relevantes y que ayudan a su interpretación.

Virginia Henderson.

Virginia Henderson nació en 1879, siendo la quinta de 8 hermanos. Aunque oriunda de Kansas City, Missouri, Henderson pasó su infancia y adolescencia en Virginia, ya que su padre era abogado en Washington, D.C. durante la Primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la enfermería, y en 1918 ingresó a la Army School of Nursing de Washington D.C.. Henderson

se gradúa en 1921, acepta un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inicia su actividad como profesora de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia.¹² Henderson tiene en su haber una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia en el Teacher's College, rescribió la cuarta edición de la obra de Berta Harmer, *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, la quinta edición, publicada en 1955, contenía la definición de Henderson sobre la enfermería.

Henderson define la enfermería en términos funcionales:

"La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".

Salud. Henderson considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Dice: "es la calidad de la salud más que la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en su vida".

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

Persona (paciente). Henderson considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. Considera al paciente y su familia como una unidad.

¹² MARRINEY, Ann Tomcay. Modelos y teorías en Enfermería. 3ª edición, Ed. Mosby. España, 1994 p.102-111

Necesidades. Henderson identifica 14 necesidades básicas del paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de la enfermería.¹³ Dichas necesidades son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse y mantener la posición deseada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir las prendas de vestir –vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

El modelo de Virginia Henderson destaca la importancia que tiene la satisfacción de determinadas necesidades vitales. En esta concepción se tiene una visión clara de los cuidados de enfermería. El **individuo, sano o enfermo, es considerado como un todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales**, que debe satisfacer. La finalidad de

¹³ Ibidem. Pág.105.

los cuidados consiste en **conservar o restablecer la independencia del cliente en la satisfacción de sus necesidades**. El rol de enfermería consiste en ayudar al cliente a recuperar o a mantener su independencia, supliéndole en aquello que el no puede realizar por sí mismo para responder a sus necesidades. Su rol por lo tanto, **es el de suplencia**.¹⁴

Postulados.

- 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 está "completo", "entero", "independiente".

Valores.

- 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 pueda prestar.

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

¹⁴ El proceso de enfermería. Antología. SUA-ENEO-UNAM, Pág. 56

adecuados que él mismo (o que otros hacen por él de forma normal según su fase de crecimiento y desarrollo) 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. Esta dependencia se manifiesta en el niño cuando no puede mantener el grado de autonomía que habitualmente corresponde a su nivel de crecimiento y desarrollo.¹⁵

Manifestación de dependencia.

Cuando una necesidad fundamental se encuentra insatisfecha a consecuencia de la aparición de alguna fuente de dificultad, surge una o varias manifestaciones de dependencia. Constituyen signos observables de la incapacidad del sujeto para *responder por sí mismo* a esta necesidad. Son en sí mismas una demostración de la existencia de una debilidad o carencia a este nivel. Por ejemplo, la falta de habilidad del cliente para moverse o la incapacidad para comunicarse se producen también manifestaciones de dependencia que pueden adoptar la forma de aislamiento social.

Continuum independencia-dependencia.

La noción de satisfacción a un nivel aceptable es muy importante en este punto. Significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena. Sin embargo, puede darse un cierto grado de insatisfacción, sin que suponga necesariamente la dependencia del sujeto. La dependencia se instala en el momento en que el cliente debe recurrir a otro para que le asista, le enseñe

¹⁵ PHANEUF, Margot. Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención Enfermería. Edit. McGraw-Hill. Madrid. 1993. pp. 17-48

lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo. Por tanto es importante evaluar la capacidad del cliente para satisfacer por sí mismo sus necesidades. De esta manera se puede evitar, en la medida de lo posible, la aparición de la dependencia, frenar su progresión y hacer que disminuya.

Con el fin de facilitar esta evolución, se puede dividir en seis niveles el continuum entre la independencia y la dependencia de una persona adulta.

1. 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.
2. Es independiente si utiliza –sin ayuda, y de forma adecuada- un aparato, dispositivo de apoyo o prótesis (bastón, muletas, bolsa de ostomía, miembro artificial, prótesis dental, ocular o auditiva, etc.) y, de este modo, lograr satisfacer sus necesidades.
3. Empieza a ser dependiente, si debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bien; si debe ser ayudado, aunque sea un poco.
4. 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.
5. 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.
6. 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.

Fuentes de dificultad.

Se define como cualquier impedimento mayor en la satisfacción de una o 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 conocimiento.

Constituyen fuerzas negativas que impiden al cliente adoptar comportamientos o realizar acciones apropiadas, que le permitan satisfacer por sí mismo sus necesidades. Esta incapacidad genera en él manifestaciones de dependencia, es decir, signos y síntomas observables que indican que una o varias necesidades permanecen insatisfechas.

5.4 Edad adulta mediana

Desarrollo físico en la mediana edad.

Al alcanzar la mediana edad se vuelven más evidentes los signos del envejecimiento que los del desarrollo. En la mayor parte de los principales sistemas del cuerpo se produce una declinación sutil, pero no obstante progresiva.¹⁶

¹⁶ MYERS, Judith, BEARE, Patricia. Enfermería, principios y práctica. Tr. Boxaca Martha y otros. Ed. Interamericana España, 1993. Tomo I – IV. Pp. 28 a 30.

En la quinta década, el cristalino pierde elasticidad en forma gradual. Esto ocasiona una pérdida de la capacidad para enfocar objetos próximos con claridad (presbiopia), disminuye la visión cercana. El engrosamiento del cristalino también ocasiona una disminución de la agudeza visual, un aumento del tiempo de adaptación a la oscuridad y una disminución de la visión periférica. En la mayoría de los adultos de mediana edad comienza a producirse una acumulación de grasa en la parte inferior del abdomen y las caderas, con un aumento de peso de cinco a diez kilogramos. La piel que cubre los músculos y huesos se afloja, y las arrugas se vuelven más pronunciadas. En muchos adultos, la popularidad del "saludable aspecto tostado" acelera los cambios en la piel, que se vuelve más seca y delgada, se regenera en forma más lenta y presenta mayor susceptibilidad para el cáncer.

El pelo puede comenzar a crecer en forma más lenta y volverse más fino debido a la disminución del diámetro de los folículos pilosos. Al perderse la pigmentación del pelo, se observa la calvicie. Los adultos de mediana edad no tienen problemas para discriminar entre sabores dulces, agrios, salados y amargos; pero pueden perder cierta capacidad para detectar diferencias gustativas más sutiles. El sentido del tacto comienza a declinar alrededor de los 45 años, y la sensibilidad del dolor, alrededor de los 50. también disminuye la tolerancia al dolor, de modo que los adultos de mayor edad lo pueden percibir de forma más aguda.

Con la edad también cambian los sistemas cardiovascular y respiratorio. Disminuye la contractilidad cardiaca, con lo que disminuye el índice cardiaco. La función cardiaca disminuye un 15 a un 20% entre los 30 y los 49 años. La enfermedad coronaria es la afección clínica crónica más común en los

hombres, durante la cuarta y quinta década. La causa más común es la aterosclerosis. Las arterias pierden elasticidad y puede desarrollarse hipertensión. En la cuarta y quinta década puede disminuir también la función respiratoria. Los pulmones y los bronquios pierden elasticidad por lo que disminuye la capacidad pulmonar máxima; después del ejercicio se prolonga el retorno a la normalidad de las frecuencias respiratoria y cardíaca.

Los movimientos intestinales pueden cambiar en la edad adulta. Los movimientos intestinales pueden volverse menos frecuentes debido a la disminución de la motilidad gastrointestinal y a la inactividad física. En relación con los años previos, no sufren cambios las necesidades sexuales, aunque la función sexual sí lo hace. La libido varía mucho en ambos sexos. El varón demora más en obtener la erección y el orgasmo se sobreviene con mayor demora también. La eyaculación se retarda y es más débil. Las mujeres pueden alcanzar el orgasmo en forma regular, pero con menos vigor. En las mujeres el interés y el deseo sexual a menudo aumentan después de los 35 años. Mientras en los hombres el deseo permanece estable o sufre una cierta disminución. En la mediana edad, la mujer experimenta el climaterio, o menopausia. Alrededor de los 45 a 50 años cesa la menstruación. Esta disminución de la función ovárica se acompaña a menudo de síntomas de disminución de la producción de estrógenos. Las "oleadas de calor" ocurren en la mayoría de las mujeres. Otros síntomas consecutivos a la disminución de la producción de hormonas comprenden cefaleas, palpitaciones y entumecimiento, hormigueo o enfriamiento de las extremidades.

Desarrollo psicosocial en la mediana edad.

Erikson identificó la realización de la edad adulta mediana como el logro de la generatividad en contraste con el ensimismamiento y el estancamiento. La generatividad comprende el deseo de proporcionar a los demás en la misma medida en que se ha recibido. Esto implica algo más que procrear y criar niños. Los adultos maduros dotados de generatividad contribuyen con las futuras generaciones mediante conductas nutricias, como la enseñanza y la atención de los niños o de otros adultos. A la inversa, el estancamiento implica la falta de productividad. El estancamiento se observa a menudo en individuos que tienen escasa autoestima y gran preocupación por sí mismos. Al no haber podido lograr la generatividad, estos adultos se sienten inseguros en las relaciones interpersonales y en lo tocante a los cambios corporales asociados con la edad. Temen a la vejez y pueden sufrir una regresión a la conducta adolescente o juvenil. Los primeros años de la quinta década constituye un tiempo de evaluación de la propia estructura vital. El adulto de mediana edad confronta sus logros personales con sus metas y valores.

Desarrollo cognitivo en la mediana edad.

Según estudios recientes, el desarrollo intelectual culmina en la mediana edad. La inteligencia es estable y superior a la del adulto joven. La sociedad moderna plantea mayores exigencias que implican para los individuos la necesidad de desempeñarse en un mayor nivel intelectual. Hay estudios que han demostrado que después de los 40 años existe una mayor cautela, como consecuencia de una supremacía más pasiva del ambiente, que puede parecer más amenazante. Los adultos dejan de verse invencibles a sí mismos, y eligen las batallas que desean librar.

VI DESARROLLO DEL PROCESO

6.1 Presentación del caso clínico.

Se trata de una mujer adulta de 52 años de edad, casada, con dos hijos, originaria del estado de Puebla; comerciante quien estudió hasta el tercer grado de primaria. Como antecedentes de importancia padece hipertensión arterial sistólica desde hace cuatro años de evolución controlada con medicamentos. Se retoma el caso realizándose visitas domiciliarias tres veces por semana dedicando dos horas en cada una, los primeros dos meses, posteriormente dos veces por semana. Se implementó un instrumento de valoración para la recolección de datos encontrándose los siguientes datos:

- * **Necesidad de oxigenación:** Disnea, palidez tegumentaria, insuficiencia venosa periférica, venas varicosas e intolerancia a la actividad física, fatiga.
- * **Necesidad de nutrición e hidratación:** Consumo excesivo de carbohidratos y azúcares, pirosis, dolor abdominal tipo cólico, problemas para masticar, baja ingesta de líquidos y obesidad mórbida.
- * **Necesidad de eliminación:** Estreñimiento, consumo de fibra artificial y hernia umbilical.
- * **Necesidad de moverse y mantener buena postura:** Capacidad física agotadora, postura encorvada, sedentarismo, dolor crónico en piernas y rodillas, uso de bastón para la deambular, marcha claudicante. Deformidad de dedos de las manos, dolor a la movilización de brazo derecho, sentimientos de desesperación.

Se prosiguió a la construcción de un plan de atención en el cual se ejecutó enfocado a las necesidades detectadas en base al grado de dependencia y a

la fuente de dificultad, así como priorización de éstas; haciendo énfasis en la promoción y fomento a la salud, así como medidas específicas para disminuir el dolor, ejercicios respiratorios y rehabilitación.

Al realizar la evaluación de los cuidados se obtuvo cooperación por parte del cliente, facilitando con esto en gran medida su atención, disminución importante del dolor de miembros pélvicos así como una oxigenación adecuada. Se tendrá que hacer una reevaluación y modificación en el seguimiento de una disciplina más flexible y cómoda para el cliente para aumentar la ingesta de líquidos.

6.2 Valoración de las 14 Necesidades.

Ficha de identificación.

Nombre: Estela Huerta Pineda Edad: 52 años Peso: 100 kg. Talla: 1.55 cm.
 Fecha de nacimiento: 10 mayo 1951 Sexo: Femenino Ocupación:
Comerciante Escolaridad: 3º de primaria Fecha de admisión: 16 marzo
2003 Procedencia: Estado de Puebla Fuente de información: Directa
 Fiabilidad: (1-4): 4 Miembro de la familia / persona significativa: Sus dos hijos
y su Esposo

Valoración de las necesidades humanas.

1) Oxigenación.

Subjetivo:

Díscnea debido a: Actividad Física Tos productiva seca: No Dolor asociado
 con la respiración: No Fumador: No Desde cuando fuma: Nunca Cuantos
 cigarros al día: Ninguno Varía la cantidad según su estado emocional: No
fuma.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: T/A: 130/80 mmHg FR: 20 por
minuto con adecuada entrada y salida de aire, no se observa retracción
de espacios intercostales. FC: 70 bpm, ruidos cardiacos normales con pulso
apical aproximadamente en 5º espacio intercostal izquierdo. PULSO: 72
por minuto, ritmo regular y normal TEMP: 36º C oral Tos productiva /

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

seca: No Estado de conciencia: Orientada en tiempo, lugar y persona.
 Coloración de piel: Pálida Lechos ungueales: Pálidos Peribucal: Pálidos
 Circulación del retorno venoso Llenado capilar de 2 segundos Antecedentes
 cardiorrespiratorios: Hipertensión de 4 años de evolución controlada,
venas varicosas Entorno: Cuenta con adecuada ventilación e iluminación,
sin presencia de humos o vapores tóxicos. Otros: Refiere necesidad de
suspirar para alcanzar una adecuada respiración, madre finada por
enfermedad vascular cerebral; presenta intolerancia a la actividad que
manifiesta con fatiga (al caminar demasiado tiempo en forma continua,
más de 15 minutos). Amígdalas con eritema. Nariz simétrica, central
 mucosa limpia sin secreción, ni lesiones.

GRADO DE DEPENDENCIA: TOTALMENTE DEPENDIENTE.

2) Nutrición e hidratación.

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): Consiste en 2 platos de frijoles al día, 3 a 4 tortillas, 2
piezas de pan dulce, carnes rojas cada 3 días y 2 a 3 tazas de café al día.
Un refresco diario. Número de comidas diarias: 2 comidas al día.
 Trastornos digestivos: Sufre de pirosis y dolor abdominal tipo cólico.
 Intolerancia alimentaria / alergias: A la leche, huevo crudo y la sardina.
 Problemas de la masticación y deglución: Problemas para masticar por
pérdida de piezas dentarias. Imagen corporal: Obesa. Patrón de ejercicio:
No realiza ejercicio.

Objetivo:

Turgencia de la piel: Disminuida. Membranas mucosas hidratadas / secas:
Húmedas. Características de uñas / cabello: Uñas cortas de forma

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

irregular; cabello largo negro canoso limpio bien implantado.
 Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Se encuentra conservada de acuerdo a edad y sexo; reflejos osteotendinosos normales, fuerza y tono muscular disminuida. Aspecto de los dientes y encías: Los dientes se observan limpios, de color marfil, con presencia de corona fija en incisivos superiores, encías de color rosa pálido sin lesiones. Falta de piezas dentarias molares. Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Se observan lesiones en paredes laterales de los carrillos, tipo úlcera en proceso de cicatrización. Grupo de alimentos: En su mayoría consume carbohidratos, grasas y azúcares. Lugar donde come /con quien : Come en su domicilio, en compañía de su familia. Preferencias: Sus alimentos que más le agradan son los frijoles de olla, tortillas, café, pan y refresco. Entorno: Su hogar se encuentra limpio, el lugar donde cocina cuenta con adecuada ventilación, libre de polvos y de fauna nociva. Otros: Habitualmente consume bicarbonato para contrarrestar la pirosis y los cólicos abdominales. No consume agua.

GRADO DE DEPENDENCIA: TOTALMENTE DEPENDIENTE.

3) Eliminación.

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Micción 3 a 4 veces al día, de color amarillo intenso, de olor sui generis. Evacua 2 veces al día, heces color café no fétidas duras y secas, padece estreñimiento. Refiere última menstruación a los 50 años. Historia de hemorragias /enfermedades renales, otros: Negados.
 Uso de laxantes: No Hemorroides: Negados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dolor al defecar /menstruar /orinar: Negados. Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: No influyen en sus hábitos intestinales. El área de trabajo influye: No porque es su hogar:

Objetivo:

Abdomen /características: Abdomen blando, depresible, globoso a expensas de tejido adiposo, sin lesiones con presencia de hernia umbilical no dolorosa a la palpación de 15 años de evolución no tratada. Ruidos intestinales: Presentes, normales y regulares. Palpación de la vejiga urinaria: No se palpa. Otros: Al percutir abdomen se percibe sonidos timpánicos en cavidad gástrica y de matidez en región hepática. Se realiza prueba de Giordano negativa. Genitales no valorados.

GRADO DE DEPENDENCIA: PARCIALMENTE DEPENDIENTE.

4) Termorregulación.

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura (alternativas): Se adapta adecuadamente a los cambios de temperatura, utiliza ropa o aparatos electrodomésticos (ventilador) para lograr su bienestar. Ejercicio /tipo y frecuencia: No realiza ninguna actividad física. Temperatura ambiental que le es agradable: Templado.

Objetivo:

Características de la piel: Piel seca y pálida, al tacto se percibe caliente. Transpiración: No transpira. Condiciones del entorno físico: Su hogar cuenta con adecuada ventilación e iluminación. Otros: Viste ropa ligera acorde a su edad y sexo.

GRADO DE DEPENDENCIA: INDEPENDIENTE.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5) Moverse y mantener buena postura.

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana, postura: Capacidad física agotadora, dedica tiempo completo al comercio, su postura es un poco encorvada.

Actividades en el tiempo libre: No realiza actividad física, se sienta a ver programas de televisión. Hábitos de descanso: Por las tardes se recuesta aproximadamente 30 minutos. Hábitos de trabajo: La mayor parte del tiempo se la pasa de pie y caminando.

Objetivo:

Estado del sistema musculoesquelético /fuerza: Arcos de movimientos conservados, deformidad de dedos de las manos y encorvamientos de miembros pélvicos. Cambios degenerativos de acuerdo a su edad.

Capacidad muscular tono /resistencia / Flexibilidad: Fuerza muscular disminuida, tono muscular flácido y flexibilidad disminuida. Posturas: Adopta una postura encorvada. Ayuda para la deambulación: Hace uso de un bastón. Dolor con el movimiento: Refiere dolor en la articulación del hombro derecho a la extensión; Dolor en ambas rodillas de forma crónica, se palpa en ambas rodillas cepillaje positivo y crepitación a la extensión y flexión. Presencia de temblores: No. Estado emocional: Se encuentra alerta y de buen humor, aunque en ocasiones refiere desesperación por no poderse mover con habilidad y por el dolor de sus rodillas. Otros: Se observa disminución en la habilidad para incorporarse y una marcha claudicante. No realiza actividad física.

GRADO DE DEPENDENCIA: TOTALMENTE DEPENDIENTE.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6) Descanso y sueño.

Subjetivo:

Horario de descanso: Por las tardes Horario de sueño: De las 23:00 horas a las 06:30 horas Horas de descanso: 30 minutos Horas de sueño: Siete horas Siesta: No Ayudas: No ¿Padece insomnio?: No A que considera que se deba: ----- ¿Se siente descansado al levantarse?: Si Lugar donde duerme: En cama con colchón suave Medidas alternativas: En ocasiones enciende el televisor Entorno: Es tranquilo, ideal para dormir

Objetivo:

Estado mental: ansiedad /estrés /lenguaje: Se encuentra alerta, en apariencia tranquila y su lenguaje es lógico y racional Ojeras: Si, desde niña Atención: Adecuada Bostezos: No durante la entrevista Concentración: Adecuada Apatía: No se aprecia Cefaleas: No Respuesta a estímulos: Adecuada a estímulos dolorosos y verbales Otros: Habitualmente duerme en decúbito dorsal y lateral izquierdo

GRADO DE DEPENDENCIA: INDEPENDIENTE.

7) Uso de prendas de vestir adecuadas.

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?: No, siempre ha vestido de la misma forma, vestido y delantal ¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?: No ¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?: No ¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?: No, ella elige sola su vestimenta Entorno: Limpio y ordenado

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Objetivo.

Viste de acuerdo a su edad: Sí Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Se encuentra conservada y normal. Vestido incompleto: No Sucio: No Inadecuado: No Filiación de objetos: Ninguno.

GRADO DE DEPENDENCIA: INDEPENDIENTE.

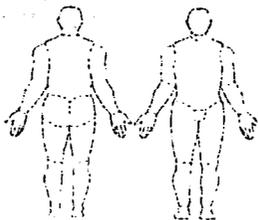
8) Necesidad de higiene y protección de la piel.Subjetivo:

Frecuencia de aseo: Baño diario Momento preferido para el baño: Por las mañanas o al medio día. Cuantas veces se lava los dientes al día: Dos veces por la mañana y la noche. Uso de hilo dental: No. Aseo de manos antes y después de comer: Sí Antes y después de eliminar: Sí Otras alternativas de aseo: Desconoce.

Objetivo:

Aspecto general: Limpio, ordenado acorde a su edad y sexo. Olor corporal: Limpio y agradable. Halitosis: No Estado del cuero cabelludo: Limpio sin lesiones, no se palpan hundimientos ni exostosis. Coloración blanca íntegro. Lesiones dérmicas, que tipo: En miembro superior derecho se observa a nivel del antebrazo cicatriz de zona donadora de injerto, quemaduras de primer grado provocadas por aceite caliente al estar cocinando y en miembro pélvico derecho cicatriz de zona receptora de injerto por úlcera varicosa. Área de trabajo: Se encuentra limpio y ordenado Otros: Cara redonda, piel pálida con presencia de hiperpigmentación en pómulos. Cejas bien implantadas pestañas pequeñas y escasas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



GRADO DE DEPENDENCIA: INDEPENDIENTE.

9) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Que miembros componen su familia de pertenencia: Su esposo, sus dos hijos y su nieto. Vive con ella un sobrino. Como reacciona ante una situación de urgencia: Cuando se presenta un estado de urgencia llama a su médico familiar y se traslada a un sitio seguro que es el patio. Conoce las medidas de prevención de accidentes: Si las conoce y las lleva a cabo. En el hogar: Cierra las llaves del gas, no conecta más de dos aparatos eléctricos en un mismo enchufe, utiliza zapatos antiderrapantes, procura tener limpio su hogar y el patio principalmente por ser el lugar que más transita. Evita que su nieto de 8 años se meta a la cocina sin supervisión. En el trabajo: Evita objetos que obstruyan la salida o el paso, cuenta con adecuada iluminación y tiene a la mano los teléfonos de emergencia. Realiza controles periódicos de salud recomendados: Si se realiza un chequeo médico cada 2 meses. Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Dedica más tiempo al trabajo. Conoce medidas preventivas en la vía pública: Si, nunca se estaciona en doble fila, respeta las señales de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tránsito no sale con prendas de vestir llamativas o con alhajas. Viaja con el cinturón de seguridad.

Objetivo:

Deformidades congénitas: Ninguna. Condiciones del ambiente de su hogar:

Adecuadas. Trabajo: Tiene cuidado de donde pisa, y evita los lugares concurridos. Entorno: Es peligroso por su estado de salud, ya que existen muchos obstáculos y artículos de gran volumen. Ella está consciente de ello y evita el estar en lugares concurridos o con demasiado desorden.

GRADO DE DEPENDENCIA: INDEPENDIENTE.

10) Necesidad de comunicarse.

Subjetivo:

Estado civil: Casada. Años de relación: 36 años. Vive con: Su esposo y su hijo menor de 20 años de edad y convive estrechamente con su nieto de 8 años de edad y su hijo mayor. Actualmente vive con ella un sobrino.

Preocupaciones /estrés: Le preocupa mucho la salud de sus hijos y la cuestión económica de su hogar y su negocio. Familiares: Principalmente la salud y el dinero.

Otras personas que puedan ayudar: Su hijo menor ya que es licenciado en leyes. Rol en la estructura familiar: Es el pilar de la familia, es quien controla los gastos del hogar y el negocio.

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad / estado: Solamente con sus médicos.

Actualmente se encuentra estable. Cuanto tiempo pasa sola: En realidad siempre se encuentra acompañada por su familia.

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: Lleva una relación amistosa con sus compañeros de trabajo, la aprecian mucho. Estado de ánimo habitual:

Alégre.



Objetivo:

Habla claro: Si. Confuso: No. Dificultad de la visión: Presenta astigmatismo. Audición: Sin problema aparente. Comunicación verbal /no verbal con la familia con otras personas significativas: Si tiene comunicación de forma continua con su familia y amigos íntimos, lleva una buena relación con los que la rodean. Otros: Se encuentra orientada en las tres esferas, tiene la capacidad de llevar una conversación de forma coherente y participativa, escucha con interés y presta atención a las instrucciones que recibe. No lleva una vida sexual activa pero no interfiere en su bienestar.

GRADO DE DEPENDENCIA: INDEPENDIENTE.

11) Necesidad de vivir según sus creencias y valores.Subjetivo:

Creencia religiosa: Católica. Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No. Principales valores en su familia: Le ha inculcado a su familia el valor de la honestidad, la verdad y el trabajo así como el respeto a los demás. Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: Si realiza lo que profesa.

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religiosos): No tiene alguno en especial, viste de acuerdo a su satisfacción personal. Permite el contacto físico: Si. Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: No. Otros: Es devota de la Virgen de Guadalupe y visita cada año al Señor de Chalima.

GRADO DE DEPENDENCIA: INDEPENDIENTE.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12) Necesidad de trabajar y realizarse.

Subjetivo:

Trabaja actualmente: Si. Tipo de trabajo: Comerciante en una tienda de abarrotes y cremería de su propiedad. Riesgos: Existe el riesgo de sufrir caídas por su problema de salud, de asaltos en la vía pública por la mercancía que transporta y de accidente automovilísticos. Cuanto tiempo dedica al trabajo: Aproximadamente unas diez horas al día. Está satisfecho con su trabajo: Totalmente satisfecha. Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y / o las de su familia: Si. Está satisfecho con el rol familiar que juega: Si, no le genera conflictos personales.

Objetivo:

Estado emocional /calmado /ansioso /enfadado /retraído /temeroso /irritable /inquieto /eufórico: Su estado emocional es calmado pero requiere de estar siempre realizando alguna actividad.

GRADO DE DEPENDENCIA: INDEPENDIENTE.

13) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Acudé a ver corridas de toros. Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad: No. Existen recursos en su comunidad para la recreación: Si, pero no hace uso de ellos, ya que son para jóvenes (campo de fútbol). Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: Nunca.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: Se encuentra conservado de acuerdo a edad y sexo. Rechaza las actividades recreativas: No está acostumbrada, prefiere trabajar o descansar. Su estado de ánimo es apático /aburrido /participativo: Participativo.

GRADO DE DEPENDENCIA: INDEPENDIENTE.

14) Necesidad de aprendizaje.**Subjetivo:**

Nivel de educación: Estudió hasta tercer grado de primaria. Problemas de aprendizaje: No. Limitaciones cognitivas: No. Preferencias: leer /escribir: le gusta más escribir. Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: No existen. Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud: Si.

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: Se encuentra conservado de acuerdo a su edad. Órganos de los sentidos: Normales y conservados. Estado emocional /ansiedad /dolor: Su estado emocional es calmado. Memoria reciente: Conservada y normal para su edad. Memoria remota: Normal y conservada de acuerdo a su edad, no presenta dificultad para recordar hechos que ocurrieron hace más de 20 años.

GRADO DE DEPENDENCIA: INDEPENDIENTE.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.3 Conclusión diagnóstica de Enfermería.

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DATOS	FUENTE DE DIFICULTAD	PRIORIDAD
Oxigenación.	Totalmente dependiente.	<ul style="list-style-type: none"> *Disnea. *Palidez tegumentaria. *Insuficiencia venosa. *Venas varicosas. *Intolerancia a la actividad, fatiga. 	Fuerza / Conocimiento	2
Nutrición e Hidratación	Totalmente dependiente.	<ul style="list-style-type: none"> *Consumo de carbohidratos y azúcares en exceso. *Pirosis. *Dolor abdominal tipo cólico. *Problemas para masticar. *No consume agua. *Obesidad mórbida. 	Conocimiento / Voluntad	3
Eliminación	Parcialmente dependiente.	<ul style="list-style-type: none"> *Estreñimiento. *Consumo de fibra artificial. *Hernia umbilical. 	Voluntad	4

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DATOS	FUENTE DE DIFICULTAD	PRIORIDAD
Moverse y mantener buena postura	Totalmente dependiente.	<ul style="list-style-type: none"> *Capacidad física agotadora. *Postura encorvada. *No realiza actividad física. *Dolor crónico en piernas y rodillas. *Uso de bastón para deambular. *Marcha claudicante. *Deformidad de dedos de la mano. *Dolor a la movilización de brazo derecho. *Desesperación por no poderse mover. 	Fuerza / Voluntad	1

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

6.4. Diagnósticos de enfermería.

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO
<p>Moverse y Mantener buena postura.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dolor crónico de miembros pélvicos relacionado con incapacidad física manifestado por movimientos cautelosos. 2) Alteración de la movilidad física relacionada con afección musculoesquelética de miembros pélvicos manifestada por postura encorvada / uso de bastón/ marcha claudicante. 3) Intolerancia a la actividad física relacionada con afección motora manifestada por fatiga / disnea. 4) Desesperación relacionado con restricción de la actividad física manifestado por oraciones orales / dolor. 5) Alto riesgo de síndrome de desuso relacionado con dolor crónico en piernas y rodillas. 6) Alto riesgo de traumatismo relacionado con afección musculoesquelética de miembros pélvicos..

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO
Oxigenación.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Alteración del patrón respiratorio relacionado con sobrepeso, manifestado por disnea al caminar. 2) Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica, relacionada con insuficiencia venosa.
Nutrición e Hidratación.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Alteración de la nutrición por exceso, relacionado con ingesta excesiva de carbohidratos y azúcares manifestado por sobrepeso. 2) Déficit de volumen de líquidos relacionado con ingesta de líquidos inferiores al requerimiento corporal, manifestado por piel seca / estreñimiento. 3) Trastorno de la imagen corporal relacionado con aumento de peso manifestado con oraciones verbales. 4) Posible alteración de la integridad cutánea relacionada con sobrepeso.

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO
Eliminación.	<ol style="list-style-type: none">1) Estreñimiento relacionado con ingesta de líquidos insuficientes manifestado por dolor abdominal / heces secas y duras.2) Alteración de la digestión relacionada con alta ingesta de irritantes y medicamentos, manifestado por pirosis / dolor abdominal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.5 Plan de Atención.

NECESIDAD: Moverse y mantener buena postura.

Diagnóstico I: *Dolor crónico de miembros pélvicos relacionado con incapacidad física manifestado por movimientos cautelosos.*

Objetivo: La señora Estela disminuirá su dolor a través de la aplicación de calor local y masaje superficial y profundo dos veces al día.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO.
<p>Aplicar calor local a través de compresas calientes en serie de tres durante 10 minutos en ambas rodillas.</p>	<p>*El calor aplicado al exterior del cuerpo suscita aumento de la temperatura de los tejidos, vasodilatación y mayor circulación. Al aumentar la temperatura tisular se eleva la actividad metabólica, lo que acrecenta el ascenso de la temperatura y la vasodilatación llevándose con esto los productos de desecho de la inflamación.</p>
<p>Aplicación de masaje superficial en ambas rodillas. El masaje debe empezar en los segmentos proximales para hacerlo después en los distales. Se usará lubricante que baste para permitir el movimiento fácil de las manos sobre la piel.</p>	<p>*La presión que actúa en los vasos sanguíneos tiende a favorecer el retorno venoso y linfático y a prevenir la estasis capilar. En el masaje manual ocurre dilatación directa y refleja de los vasos de menor calibre y no solo aumenta la velocidad circulatoria sino también el intercambio de sustancias entre la corriente circulatoria y las células tisulares.</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Evaluación: La señora Estela refiere una disminución importante de su dolor aunado con los analgésicos ministrados con lo que le permitió un aumento de su actividad física.

NECESIDAD: Moverse y mantener buena postura.

Diagnóstico II: *Alteración de la movilidad física relacionado con afección musculoesquelética de miembros pélvicos manifestada por postura encorvada /uso de bastón /marcha claudicante.*

Objetivo: La señora Estela mejorará su postura física a través de ejercicios durante 10 minutos al día.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO.
Se enseña a la sra Estela la forma de realizar ejercicios de movilidad y de fortificación muscular (activos, activos –ayudados, isotónicos e isométricos.	*El ejercicio es un paso importante hacia la rehabilitación con el fin de restablecer y mantener el movimiento y la fuerza. Los ejercicios isométricos aumentan la tensión muscular pero no produce movimiento alguno, estos movimientos evitan la atrofia muscular. Los ejercicios de movilidad mejoran el flujo venoso disminuyen el edema y mejora la movilidad. Los ejercicios isotónicos implican un trabajo muscular dinámico que estimula la circulación y el aparato cardiovascular.
Se ajusta el bastón de modo que el mango se encuentre aproximadamente a la altura del trocánter mayor	*El uso adecuado del bastón ayuda a caminar con mayor equilibrio y apoyo y con menor fatiga, así como alivia la presión en las articulaciones que soportan peso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Evaluación: La señora Estela manifiesta mayor movilidad física y menos dolor en articulaciones de las rodillas, así como la demostración adecuada del uso del bastón.

NECESIDAD: Moverse y mantener buena postura.

Diagnóstico III: *Intolerancia a la actividad física relacionada con afección motora manifestado por fatiga /disnea.*

Objetivo: La señora Estela incrementará su actividad física sin presentar fatiga en un lapso de 15 días.

INTERVENCIONES

FUNDAMENTO CIENTÍFICO.

Se identifican las actividades que desencadenan los síntomas de disnea y fatiga.	*El identificar las acciones que exacerbaban los datos de disnea es importante para llevar a cabo una distribución de las actividades a lo largo del día o las semanas.
--	---

Se realizan ejercicios de fortalecimiento muscular y de movilización de las extremidades.	*Estos ejercicios aumentarán la resistencia y condición física, por lo tanto disminuirá la aparición abrupta de la disnea y la fatiga extrema.
---	--

Se orienta sobre las técnicas de respiración adecuada.	*Los ejercicios respiratorios proporcionan una ventilación y un intercambio gaseoso óptimo ayudando al cuerpo a alcanzar la homeostasia.
--	--

Evaluación: La señora Estela refiere desaparición de la disnea con la actividad física y una respiración adecuada.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

NECESIDAD: Moverse y mantener buena postura.

Diagnóstico IV: *Desesperación relacionado con restricción de la actividad física manifestado por oraciones orales /dolor.*

Objetivo: La señora Estela manifestará sus sentimientos de impotencia y realizará una técnica de relajación adecuada.

INTERVENCIONES

FUNDAMENTO CIENTÍFICO.

Identificar conjuntamente las causas desencadenantes de su desesperación y llevará una técnica de relajación adecuada para disminuir o eliminar por completo su malestar.

*La relajación es un método efectivo para disminuir los sentimientos de desesperación y de estrés al que se somete al cuerpo al estar presente un padecimiento físico y/o mental.

Proporcionar información sobre la enfermedad para disminuir el temor y lograr una independencia total o parcial y poder manejar las circunstancias de estrés.

*El conocimiento del padecimiento da tranquilidad y seguridad al paciente para manejar sus manifestaciones físicas disminuyendo de esta forma sentimientos de impotencia.

Evaluación: La señora Estela logra manejar su estado de desesperación adecuadamente por medio de la relajación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NECESIDAD: Moverse y mantener buena postura.

Diagnóstico V: *Alto riesgo de síndrome de desuso relacionado con dolor crónico en piernas y rodillas.*

Objetivo: La señora Estela mejorará la amplitud de movimientos en la extensión y flexión de miembros pélvicos.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO.
<p>Llevar a cabo un programa de ejercicios activos y pasivos con el fin de mantener y mejorar el tono y fuerza muscular y la movilidad articular realizando movimientos de forma lenta suave y rítmicos sin forzar la extremidad.</p>	<p>*Los ejercicios pasivos y activos ayudan a conservar la actual amplitud de movimientos del paciente evitando con ello la deformidad y pérdida posterior del movimiento.</p>
<p>Realizar ejercicios de extensión y flexión de la articulación de la rodilla ayudado de un rodillo, deslizando el pie sobre el rodillo en una serie de 10 veces, alternando ambas piernas una vez al día.</p>	<p>*Este movimiento ayuda al paciente a mantener y /o aumentar su amplitud de movimientos vigorizando de este modo sus músculos y articulaciones.</p>

Evaluación: La señora Estela mantiene la movilidad física disminuyendo el dolor a la movilización.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NECESIDAD: Moverse y mantener buena postura.

Diagnóstico VI: *Alto riesgo de traumatismo relacionado con afección musculoesquelética de miembros pélvicos.*

Objetivo: La señora Estela establecerá medidas de seguridad para disminuir el riesgo de traumatismo.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO.
Se ayuda a la sra. Estela a identificar las fuentes potenciales de daño (en hogar, trabajo) y a modificar su actividad física en relación con su limitación física presente.	*El que pueda identificar sus limitaciones disminuirá el grado de daño y le permitirá realizar sus actividades de la vida diaria sin causarse daño alguno.

Evaluación: La señora Estela previene el daño físico al desempeñar su trabajo, evita las fuentes de peligro.

NECESIDAD: Oxigenación.

Diagnóstico I: *Alteración del patrón respiratorio relacionado con sobrepeso, manifestado por disnea al caminar.*

Objetivo: La señora Estela manifiesta mejoría en su estado general al llevar a cabo técnicas adecuadas de respiración.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO.
Se implementa una rutina de caminata diaria por cinco	*La actividad física implica un aumento en el gasto energético generando una disminución

minutos y aumentará gradualmente hasta llegar a 30 minutos al día.

de peso corporal paulatinamente adquiriendo condición física.

Se orienta para poder identificar signos y síntomas de insuficiencia respiratoria (aleteo nasal, tiros intercostales, cianosis, taquipnea) y llevará a cabo técnicas de respiración lenta y profunda evitando la hiperventilación.

*La realización de una respiración adecuada ayuda a recuperar el equilibrio entre el aporte de oxígeno y la salida de bióxido de carbono, así como del intercambio gaseoso.

Se orienta a la familia en la implementación de los primeros auxilios en caso de presentarse una disnea severa.

*Es importante que la familia tenga el conocimiento necesario para poder proporcionar ayuda inmediata, hasta obtener la estabilidad del paciente, y de ser necesario, llegar al lugar apropiado para recibir una atención adecuada y profesional.

Evaluación: La señora Estela perdió $\frac{1}{2}$ kilogramo de peso en un mes, mostrando mejoría significativa en su patrón respiratorio.

NECESIDAD: Oxigenación.

Diagnóstico II: *Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica, relacionado con insuficiencia venosa en miembros pélvicos.*

Objetivo: La señora Estela conservará la función neurovascular de miembros pélvicos.

INTERVENCIONES

FUNDAMENTO CIENTÍFICO.

Se elevan las extremidades inferiores por encima del nivel del corazón durante 15 minutos o después de permanecer mucho tiempo en pie.

*Al elevar las extremidades se favorece el retorno venoso disminuyendo el riesgo de estasis venosa y edema.

Se sugiere que evite estar de pie o sentada con las piernas colgando durante largos periodos de tiempo.

Se realiza masaje en miembros pélvicos con cepillo de cerdas suaves con movimientos ascendentes, de los dedos hacia la región poplítea y el uso de medias elásticas.

*El cepillado suave estimula y favorece la circulación venosa, junto con las medias que previenen una trombosis.

Evaluación: La señora Estela mejoró notablemente la circulación periférica y disminuyó su insuficiencia venosa.

NECESIDAD: Nutrición e Hdratación.

Diagnóstico I: *Alteración de la nutrición por exceso, relacionado con ingesta excesiva de carbohidratos y azúcares manifestado por sobrepeso.*

Objetivo: La señora Estela expresará pérdida de peso de forma gradual.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO.
Se implementa conjuntamente una dieta baja en calorías adaptándola en la medida de lo posible a sus gustos.	*Al hacer partícipe al paciente sobre su dieta favorece un seguimiento del programa y disminuye la posibilidad de romper el régimen alimenticio planeado.
Se sugiere e implementa ingestas frecuentes (5 – 6 al día) y de poca cantidad evitando refrescos, edulcorantes y bebidas azucaradas.	*Al proporcionarle varias raciones de alimentos fraccionada en quintos se evita una comida abundante y mal equilibrada y evita el estar probando alimento entre comidas.

Evaluación: La señora Estela lleva a cabo una dieta equilibrada y pérdida de peso gradual.

NECESIDAD: Nutrición e Hidratación.

Diagnóstico II: *Déficit de volumen de líquidos, relacionado con ingesta de líquidos inferiores al requerimiento corporal manifestado por piel seca /estreñimiento.*

Objetivo: La señora Estela manifestará objetiva y subjetivamente normohidratación de piel y mucosas.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO.
Establecer un programa para aumentar la ingesta de líquidos hasta un mínimo de 2'000 ml al día.	*Llevar un incremento gradual de líquidos evitará el abandono del programa y se mantendrá una hidratación adecuada que es necesaria para el buen funcionamiento renal, filtro de desechos del organismo.
Identificar signos y síntomas indicadores de insuficiencia de líquidos (sed, sequedad de mucosas, disminución de la turgencia cutánea.	*Es importante para prevenir a tiempo un estado de deshidratación.

Evaluación: La señora Estela continúa con una pobre ingesta de líquidos al no ser de su total agrado y por no estar "acostumbrada".

NECESIDAD: Nutrición e Hidratación.

Diagnóstico III: *Trastorno de la imagen corporal relacionado con aumento de peso manifestado con oraciones verbales.*

Objetivo: La señora Estela expresará una percepción realista de su imagen corporal.

INTERVENCIONES

FUNDAMENTO CIENTÍFICO.

Se favorece la expresión de sus sentimientos y pensamientos, explicarle lo que puede esperar y la forma de adaptarse.

*Expresar sus sentimientos ayuda a identificar la etapa de adaptación en que se encuentra y la forma en que ese percibe así misma para poder orientar los cuidados.

Se fomenta la participación de la familia y animarla para apoyar a la paciente en su aceptación.

*La familia es importante como fuente de apoyo para proporcionar la ayuda necesaria que faciliten la aceptación.

Evaluación: La señora Estela expresa sentimientos positivos hacia sí misma y hacia sus capacidades sin exigirse de más.

NECESIDAD: Nutrición e Hidratación.

Diagnóstico IV: Posible alteración de la integridad cutánea relacionada con sobrepeso.

Objetivo: La señora Estela mantendrá la integridad cutánea a través de cuidados específicos de la piel.

INTERVENCIONES

FUNDAMENTO CIENTÍFICO

Se mantiene la piel limpia, seca y bien hidratada usando un jabón suave o neutro y evitar la aplicación de productos agresivos así como

*Es importante mantener la piel íntegra para evitar infecciones ya que esta es la primera barrera de defensa del organismo. La humedad favorece la aparición de infecciones tópicas como micosis. El uso de prendas de

la humedad. Se hace algodón mantiene la piel seca. Utilizar ropa hincapié de secar bien la piel holgada favorece la circulación y evita un debajo de pliegues y utilizar daño tisular. ropa holgada evitando el uso de telas sintéticas que favorezcan la humedad (nylon, lycra)

Evaluación: La señora Estela mantiene la integridad cutánea y aprende cuidados específicos de la piel.

NECESIDAD: Eliminación.

Diagnóstico I: *Estreñimiento relacionado con ingesta de líquidos insuficientes manifestado por dolor abdominal /heces secas y duras.*

Objetivo: La señora Estela identificará la relación entre sus hábitos higiénicos dietéticos y su patrón intestinal.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO.
Se sugiere e implementa una disciplina de beber un vaso de agua, jugo natural o té cada hora.	*Los líquidos se absorben a través del intestino con lo que hace más blandas las heces y más fácil su expulsión.
Revisar conjuntamente la dieta y fomentar la toma de alimentos ricos en fibra (frutas, verduras, hortalizas, cereales) y proporcionarse un	*La fibra natural junto con el masaje intestinal incrementa y favorece el tránsito intestinal.

masaje abdominal.

Evaluación: La señora Estela expresó dificultad en el régimen dietético por no estar acostumbrada a ciertos alimentos.

NECESIDAD: Eliminación.

Diagnóstico II: *Alteración de la digestión relacionada con ingesta alta de irritantes y medicamentos manifestado por pirosis /dolor abdominal.*

Objetivo: La señora Estela limitará el consumo de alimentos irritantes.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO.
Se orienta para evitar comer alimentos grasos, ácidos y especiados así como el café, té y refrescos. Masticar los alimentos lenta y cuidadosamente.	*Estos alimentos producen una irritación directa a la mucosa estomacal.
Se sugiere tomar los medicamentos después de los alimentos, si no existe contraindicación, y de ser posible con lácteos.	*Algunos medicamentos producen irritación de la mucosa gástrica por lo que es recomendable tomarlos con alimentos.

Evaluación: La señora Estela refiere disminución de la sintomatología.

VII CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

El profesional de enfermería se encuentra día a día con la necesidad de prestar una atención de forma integral e individual a cada cliente que queda bajo sus cuidados y tiene la responsabilidad de llevarlo hasta su independencia. Por lo anterior el haber asistido al seminario de Proceso de Atención de Enfermería facilitó en gran parte la planificación de los cuidados proporcionados a mi cliente con una base científica que propició más confianza en mi misma de mi actuación, cumpliéndose en un 90% mis objetivos planteados inicialmente.

Es importante que el profesional de enfermería base sus cuidados en el Proceso de Atención de Enfermería ya que es una herramienta muy útil para el quehacer diario de la enfermera.

Sugiero la apertura y difusión de más seminarios como éste, tanto en la sede educativa como en el área hospitalaria para poder unificar la atención de enfermería.

VIII REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- ❑ KIM, Mi Ja. Guía clínica de enfermería. Diagnóstico de enfermería. 5ª ed. Ed. Hartcourt-Brace. España, 1994. Pp. 413.

- ❑ MARRINER, Tomey Ann. Modelos y teorías en enfermería. 4ª ed. Ed. Harcourt-Brace. España, 1999. Pp. 555.

- ❑ CARPENITO, Linda Jual. Diagnósticos de enfermería. 3ª ed. Ed. Interamericana. España, 1991. Pp. 969.

- ❑ LEWIS, LuVerne Wolf. Fundamentos de enfermería. 4ª ed. Ed. Harla. México, 1992. Pp. 1108.

- ❑ COLLIÈRE, Francoise Marie. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid, 1993. Pp. 395.

- ❑ JAFFE Marie S. Enfermería en Atención Domiciliaria. Valoración y planes de cuidados. 3ª ed. Ed. Harcourt-Brace. España, 1998. Pp. 483.

- ❑ Documentos de la historia de la enfermería en México. Universidad Nacional Autónoma de México, ENEO-UNAM.

- ❑ RIOPELLE, Lise y cols. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Ed. Interamericana.

- ❑ GRINSPUN, Doris. Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico. UNAM. México 1992.
- ❑ LEDDY, Susan. Bases conceptuales de la enfermería profesional.
- ❑ KOZIER, Marco conceptual y Teorías de enfermería.
- ❑ El proceso de enfermería. Antología. SUA-ENEO-UNAM.
- ❑ PHANEUF, Margot. Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención Enfermería. Ed. McGraw-Hill. Madrid, 1993.
- ❑ GUADALAJARA, Boo José; Cardiología; 5ª ed. Ed. Méndez. México 1997, pp 1014
- ❑ TÓRTORA, Gerard J., GRABOWSKI, Sandra R.; Principios de Anatomía y Fisiología, 7ª ed. Ed. Harcourt Brace, España 1998 pp 999.
- ❑ KING, Eunice M, colbs. Técnicas de Enfermería Manual Ilustrado; 3ª ed. Ed. Interamericana, México, 1988. pp 1177
- ❑ MYERS, Judith L., BEARE, Patricia G. Enfermería Médico-quirúrgica, 2ª ed. Ed. Mosby/Doyma, España, 1995. pp 2068 Tomo I y II.
- ❑ RODRÍGUEZ, Carranza Rodolfo. Vademécum Académico de Medicamentos. 3ª ed. Ed. Interamericana, México 1999, pp 1025.
- ❑ SÉLLER, Bárbara F. Diccionario de Enfermería. 21ª ed. Ed. Interamericana, México 1995, pp 575.

- ❑ PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.
- ❑ LUIS, M. T. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. 3ª ed. Ed. Harcourt-Brace. España, 1998. Pp. 231.
- ❑ RUSIL, Howard. Tratado de medicina física y rehabilitación. Ed. Interamericana. México, 1962. Pp. 571
- ❑ STRYKER, Rorin Rut. Enfermería de rehabilitación. Ed. Interamericana. México, 1974. Pp. 210.
- ❑ DIAZ, Petit, SERRA, Gabriel. Fisioterapia en traumatología, ortopedia y reumatología. Ed. Springer. Barcelona, 1997. Pp. 372.
- ❑ CLÍNICA DEL DOLOR. MERCK. DICIEMBRE, 2001 VOLUMEN III. MÉXICO. Pp. 198.
- ❑ ENCICLOPEDIA DE MEDICINA NATURAL VOL. I, II, III, IV.
- ❑ BRUNNER, Lillians Sholtis. Manual de la enfermera. Volumen I – VI. 4ª ed. Ed. Interamericana. México, 1991. Pp. 1797.
- ❑ De KRAUSE. Nutrición y dietoterapia. 9ª ed. Ed. McGraw- Hill. México, 1998. Pp. 1207.
- ❑ ENCICLOPEDIA DE LA ENFERMERA. OCÉANO 7 CENTRUM. VOLUMEN I – VI. ESPAÑA, 1987. Pp.1151.

IX ANEXOS.

9.1 Patología

Hipertensión Arterial.

La hipertensión es una enfermedad multifacética, provoca el mayor número de visitas a las consultas médicas y motiva el mayor consumo de fármacos preescritos. La hipertensión es el factor de predicción aislado más importante acerca del riesgo cardiovascular. La incidencia aumenta a lo largo de la vida, y es aproximadamente igual en hombres y en mujeres después de los 60 años de edad.

DEFINICIÓN.

La presión arterial es mantenida por tres factores fundamentales: el volumen sanguíneo, las resistencias periféricas y el gasto cardiaco. Cuando por mecanismos anormales aumenta en forma inapropiada cualquiera de ellos, el resultado será la elevación de las cifras de presión arterial.

En condiciones normales, los factores hemodinámicos que mantienen la presión arterial, son regulados por hormonas provenientes del sistema nervioso autónomo (aminas simpaticomiméticas) que tienen efectos directos sobre los receptores alfa adrenérgicos y beta adrenérgicos, tanto de los vasos sanguíneos como del corazón. Asimismo, hay factores humorales como las hormonas con efectos mineralocorticoides, las prostaglandinas y el sistema renina-angiotensina-aldosterona que influyen en forma por demás importante y compleja en el mantenimiento de la presión arterial.¹⁷

¹⁷ GUADALAJARA. Boo José F. Cardiología. 5ª Edición. Editorial Méndez, Editores. México. 1997. Pp. 596

La hipertensión o presión arterial alta aparece cuando la fuerza que ejerce la sangre contra los vasos arteriales supera los 140/90 mmHg. Se entiende por hipertensión una presión arterial media mantenida superior a 100 mmHg en condiciones de reposo. La hipertensión no se diagnostica por una sola medición de la presión arterial, sino que es necesario confirmarla con otras dos o más mediciones posteriores, aproximadamente a la misma hora del día.

La hipertensión puede clasificarse en estadios según el Joint National Committee on Detection:

Estadio 1:	Sistólica entre 140 y 159 mmHg, diastólica entre 90 y 99 mmHg.
Estadio 2:	Sistólica entre 160 y 179 mmHg, diastólica entre 100 y 109 mmHg.
Estadio 3:	Sistólica entre 180 y 209 mmHg, diastólica entre 110 y 119 mmHg.
Estadio 4:	Sistólica \geq 210 mmHg, y diastólica $>$ 120 mmHg.

ETIOLOGÍA / EPIDEMIOLOGÍA.

Aún se desconoce la etiología de la hipertensión, pero se han identificado factores de riesgo que actúan como indicadores aceleradores. Los factores genéticos o no modificables guardan relación con la historia familiar, el sexo, la edad y el grupo étnico. Los factores ambientales o modificables están relacionados con la nutrición, el estilo de vida y el perfil de estrés del individuo. Una función importante del personal de enfermería consiste en determinar el riesgo de esta enfermedad crónica. El riesgo relativo depende del número y la gravedad de los factores modificables.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FACTORES GENÉTICOS NO MODIFICABLES.

a. Historia familiar.

Al parecer la predisposición genética se asocia con niveles elevados de sodio intracelular y relación potasio-sodio disminuida. Esta predisposición genética es especialmente frecuente en individuos de raza negra. Los hijos de padres hipertensos experimentan mayor riesgo de hipertensión a una edad más joven.

b. Sexo.

La incidencia de hipertensión aumenta con la edad, tanto en hombres como en mujeres; sin embargo, los hombres experimentan hipertensión con más frecuencia y a una edad más temprana que las mujeres hasta después de los 60 años. Entre los factores significativos relacionados con la presión arterial elevada en las mujeres se incluyen el uso de anticonceptivos orales, hipertensión gestacional, terapéutica estrogénica tras la menopausia.

c. Edad.

La hipertensión aparece en todas las épocas de la vida, cuando antecede una enfermedad como por ejemplo arteritis de Takayasu o cardiopatías congénitas. Existe una relación lineal entre edad e hipertensión, ya que los vasos sanguíneos arteriales se hacen menos distensibles con el transcurso de los años, por lo general a causa de acumulo de placas ateroscleróticas. Los factores genéticos y la obesidad infantil son los mejores factores de predicción de hipertensión en la vida adulta. La hipertensión sistólica aislada puede ser especialmente significativa como factor de riesgo de enfermedad coronaria, enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular e insuficiencia cardíaca.

d. Factores étnicos.

La prevalencia de hipertensión es mucho mayor en los negros que en los blancos y el descuido del tratamiento, incluso de la hipertensión leve. Entre las posibles explicaciones para la mayor incidencia y gravedad de la hipertensión en la raza negra se incluyen sodio plasmático más alto, potasio plasmático más bajo, estresantes medioambientales y lesiones renales.

FACTORES AMBIENTALES MODIFICABLES.

a. Perfil de estrés.

El estrés puede aumentar la resistencia vascular periférica y el gasto cardiaco, estimulando la actividad simpática. La personalidad A, el individuo de impulsos fuertes, ambicioso, orientado al tiempo y con hostilidad oculta se ha asociado con riesgo cardiovascular.

b. Ocupación.

Ciertas ocupaciones se han descrito como "predisponentes a la hipertensión" a causa de la naturaleza estresante del trabajo.

c. Nivel socioeconómico.

Las poblaciones sometidas a privaciones económicas suelen presentar una elevada incidencia de hipertensión. Algunos factores como hábitos nutricionales pobres, nivel laboral bajo, frustración, acceso limitado a cuidado sanitario de calidad, dificultad para comprar los fármacos.

d. Nutrición.

La obesidad, la ingesta de alcohol, potasio, sodio, calcio, magnesio y ácidos grasos guardan relación con la hipertensión.

e. Estilo de vida.

Alcohol, tabaco, actividad física reducida.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

A la hipertensión se le conoce como el "asesino silencioso" ya que no produce manifestaciones francas y detectables con facilidad. Esta enfermedad asintomática progresa hasta producir daño orgánico. La cefalea, aunque se considera muchas veces como signo o síntoma de hipertensión no ha sido evaluada como tal.

TIPOS CLÍNICOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Hipertensión arterial diastólica.

Independientemente de la etiología, la elevación de la presión arterial se nota en la cifra sistólica pero fundamentalmente en el nivel diastólico. Este tipo de hipertensión arterial usualmente es dependiente de resistencias (renina elevada) o de volumen (renina baja), pero no por aumento del gasto cardiaco.

Hipertensión arterial sistólica.

Aparece en aquellas condiciones en que se eleva el gasto cardiaco como son los síndromes hiperkinéticos secundarios (hipertiroidismo, anemia, fístula arteriovenosa beri-beri) o en el síndrome hiperkinético idiopático; sin embargo, la causa más frecuente de hipertensión sistólica es la pérdida de la elasticidad de la aorta, que acontece en el sujeto de edad avanzada con aterosclerosis aórtica. En estos casos característicamente se nota elevación desproporcionada de la presión sistólica, con presión diastólica en cifras normales (>150 / <90 mmHg). Ello condiciona la presencia de un pulso amplio de tipo "saltón" con endurecimiento arterial palpable en los casos de

aterosclerosis generalizada. La hipertensión con predominio sistólico, también se presenta en sujetos con hiperactividad adrenérgica, en quienes el aumento del gasto cardíaco es el responsable.

MODIFICACIONES EN EL ESTILO DE VIDA

- Pérdida de peso, si el paciente tiene un peso superior en 10% al peso ideal.
- Limitar la ingesta de alcohol.
- Realizar ejercicio aeróbico regular.
- Reducir la ingesta de sodio.
- Dejar de fumar.
- Reducir la ingesta dietética de colesterol y grasas saturadas.

EVALUACIÓN DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN.

	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
Historia familiar	No		Sí
Sexo	Mujer < de 60ã	Varón < de 35 ã	Mujer > de 60 ã Varón > de 60 ã
Edad	Menos de 35 ã	Menos de 35 ã	Más de 60 ã
Grupo étnico	Blanco		Negro
Estés y actitud		Personalidad A Personalidad E	Personalidad A Personalidad E
Ocupación			Contolador tráfico aéreo Secretaria
Hábitos y estilo de vida	No fumador Alcohol	Fumador moderado	Muy fumador Muy bebedor

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	moderado Actividad física adecuada	No alcohol Escasa actividad física	Ninguna actividad física
Nutrición Sodio Calcio	1 a 2 gr Na diarios 800-1000 mg diarios	2 gr. Na diarios 325-500 mg diarios	Superior a 4 gr. Na diarios Inferior a 325 mg diarios
Peso	Peso normal	Sobrepeso inferior al 10%	Sobrepeso superior al 20%

Obesidad.

El sobrepeso es un estado en el cual el peso rebasa un estándar basado en la talla; la obesidad es un cuadro de gordura excesiva, general o localizada. La obesidad se acompaña de un gran número de cuadros patológicos. En Estados Unidos, el National Institutes of Health Consensus Development Panel (NIDDM), realizado en 1985 para evaluar el nivel de conocimiento sobre la obesidad, determinó que el incremento de 20% en el peso corporal aumenta en grado substancial el peligro de hipertensión, arteriopatía coronaria, trastornos de lípidos y diabetes insulino dependiente. La obesidad también se considera un factor de riesgo para la aparición de artropatías, cálculos vesiculares y problemas respiratorios.¹⁸

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁸ De KRAUSE. Nutrición y Dietoterapia, 9ª Edición. Editorial McGraw-HILL México, 1998. Pp.472

DEFINICIÓN.

Es una enfermedad debida al trastorno del metabolismo, que se caracteriza por el acúmulo excesivo de grasa en el tejido subcutáneo y alrededor de algunas vísceras y órganos internos de nuestro cuerpo en cantidad superior a la normal.

ETIOLOGÍA.

Las causas obedecen tanto al excesivo consumo de alimentos, por encima de los necesarios, como a la vida sedentaria que no permite eliminar de una forma adecuada el exceso de grasa introducido con los alimentos. Por otra parte, existen características individuales de cada persona en la utilización de las calorías y, por razones desconocidas, algunas pueden ingerir gran cantidad de alimentos con un aporte importante de grasa y no aumentar su peso normal, mientras que otros, ingiriendo menos cantidad, sufren irremediamente un engorde progresivo.

Las causas también pueden ser debidas a alteraciones de la secreción de las glándulas endocrinas, que aceleran o retardan os diversos procesos metabólicos del recambio. De este modo podemos distinguir dos formas bien definidas de la obesidad: esencial o constitucional (endocrina) y secundaria o sintomática.

- 1) Obesidad secundaria o sintomática. No presenta ninguna alteración de la secreción endocrina y se origina por los hábitos alimenticios del paciente.
- 2) Obesidad esencial o constitucional. Puede clasificarse, según sus orígenes, en obesidad del hipopituitarismo, debida a la insuficiencia secretora de la hipófisis; obesidad del hipotiroidismo, insuficiencia secretoa del tiroides; obesidad del hipogenitalismo, insuficiencia de las glándulas genitales, eunucos, menopausia; obesidad del

hiperpancreatismo, aumento excesivo de la secreción del páncreas, y por último obesidad de hipercortico suprarrenalismo, a causa de un exceso de secreción de las glándulas suprarrenales.

Las causas endocrinas son pocos comunes en la práctica, pues la secreción endocrina actúa más sobre la distribución del tejido adiposo que sobre el grado de obesidad. Existe con mayor frecuencia una obesidad neurógena. Son pacientes con gran ansiedad y que tienen la necesidad de comer continuamente, por lo que se les produce un aumento de peso considerable.¹⁹

SÍNTOMAS.

Además del evidente aumento de peso, aparecen signos de disnea de esfuerzo, fatiga y cansancio fácil, la intolerancia al calor, los trastornos digestivos, el insomnio. También suele asociarse a la insuficiencia cardiaca, los trastornos renales y a la predisposición a la diabetes, la gota y otras dolencias originadas por trastornos metabólicos.

DIAGNÓSTICO

Es muy sencillo y se basa en el aspecto del enfermo, el cual se muestra muy aumentado de peso y con gran cantidad de tejido adiposo en su organismo.

TRATAMIENTO.

El mejor método es disminuir la cantidad excesiva de calorías existentes en el organismo, lo cual debe hacer descender el peso del enfermo lo más cerca posible de los límites normales. Se establece el peso de una persona a partir de su estatura, de modo tal que el peso ideal es igual, en kilos, a los centímetros que sobrepasan del metro menos diez, es decir, un individuo que

¹⁹ medicina natural.

mide un metro sesenta centímetros debe tener un peso de 60 kilos, aunque depende mucho la constitución de cada persona.

DOLOR.

El padecimiento de dolor puede comportar reacciones muy diversas: mientras que en algunos individuos genera un estado de ansiedad y profunda inquietud, en otros, por el contrario, da lugar a un cuadro de depresión e inmovilidad, con tendencia al retraimiento y aislamiento social. En la práctica sanitaria es fundamental tener presente esta variedad de respuesta ante un estímulo doloroso semejante, asumiendo que el sufrimiento puede expresarse de múltiples formas y que resulta poco menos que imposible evaluarlo de manera objetiva, por lo que el tratamiento debe orientarse a mitigar las molestias tomando como parámetro las referencias subjetivas del propio paciente.²⁰

DEFINICIÓN.

Estado en que el individuo experimenta u manifiesta un malestar severo o una sensación desagradable que causa sufrimiento. Sensación de angustia, sufrimiento, o agonía, producida por la estimulación de terminaciones nerviosas especializadas. Su finalidad es principalmente protectora; actúa como un aviso de que los tejidos están siendo dañados e induce al que lo sufre a retirarse de la fuente. El dolor es una experiencia subjetiva.

TIPOS DE DOLOR.

Basándose en la velocidad de aparición, calidad y duración de la sensación, el dolor se clasifica en dos tipos: agudo (rápido) y crónico (lento). El **dolor agudo** aparece de forma muy rápida, generalmente 0.1 segundos después

²⁰ Enciclopedia de la Enfermería, Océano/Centrum. Tomo I Pp. 70.

de la aplicación del estímulo y no es sentido en los tejidos profundos del cuerpo. Este tipo de dolor también se conoce como intenso, rápido y punzante. Es el dolor que se siente cuando uno se clava una aguja o se hace un corte cutáneo con un cuchillo. El **dolor crónico**, por el contrario, aparece después de un segundo o más y aumenta gradualmente de intensidad a lo largo de varios segundos o minutos. Este tipo de dolor puede ser intensísimo. También suele describirse como quemante, pulsante y lento. El dolor crónico puede afectar la piel como a los tejidos más profundos y a los órganos internos.²¹

ETIOLOGÍA.

El dolor puede ser generado por múltiples causas, está relacionado principalmente por enfermedades o traumatismos, por un proceso quirúrgico, procedimientos terapéuticos o técnicas diagnósticas, procesos infecciosos; procesos obstructivos, inflamación, espasmos musculares, inmovilización, puntos de presión, factores psicológicos, etcétera. Existen características definitorias que nos ayudan a identificar que existe dolor:

Expresión verbal de dolor, facies y gestos de dolor (aspecto abatido, ojos sin brillo, muecas de dolor); respuesta positiva a la palpación, conducta de protección: tocarse el área adolorida, cambios en la postura o la marcha, cambios de tono muscular, hasta rigidez. Conducta de distracción (gemidos, llanto, paseos, buscar a otras personas, realización de actividades); respuesta vegetativa autónoma al dolor (cambios en la presión arterial y la frecuencia del pulso, incremento o disminución del ritmo respiratorio, diaforesis, dilatación pupilar). Ansiedad, inquietud, depresión, retraimiento, aislamiento social, inmovilidad, fatiga, alteración de los procesos del pensamiento,

²¹ TORTORA, Gerard J. Principios de anatomía y fisiología. 7ª Edición. Editorial Harcourt-Brace. Pp. 452

alteración de la percepción del paso del tiempo, sentimientos de culpa, desesperanza, impotencia.²²

²² *Ibidem*, Pp. 70-71

9.2 Instrumento de Valoración.

Nombre: _____ Edad _____ Peso: _____ Talla: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
 Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____ Hora: _____
 Procedencia: _____ Fuente de información: _____
 Fiabilidad (1-4): _____ Miembro de la familia / persona significativa: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS.

1) Oxigenación.

Subjetivo:

Diseña debido a: _____ Tos productiva seca: _____ Dolor asociado con la respiración: _____ Fumador: _____ Desde cuando fuma: _____ Cuantos cigarros al día: _____ Varía la cantidad según su estado emocional: _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: T/A: _____ FR: _____ FC: _____
 _PULSO: _____ TEMP: _____ Tos productiva / seca: _____ Estado de conciencia: _____ Coloración de piel: _____ Lechos ungueales: _____ Peribucal: _____ Circulación del retorno venoso: _____ Antecedentes cardiorrespiratorios: _____ Entorno: _____
 Otros: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2) Nutrición e hidratación.

Subjetivo:

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

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentaria / alergias: _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Imagen corporal: _____ Prototipo: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____ Membranas mucosas

hidratadas / secas: _____ Características de

uñas / cabello: _____ Funcionamiento

neuromuscular y esquelético: _____

Aspecto de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Grupo de alimentos: _____

Lugar donde come /con quien: _____

Preferencias: _____ Entorno: _____

Otros: _____

3) Eliminación.

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ Características

de las heces, orina y menstruación: _____

Historia de hemorragias /enfermedades renales, otros: _____ Uso

de laxantes: _____ Hemorroides: _____ Dolor al defecar

/menstruar /orinar: _____

<p style="text-align: center;">TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p>
--

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

El área de trabajo influye: _____

Objetivo: _____

Abdomen /características: _____

_____ Ruidos intestinales: _____

_____ Palpación de la vejiga urinaria: _____

_____ Otros: _____

4) Termorregulación.

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura (alternativas): _____

_____ Ejercicio /tipo y frecuencia: _____

_____ Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

5) Moverse y mantener buena postura.

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana, postura: _____ Actividades

en el tiempo libre: _____ Hábitos de

descanso: _____ Hábitos de trabajo: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Objetivo: _____
 Estado del sistema musculoesquelético /fuerza: _____
 _____ Capacidad muscular tono /resistencia /
 Flexibilidad _____ Posturas: _____
 Ayuda para la deambulaci3n: _____
 Dolor con el movimiento: _____
 Presencia de temblores: _____
 Estado emocional: _____
 Otros: _____

6) Descanso y sueño.

Subjetivo:
 Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____
 Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____
 Siesta: _____ Ayudas: _____
 ¿Padece insomnio?: _____
 A que considera que se deba: _____
 ¿Se siente descansado al levantarse?: _____
 Lugar donde duerme: _____ Medidas alternativas: _____
 _____ Entorno: _____
 Objetivo:
 Estado mental: ansiedad /estrés /lenguaje: _____
 _____ Ojeras: _____ Atenci3n: _____
 Bostezos: _____ Concentraci3n: _____ Apatia: _____
 Cefaleas: _____ Respuesta a estímulos: _____
 _____ Otros: _____

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

7) Uso de prendas de vestir adecuadas.

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?: _____

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?: _____

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?: _____

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?: _____ Entorno: _____

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Fillación de objetos: _____ Otros: _____

8) Necesidad de higiene y protección de la piel.

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____ Momento

preferido para el baño: _____ Cuantas

veces se lava los dientes al día: _____ Uso de

hilo dental: _____ Aseo de manos antes y después de

comer: _____ Antes y después de eliminar: _____ Otras

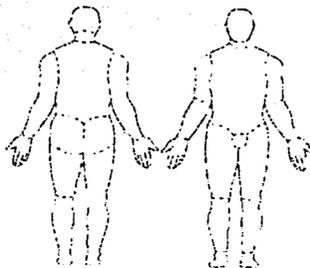
alternativas de aseo: _____

Objetivo:

Aspecto general: _____

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Olor corporal: _____ Halitosis: _____
 Estado del cuero cabelludo: _____
 Lesiones dérmicas, que tipo: _____
 Área de trabajo: _____
 Otros: _____



9) Necesidad de evitar peligros.

Subjetivo:

Que miembros componen su familia de pertenencia: _____ Como reacciona ante una situación de urgencia: _____ Conoce las medidas de prevención de accidentes: _____ En el hogar: _____ En el trabajo: _____ Realiza controles periódicos de salud recomendados: _____ Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____ Conoce medidas preventivas en la vía pública: _____

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Condiciones del ambiente de su hogar: _____

Trabajo: _____

Entorno: _____

Otros: _____

10) Necesidad de comunicarse.

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____ Vive

con: _____

Preocupaciones /estrés: _____

Familiares: _____ Otras personas que

puedan ayudar: _____ Rol en la

estructura familiar: _____ Comunica sus

problemas debidos a la enfermedad / estado: _____ Cuanto

tiempo pasa sola: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el

trabajo: _____

Estado de ánimo habitual: _____

Objetivo:

Habla claro: _____ Confuso: _____

Dificultad de la visión: _____ Audición: _____

_____ Comunicación verbal /no verbal con la familia

con otras personas significativas: _____

Otros: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11) Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____ Su creencia religiosa le genera
 conflictos personales: _____ Principales
 valores en su familia: _____ Es
 congruente su forma de pensar con su forma de vivir: _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religiosos): _____

Permite el contacto físico: _____

Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o
 creencias: _____ Otros: _____

12) Necesidad de trabajar y realizarse.

Subjetivo:

Trabaja actualmente: _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuanto tiempo dedica al trabajo: _____ Está
 satisfecho con su trabajo: _____

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y / o las de su
 familia: _____ Está satisfecho con el rol familiar que
 juega: _____

Objetivo:

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

Otros: _____

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

13) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad: _____ Existen recursos en su comunidad

para la recreación: _____ Ha participado en alguna actividad

lúdica o recreativa: _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

Rechaza las actividades recreativas: _____

Su estado de ánimo es apático /aburrido

/participativo: _____ Otros: _____

14) Necesidad de aprendizaje.

Subjetivo:

Nivel de educación: _____ Problemas

de aprendizaje: _____ Limitaciones

cognitivas: _____ Tipo: _____ Preferencias: leer

/escribir: _____ Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su

comunidad: _____ Sabe como utilizar

estas fuentes de apoyo: _____ Tiene interés en aprender

a resolver problemas de salud: _____ Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____ Órganos de

los sentidos: _____ Estado emocional /ansiedad

/dolor: _____ Memoria

reciente: _____ Memoria remota: _____ Otras

manifestaciones: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN