



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD
CRÓNICO DEGENERATIVA
BAJO EL ENFOQUE TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
CAMACHO MENDOZA CATALINA
NÚMERO DE CUENTA: 407115345**

**ASESOR DEL TRABAJO:
MTRA. SOTOMAYOR SÁNCHEZ SANDRA**



DICIEMBRE 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a mis padres por darme la vida, a mi padre que aunque no esté físicamente conmigo, sé que me acompaña espiritualmente con su presencia y me guía por mi vida y profesión; en especial, a mi madre que gracias a su amor y apoyo incondicional, me he podido realizar profesionalmente.

A simismo, con su ejemplo y perseverancia siempre me ha motivado para ser mejor persona, pero sobre todo mejor enfermera.

A mi gran compañero de mi vida e hijos por todo su apoyo, su paciencia y cariño, por no poderles dedicar el tiempo y la atención que se merecen durante el periodo de mi formación. Espero ser fuente de ejemplo e inspiración para el logro de sus ideales y profesionalismo.

A la Maestra Sandra Setomayer Sánchez, por transmitirme sus conocimientos profesionales de Enfermería, quien fue mi mayor motivación para realizar este trabajo, a través de sus enseñanzas de una manera tan especial que logré que amara aún más mi profesión.

A mi paciente, quien me dio la oportunidad y todas las facilidades para desarrollar este Proceso de Enfermería, de una forma profesional, pero sobre todo con gran humanismo.

A todos y cada uno de ustedes, gracias por permitirme crecer junto a ustedes, con admiración y respeto.

CATY

ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN	4
II.-JUSTIFICACIÓN.....	6
III.-OBJETIVOS.....	7
METODOLOGÍA DEL TRABAJO.....	8
IV.-MARCO TEÓRICO.....	9
1.-Reconceptualización de Enfermería.....	9
2.-EI CUIDADO.....	14
2.1 Concepto de Cuidado.....	14
2.2 Antecedentes del Cuidado.....	17
2.3 Cuidado como Objeto de Estudio.....	17
2.4 Tipos de Cuidado.....	18
3.- TEORÍA DE ENFERMERÍA.....	26
3.1 Concepto, Objetivo y Ventajas de la Teoría de Enfermería.....	26
3.2 Clasificación de las teorías.....	30
3.3 Aplicación de las Teorías.....	35
3.4 Teoría de Virginia Henderson.....	36
4.- PROCESO DE ENFERMERÍA.....	46
4.1 Concepto, Definición, Objetivos Características.....	46
4.2 Descripción de las etapas.....	48
5.- ETAPA ADULTA DEL SER HUMANO.....	51
5.1 Características Biológicas.....	52
5.2 Características Psicológicas.....	53
5.3 Características Sociales.....	54
5.4 Enfermedades más comunes en la edad adulta.....	55

5.5 Cáncer Pulmonar.....	58
6.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	70
6.1 Presentación del caso.....	70
6.2 Análisis de Valoración de las 14 Necesidades.....	74
6.3 Desarrollo del Proceso de Enfermería.....	75
7.- Plan de Alta de Enfermería.....	88
8.- Conclusiones.....	90
9.- Bibliografía.....	92
10.- Anexos (Instrumento de Valoración).....	94

I.- INTRODUCCIÓN.

Hoy en día para lograr que la enfermería sea una profesión disciplinar, se necesita que las enfermeras comprendan el significado de enfermería como disciplina.

Enfermería es una disciplina, ya que se compone por fundamentos filosóficos, históricos, éticos, un cuerpo sustancial de conocimientos y teorías que se derivan particularmente del fenómeno de salud-enfermedad de los seres humanos en relación con su medio ambiente.

Enfermería es un arte, incluye habilidades que requieren capacidad y destrezas específicas. Enfermería es considerada, la cual entraña la aplicación sistemática de conocimientos científicos.

Así, enfermería se considera una profesión disciplinar que tiene como objeto de estudio el cuidado. Cuidar es un acto de vida, tiene como finalidad permitir que la vida continúe y se desarrolle. Persiguiendo que el individuo con problemas de salud, logre recuperar sus capacidades físicas y sociales.

Las teorías proporcionan conocimientos, contribuyen a mejorar la práctica de enfermería, mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos. Una teoría colabora al desarrollo de la capacidad analítica, ofrece retos al pensamiento, esclarece los valores y las premisas, determinan los propósitos, la práctica, la educación y la investigación en el campo de la enfermería.(Marriner,Raile,1999)

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, para, desarrollar habilidades y destrezas afectivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con el paciente.

Asimismo, en el trabajo se describen cada una de las etapas del proceso: la valoración, obteniendo así las necesidades que se ven alteradas, los diagnósticos de Enfermería,

posteriormente el diseño y ejecución de un Plan de Cuidados, así como la evaluación de las intervenciones.

El Proceso de Enfermería fue aplicado a un adulto con enfermedad crónica degenerativa atendido en la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria, del Servicio de Neumología Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Ismael Cosío Villegas”. Bajo el Modelo de valoración de Virginia Henderson. Los criterios para la selección del paciente fueron mediante la detección de necesidades importantes que en su momento presentaba la paciente, ya que le habían confirmado su diagnóstico (cáncer en el pulmón).

Es fundamental enfatizar, que el Proceso Atención de Enfermería permite contemplar a la persona en todas sus dimensiones: biológica, psicológica, social y espiritual.

Persiguiendo valorar las necesidades de la persona, no solamente como un ente biológico aislado, para convertirse, instalado en su familia, en su trabajo, en su comunidad y en su entorno ecológico, en un ser social dotado de un carácter diferenciado y propio. Busca las mejores condiciones posibles para obtener una salud y bienestar óptimos.

II.-JUSTIFICACIÓN

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, la persona y la comunidad; sobre la enfermera: profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad, la persona es beneficiada, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería, para el profesional enfermero produce un aumento de satisfacción personal, así como la profesionalización.

En este sentido, para la persona es una forma de participación en su propio cuidado. Proporciona continuidad en la atención y apego o adherencia al autocuidado. Mejorando la calidad de la atención. Sustentado por el método del cuidado.

Asimismo, sirve como un instrumento útil en el proceso enseñanza-aprendizaje de la persona. Fomentando la comunicación enfermera- paciente, persiguiendo la confianza en el profesional de enfermería, ya que esto facilitará al restablecimiento de su salud.

A la enfermera la convierte en una experta en este método, le retribuye satisfacción en el trabajo y se proyecta alcanzar el crecimiento y desarrollo de las competencias profesionales.

En cuanto a la sociedad, enfermería contribuye a lograr mejores resultados a movilizar fuerzas para alcanzar un estado de salud. Haciéndolo copartícipe de su salud y su cuidado.

El Proceso de Enfermería actualmente constituye la herramienta metodológica del cuidado de enfermería, por lo cual es una opción trascendente de Titulación para el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

III.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Construir a través de la aplicación del Proceso de Enfermería una estructura que pueda cubrir, de manera individualizada, las necesidades de un adulto con enfermedad crónico degenerativo basado en el modelo teórico de Virginia Henderson, con la finalidad de proporcionar un cuidado de calidad que facilite la satisfacción de las necesidades de la persona en forma independiente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- + Aplicar los conocimientos teóricos-prácticos adquiridos durante la formación profesional, con el fin de proporcionar atención de calidad, bajo un enfoque holístico que permita la recuperación y bienestar de la persona
- + Identificar las necesidades alteradas en el paciente para emitir juicios clínicos.
- + Desarrollar un Plan de Cuidados basado en los Diagnósticos identificados.
- + Ejecutar los cuidados planeados para mejorar la salud de la persona.
- + Evaluar si las acciones realizadas han mejorado su salud o de lo contrario planear nuevas acciones o estrategias.

METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Para la realización del presente P.A.E. se realizó la siguiente metodología:

- ✓ Cursar un Seminario-Taller de Proceso Atención de Enfermería.
- ✓ Elegir un paciente para la aplicación del Proceso Atención de Enfermería.
- ✓ Elaboración del Marco Teórico.
- ✓ Elaboración y aplicación de un Instrumento de Valoración de un Adulto.
- ✓ Establecimiento de Diagnósticos de Enfermería.
- ✓ Planeación de las Intervenciones de Enfermería.
- ✓ Ejecución y Evaluación de las mismas.
- ✓ Elaboración del Trabajo escrito.
- ✓ Revisiones del Asesor Académico.
- ✓ Aprobación por Asesor Académico.
- ✓ Registro administrativo del Proceso Atención de Enfermería.
- ✓ Seguimiento de trámites para la titulación.

IV.- MARCO TEÓRICO.

1. RECONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN Y DISCIPLINA

Muchos factores han influenciado la profesión de enfermería y su identidad a través de los años. Los orígenes históricos y tradicionales de enfermería están profundamente influenciados por eventos religiosos y militares. En esta encrucijada, la historia de la enfermería precisa de pautas que nos permitan discernir una nueva conceptualización de enfermería.

Florence Nightingale en sus “Notas de Enfermería: Qué es y que no es” escritas en 1859, nos enseñó que uno de los roles más importantes de la enfermera es crear las mejores condiciones para que la naturaleza actúe su curso en el paciente. Asimismo, articuló uno de los mayores focos de la enfermería moderna: La conceptualización del entorno y su efecto sobre el paciente. Ella argumentó que la medicina y la enfermería eran dos disciplinas diferentes ya que tenían perspectivas diferentes del concepto salud. Bajo esta nueva perspectiva, debemos tomar el punto de partida de la enfermería para conceptualizar esta profesión. (Nightingale Florence, 1859).

La enfermería como disciplina profesional surge de la necesidad de preservar la salud y así a los seres humanos. Ahora bien, Enfermería es la ciencia y arte del cuidado a la persona en la salud y en la enfermedad.

Definiciones de enfermería:

La profesión de enfermería ha sido definida por líderes de enfermería y organizaciones profesionales según sus funciones; para fines prácticos se utilizará la definición de la ANA (1980), ya que este documento refleja la evolución histórica de la profesión y su base teórica: “Enfermería es el diagnóstico y tratamiento a las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales” (Iyer, Taptich y Bernocchi, 1993, p. 5).

Respuestas humanas.- Es la forma en que el cliente responde a un estado de salud o enfermedad (Rodríguez, 2000, p. 12).

En palabras de M.F “Collier,” desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario ocuparse de la vida para que ésta pueda persistir. Los hombres como los seres vivos, han tenido siempre la necesidad de cuidados, porque cuidarse es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y, de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie”. (Collier, Madrid España, 1995, p, 5.))

Por esto es también vital enfatizar las ciencias humanas y del comportamiento, como también las artísticas, en el desarrollo profesional de enfermeras.

Para poder articular claramente enfermería debemos partir de la premisa de que es el arte. Y asomándose a un diccionario se puede constatar que arte es una actividad creativa propia del hombre, para la que se recurre a “ciertas facultades sensoriales, estéticas e intelectuales”. Conjunto de reglas que rigen en una profesión o una actividad. Así podemos discernir que enfermería profesional es mucho más que una lista de actividades efectuadas por enfermeras.

Esta imagen de enfermería es incompleta y no contribuye a clarificar el verdadero sentido de nuestra profesión. Por lo que es importante enmarcar los conceptos fundamentales que guían el pensamiento teórico de enfermería (Persona, Entorno, Enfermería y Salud).

Al parecer las enfermeras que basan su práctica profesional en los conceptos fundamentales del Metaparadigma de enfermería o en un marco conceptual específico (Orem, Roy, Parse, etc) tienen mayor facilidad de articular que es enfermería. Más importante aún, los pacientes de estas enfermeras gozan de una atención muchísima más integral. El mayor beneficio de estos cambios será el paciente.

Ahora bien, me parece que es importante crear una visión hacia la cual queremos avanzar como profesión aún sin alcanzar esta meta puede llevar muchos años. Después de todo, introducir nuevas formas de pensar requiere libros, aulas y mentes abiertas; esto es ciertamente menos costoso que introducir tecnología.

Tratando de conceptuar lo que es enfermería, diferenciamos en general a la enfermería como una profesión orientada a cuidar “ to care” en contraste con otras disciplinas de salud

orientadas a curar “to cure”. Cuidado ha sido descrito como la esencia de la enfermería y el enfoque central que unifica la práctica de enfermería. (Leiniger 1988). Sin embargo tenemos dificultades en describir el significado de “cuidado” y como el cuidado de enfermería es diferente al cuidado que proveen otros profesionales de la salud. Algo realmente vital es resaltar la capacidad profesional para persuadir cuales son las necesidades reales y potenciales pero sobre todo su entorno de la persona para poder alcanzar un estado de salud, es la clave para formar un fuerte vínculo entre enfermera y paciente. En este vínculo que a mi parecer, constituye la esencia real de la Enfermería.

Enfermería es la disciplina enfocada en entender el significado de enfermedad en el contexto del mundo o entorno de la persona y ganar las fuerzas necesarias para movilizarse hacia un estado de salud. Tenemos la responsabilidad de procurar bienestar a la persona como un ser humano integral, que comprende sus necesidades biológicas, físicas, psicológicas, sociales, económicas y espirituales. Este modo de practicar es lo que se llama “práctica profesional de enfermería”.

El dominio de enfermería, no solamente, engloba los resultados de investigación, más bien engloba el conocimiento de enfermería para la práctica; conocimiento que está sustentado en la filosofía e historia de enfermería, la práctica pasada, el sentido común, resultados de investigación, teorías y una genealogía de ideas, congruentes con metodologías, procesos de enfermería y otros procedimientos que son esenciales para el desarrollo del conocimiento. (Newman, 1983).

Meleis, sugiere que las definiciones y conceptos aceptados por enfermería se relacionan con el manejo de los fenómenos del dominio que, a su vez, se sustentan en teorías de enfermería cuyas fuentes fundamentales son: la práctica de enfermería en su extensión total, el paradigma biomédico, la experiencia de las enfermeras, los roles, las ciencias básicas, la práctica ideal de enfermería, el proceso de enfermería, y los diagnósticos e intervenciones de enfermería. (Meleis 1997)

En 1991, Newman y col. Propusieron que el núcleo de la disciplina de enfermería o núcleo paradigmático podría enmarcarse en la siguiente declaración: “Enfermería es el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana”. Por su parte Fawcett (1995),

analiza varias propuestas paradigmáticas explicativas manejadas por King en 1990, Kim en 1987 y Meleis en 1990 y mantiene su posición referente a la tetralogía de conceptos: salud, persona, ambiente y cuidado de enfermería, como esencia del metaparadigma de enfermería, sustentando su posición en las premisas relacionadas con las características que debe mantener todo metaparadigma (identificación del campo del conocimiento diferente al de otras disciplinas, abarcar los fenómenos de la disciplina de manera parca, mantener una perspectiva filosófica neutral y tener proyección internacional (Fawcett,1992), y que a su juicio, solamente, son llenadas por los cuatro conceptos antes descritos.

Desde 1978, Barbara Carper propuso cuatro formas de conocer, propias de enfermería: empírica o ciencia de enfermería cuyas expresiones son la teoría científica, los modelos de para la práctica, la explicación y predicción de hechos; ética o conocimiento moral de enfermería caracterizado por expresiones de teorías éticas, códigos, normatividades y estándares; de conocimiento personal expresado por ser sí mismo y ser; y estética o el arte de enfermería que se manifiesta por el acto artístico, a las cuales denominó patrones de conocimiento de enfermería (Chinn y Jacobs, 1987).Es por esto que la indagación de enfermería debe formalizar la integralidad del conocimiento enfatizando en el desarrollo de teorías éticas, estéticas y de conocimiento personal que darán claridad a estos patrones y que emergen de la comprensión de una enfermería que se comporta como ciencia humana (Fawcett, Watson, Neuman, Waker y Fitzpatrick, 2001).

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” (Curtin, 1979,p.2). La salud es el “bien” convenido por mutuo acuerdo en la relación entre enfermera y usuario.

La enfermería es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación, promoción o restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos. El proceso de enfermería se lleva a cabo gracias a la relación de colaboración que existe entre enfermera y usuario, que incluye la comunicación interpersonal, con otras personas importantes para el usuario y, con quienes forman parte del sistema de servicios de salud. Los nuevos papeles importantes que desempeñan las enfermeras profesionales son, entre otros, agente del

cambio, defensora, y colaboradora de la profesión. Estos papeles se basan en la suposición filosófica de que la meta de la enfermera profesional es fomentar la salud, que deben producirse cambios para promover el bienestar y que el liderazgo es un proceso mediante el cual la enfermera y el usuario llevan a cabo el cambio. En consecuencia, enfermera y usuario comparten la responsabilidad en el proceso de enfermería. (Leddy, Susan. Waswington 1995, pp 230-246).

Articulando una definición de enfermería.

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

Esta definición incorpora los cuatro conceptos del metaparadigma de Enfermería: **persona, entorno, enfermería y salud**; estos conceptos han sido articulados como el “metaparadigma de Enfermería” por primera vez en 1984 (Fawcet). Entenderemos mejor esta definición si es que analizamos detalladamente cómo estos conceptos se incorporan en la definición. (Fawcet, 1984).

Enfermería es un **arte** porque requiere que la enfermera perciba el significado del momento para la persona que cuida, y queda rápidamente entender y actuar.

Asimismo, es una **ciencia** porque incorpora el **cocimiento** ganado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir los componentes del cuidado de Enfermería.

Enfermería es **cuidado integrado** porque incorpora la complejidad biopsicosocial 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. El concepto de “**persona**” tiene un rol clave en la definición de enfermería. Pero representa un todo único complejo definido por la interrelación e interacción entre aspectos biológicos, físicos,

psicosociales, económicos y espirituales. Otro concepto clave es el “**entorno**”. Entorno está siempre vinculado con la persona. Incorpora el medio ambiente físico, social, económico y psicológico en el cual la persona se desenvuelve. Este entorno es individual para cada persona. Enfermería se concierne con personas en el contexto de su entorno.

Es importante enfatizar este punto. Ya que la esencia de enfermería residen nuestra habilidad de conectarnos, o vincularnos, con la persona en el contexto de su mundo único. Es a través de esta conexión, o vínculo, que la enfermera asiste a la persona a movilizar fuerzas para el proceso de salud. Este vínculo interactivo entre persona y enfermera se da, entonces, cuando tres de los conceptos básicos del metaparadigma de enfermería se encuentran.

Ahora bien, el cuarto concepto es “**salud**”. Definida como un estado de bienestar biológico, físico, psicológico y socioeconómico. Estos aspectos de la salud forman una totalidad que constituyen el bienestar general de una persona o comunidad. Ciertamente las enfermeras que entienden más la relación entre la persona y su entorno, o mundo único, se conectan mejor y logran mejores resultados en asistir a personas a movilizar fuerzas para alcanzar un estado de salud.

Así, el metaparadigma de Enfermería nos aporta la base fundamental de Enfermería, esta base teórica es la que provee a las enfermeras en su práctica clínica profesional con un entendimiento integral del ser humano. Es por esto que la vinculación efectiva con el paciente requiere basar la práctica clínica en el pensamiento teórico de enfermería. Según Kozier, 2 las teorías ofrecen maneras de ver a una disciplina en términos claros y explícitos; permite que siendo enfermera un profesional de la salud, pueda comunicar cuál es su quehacer único e importante dentro del equipo interdisciplinario; sin embargo, las opiniones de las teóricas sobre la naturaleza y estructura de enfermería varía, y cada teoría sostiene el nombre de la persona o grupo que la ha desarrollado y refleja sus creencias. (Grinspun, Doris, 1992, Pp. 176-184).

2.- EL CUIDADO.

2.1 CONCEPTO DE CUIDADO:

Sólo se puede distinguir la naturaleza de los cuidados de enfermería si se intenta identificar aquello en lo que se basan los cuidados y, entre ellos, los cuidados de enfermería. Los cuidados de enfermería forman parte del conjunto de actividades de los cuidados, siendo éstos una actividad cotidiana y permanente de la vida.

Entender la naturaleza de los cuidados de enfermería exige, por tanto, volverlos a situar dentro del único contexto que les da todo su sentido, su significado real: el contexto de la VIDA o, más exactamente, el contexto del proceso de VIDA y de MUERTE al que el hombre y los grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia.

Cuidado es atención para hacer bien una cosa. Ocupación que está a cargo de uno.

Cuidar: poner atención en la ejecución de una cosa. Atender, asistir, especialmente a un enfermo (Diccionario de la lengua española, p,191).

En términos del contenido emocional de las interrelaciones enfermera-paciente. Uno de los trabajos más importantes que siguen esta línea es el de Benner y Wrubel (1989) en el que el cuidado es definido en los términos siguientes: “CUIDAR, o tomar contacto, es el elemento esencial de la relación enfermera-cliente (...) y la capacidad de la enfermera para empatizar o “sentir desde” el paciente, representa la principal característica de las relaciones profesionales”. (Enner y Wrubel,1989 p, 70).

“Cuidado es un proceso interactivo por el que la enfermera y cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar. El cuidado es alcanzado por una conciencia e íntima apertura del yo al otro por una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos” (Planner, 1981 p. 70).

Por su parte, Mayeroff (1971), desde una perspectiva existencial, trata de determinar los atributos generales del cuidado: “Cuidar es la antítesis del uso simplista de otra persona para satisfacer nuestras necesidades”. El cuidado entendido como ayuda a otra persona permite el desarrollo y la actualización del yo; es un proceso de interrelación que implica desarrollo, convirtiéndose así en un agente de control social. (Mayeroff ,1971).

Desde una perspectiva similar, Rollo May (1969) ofrece algunas ideas acerca del cuidado en sus trabajos sobre el hombre y su relación con el mundo en que vive: "Cuidado es la fuente necesaria del Eros, la fuente de la ternura (...). En el cuidado el hombre ejecuta acciones en relación a una situación dada, aquí es donde el cuidado implica amor o compromiso" (p, 286)

CUIDAR.

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

Cuidar es un acto individual que uno se da de sí mismo cuando adquiere autonomía pero, del mismo modo; es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.(Collire.1993 p,233).

En palabras de M.F Collier, "desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario ocuparse de la vida para que ésta puede persistir. Los hombres como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados, por que cuidarse es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y, de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, la muerte del grupo y de la especie". (Collire.1995 p,5).

Cabe destacar, que el arte del cuidado es la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería; la cual se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado. Y la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar.

Los trabajos de Watson tratan de identificar los fundamentos filosóficos del cuidado partiendo de una perspectiva fenomenológica: "Proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a

la persona a hall un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración. (Watson, 1992,p.180)

2.2 Antecedentes del cuidado:

En el recorrido transversal de los saberes, desde Florence Nightingale a la actualidad, varias teorías de enfermería sustentan en sus postulados que... “la enfermería es ciencia y arte”, se destaca cuidado como objeto de estudio y razón de ser de la enfermería. De igual manera se comprende que antes de Florence Nightingale, la enfermería se había basado en una idea de arte y no propiamente de ciencia, no porque la enfermería hubiese sido incapaz de pensarse a sí misma hasta antes del siglo XIX, sino porque cabe recordar que el concepto moderno de profesión unido a un desarrollo tecnológico (aplicación cultural de la técnica) y en un estrecho contacto con los desarrollos científicos sólo alcanzó validez con la revolución industrial, que hizo de la productividad el fin en sí mismo y de la técnica el medio para llegar a éste.

dependiente a la enfermería, durante más de un siglo, de la enfermedad y de la medicina, hasta el punto que en lugar de darse un acercamiento entre profesión y ciencia se dio un acercamiento entre profesión y oficio, ya que a la enfermería se le indujo a utilizar cada vez más los instrumentos con el propósito de hacer creíble a amplios sectores de la sociedad la regresión progresiva de la morbilidad y de la mortalidad provocada por las enfermedades epidémicas y el proceso creciente de la concentración urbana e industrial.

El término cuidado ha sido utilizado regularmente en la literatura enfermera desde hace más de un siglo. Los médicos han usado como sinónimo el término cuidado con más frecuencia que las enfermeras entre las décadas de los 60 a los 80; después se invierte la relación.

Desde los años 70 aumentan los referentes lingüísticos del término, momento en el que se inicia su estudio sistemático por parte de las enfermeras.

2.3 CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO.

Comprender el cuidado como objeto de estudio durante esta última década después de haber sistematizado pesado procedimientos de trámites de cuidados muy reduccionistas del contenido significativo y de la complejidad de las situaciones de cuidados, el remedio fue

invocar la calidad de hablar de “cuidados de calidad”. Esta invocación de “la calidad de los cuidados” se pone generalmente al aspecto cuantitativo, como han puesto a “los cuidados de relación” con los “cuidados técnicos”, como si lo uno impidiera lo otro y como si cuidar no exigiera una tecnicidad precisa.

De hecho ¿qué es la “calidad de los cuidados?”. Esto se traduce lo más frecuentemente con una ideología tranquilizante y que no se puede cernir o se presenta como “una Bolsa para todo” lo que no puede ser más que insatisfactorio, en todos los casos para los economistas, yo pienso que tienen razón en este punto. Pero es igualmente insatisfactorio para nuestro propio trabajo, ya que esto quiere decir que no sabemos identificar los cuidados que prodigamos, mostrar su especificidad y su carácter irremplazable y ende hacerlos reconocer. Esto aparece de manera muy manifiesta cuando las enfermeras o enfermeros, pero también las parteras, deploran no ser reconocidos en vez de aplicarse a explicar la aportación y los efectos de los cuidados con el fin de hacer reconocer el valor social y económico de su trabajo los cuidados, y negociar las condiciones indispensables para su realización. También un aspecto que me parece muy importante, si el personal enfermero piensa realmente tener otra función que la de auxiliar médico, por prestigioso que esto sea, si verdaderamente piensa tener una función de cuidados propiamente dicha, es decir una función que no podría uno confundir con la de aplicar y de vigilar tratamientos, es la exigencias de analizar y de dilucidar el aporte vital y terapéutico de los cuidados. Para esto es indispensable e imperativo aprender a discernir la naturaleza de los cuidados, a explicarlos y de allá a identificar su finalidad, y a estimar sus efectos.

La práctica del cuidado de la salud debe ser entendida primariamente como un asunto humano basado en las relaciones humanísticas que se establecen entre enfermeras y las personas que requieren atención.

2.4 TIPOS DE CUIDADO.

Los cuidados son transmitidos y prodigados esencialmente por las manos, por el tacto, por el contacto de cuerpo a cuerpo.

Las manos son y serán el primer vehículo de los cuidados:

Las manos que estimulan,

Las manos que tranquilizan,

Las manos que estiran.

Las manos que tonifican,

Las manos que reconfortan...

Por encontrar su lugar en este mundo desconocido y encontrar ahí seguridad

No puede hacerse sin la voz, el canto, la palabra:

Palabra de despertar

Palabra de llamado a existir

Palabra que nombra

Palabra que mece y que duerme

Estas prácticas se expresan de manera lúdica.

Se derivan del placer y de la satisfacción. Se intercambian en la reciprocidad de un enriquecimiento mutuo. Así, los cuidados alrededor del nacimiento se suceden y se completan en su diversidad. Lo mismo sucederá alrededor de la muerte. La variedad de su naturaleza depende de su finalidad.

Según su finalidad se puede distinguir:

Los cuidados de estimulación. Se centra en despertar y desarrollar las capacidades más fundamentales como las de respirar, mamar, sentir, entender, ver, sentarse, pararse, caminar, hablar, permitir el desarrollo de los sentidos y de las capacidades motrices. Así, de su sensación a su percepción, a su representación la variedad de los sentidos de estimulación provoca reacciones afectivas, desarrollada y crea expectativas, deseos, intereses,

motivaciones. Se encuentra en la base de todo lo adquirido del desarrollo psicomotor y del pensamiento.

Los cuidados de “confortación” (del verbo “confortar”, que es diferente de “reconformar”). Son cuidados de aliento que permiten adquirir seguridad, firmeza, favoreciendo la renovación y la integración de la experiencia exterior para que haya adquisición.

Los cuidados de compensación se proponen sustituir todo lo que no ha sido todavía adquirido por el pequeño. Compensar por lo tanto todo lo que no puede hacer por él mismo, pero van disminuyendo conforme el niño va adquiriendo y desarrollando sus capacidades.

Los cuidados de mantenimiento y de conservación de la vida tienen como propósito **conservar, mantener** las capacidades adquiridas a fin de que no se pierdan. Una insuficiencia y afortiori., Una carencia de cuidados provoca las mayores regresiones, como se ha podido constatar en el hospitalismo.

Los cuidados de la “apariencia” se refieren a todos los cuidados que hacen que el niño sea atractivo. Son los cuidados de la cara, del peinado pero también de la ropa. al ser el cuerpo el punto de partida y la fuente de la comunicación, estos cuidados permiten disfrutar de la comunicación y la construcción de la imagen corporal, de la imagen de si mismo esta imagen de si es del desarrollo de la identidad.

Los cuidados de tranquilización, conocidos hace siglos y constantemente utilizados en todas las sociedades de tradición oral, son redescubiertos actualmente, denominándose más bien cuidados de relajación. De hecho, estos cuidados se orientan hacia, la relajación, la liberación de las tensiones y tienden a tranquilizar por ello lo que está en turbulencia, en alteración. Estos cuidados también contribuyen a curvar el dolor o por lo menos a disminuirlo.

Estos cuidados son iguales a la naturaleza son los que serán brindados a las madres durante el nacimiento y posteriormente al parto, pero con el discernimiento de lo que es necesario compensar, tranquilizar, confrontar, estimular para permitirles recuperar sus fuerzas y descubrir progresivamente como abordar y garantizar los cuidados con sus hijos.

Los cuidados alrededor del nacimiento han inspirado los cuidados alrededor de la muerte. Son por lo tanto cuidados de la misma naturaleza que encuentra uno al final de la vida, pero brindados de manera inversa. En efecto, estos cuidados son puntualizados por la marca del tiempo, en función de la edad pero también de la duración del camino hacia la muerte.

Los cuidados de compensación van en aumento y tomar el lugar de lo que la persona ya no puede hacer. Tratan de compensar las disminuciones sensoriales: táctiles... visuales...auditivas...las disminuciones motrices que impiden las posibilidades de levantarse, caminar, de lavarse, de vestirse, de correr.

Estos cuidados reclaman todo un discernimiento de lo que ocasiona y justifica la compensación que aumenta, con el fin de evitar toda sustitución de lo que alguien puede todavía hacer y de ahí la necesidad de los cuidados de mantenimiento y conservación de la vida.

Los cuidados de mantenimiento y conservación para mantener y conservar la vida tratando de mantener lo más posible todas las Capacidades existentes.

Los cuidados para tranquilizar tienen como propósito reforzar el sentimiento de seguridad respecto a las posibilidades remanentes.

Los cuidados de estimulación tienen como propósito guardar en estado de vigila las capacidades que se encuentran todavía a sean físicas y/o psicoafectivas.

Los cuidados para tranquilizar y relajar, que contribuyen tanto a la disminución del dolor y pueden ser un acompañamiento hasta el límite de la muerte, así sucede con el masaje de los pies practicados a los moribundos en numerosas sociedades tradicionales.

Como puede uno darse cuenta, todos estos cuidados que acompañan a la muerte no son cuidados “paliativos”, en el sentido que no tienen para nada como propósito compensar la insuficiencia o la importancia de los tratamientos, como deja entender de manera errónea. Son tan necesarios para las personas bajo tratamiento, como para las que ya no lo reciben. Su finalidad es ayudar a vivir hasta el límite de la muerte. Son cuidados de acompañamiento de fin de vivir que permitan rebasar el último pasaje... de morir.

Tal es la variedad de los cuidados en todas las sociedades alrededor del nacimiento y de la muerte. Cuidados de naturaleza diferente según su finalidad pero constantemente complementarios. Cuidados centrados sobre todo lo que permite vivir, lo que ayuda a vivir. Sin embargo cuidados de la misma naturaleza, tan vitalmente indispensables, que son imperiosamente necesarios cuando ocurre la enfermedad o cuando hay accidente: estos cuidados vitales de los cuales nadie podría prescindir, estos cuidados que esperan a veces desesperadamente los enfermos graves, los accidentados, quienes algunas veces se atreven a expresar su sufrimiento, tal como el testimonio de Martha Allué, antropóloga de Cataluña, en su obra **“Perder la piel”** (Barcelona, Ed. Seis Barral, 1996) en la que muestra la brecha, y a veces el abismo existente entre la concepción organicista y funcionalista de los médicos, que arrastran detrás de sí al personal enfermero, y lo que representa para los pacientes su lucha cotidiana y su sufrimiento para reconquistar actividades de la vida cotidiana y asumirlas progresivamente. La representación médica tiene como accesorio lo que decide la vida cotidiana... lo que representa poder vivir. Otros pacientes- y es el mayor número- al no poder expresar su sufrimiento se hunden en el silencio de la soledad y de la desesperanza.

¿Por qué tanto sufrimiento? Sufrimiento que puede también encontrarse del lado de los que impartiendo los cuidados. Por qué esta falta de reconocimiento de lo que, a pesar de las dificultades de los servicios, muchos se esfuerzan en realizar para estar pendiente... atentos... cuidar en el sentido de ayudar a vivir. **“Sería quizá tiempo de tratar de comprender, simplemente comprender.-lo que es en suma cuidar”** escribía en julio de 1993 Sophie Burtin, enfermera de los Hospitales de Asistencia Pública de París, en “El Mundo de los Debates”

El remedio propuesto para esto durante esta última década-después de haber sistematizado pesado procedimientos de trámites de cuidados muy reduccionistas del contenido significativo y de la complejidad de las situaciones de cuidados-, el remedio fue invocar la calidad de hablar de “cuidados de calidad”. Esta invocación de “la calidad de los cuidados” se pone generalmente al aspecto cuantitativo, como han puesto a “los cuidados de relación” con los “cuidados técnicos”, como si lo uno impidiera lo otro y como si cuidar no exigiera una técnica precisa.

De hecho ¿qué es la “calidad de los cuidados?”. Esto se traduce lo más frecuentemente con una ideología tranquilizante y que no se puede cernir o se presenta como “una Bolsa para todo” lo que no puede ser más que insatisfactorio, en todos los casos para los economistas, yo pienso que tienen razón en este punto. Pero es igualmente insatisfactorio para nuestro propio trabajo, ya que esto quiere decir que *no sabemos identificar los cuidados que prodigamos, mostrar su especificidad y su carácter irremplazable y ende hacerlos reconocer*. Esto aparece de manera muy manifiesta cuando las enfermeras o enfermeros, pero también las parteras, deploran no ser reconocidas en vez de aplicarse a explicar la aportación y los efectos de los cuidados con el fin de hacer *reconocer el valor social y económico de su trabajo los cuidados, y negociar las condiciones indispensables para su realización*. También un aspecto que me parece muy importante, si el personal enfermero piensa realmente tener otra función que la de auxiliar médico, por prestigioso que esto sea, si verdaderamente piensa tener una función de cuidados propiamente dicha, es decir una función que no podría uno confundir con la de aplicar y de vigilar tratamientos, es la exigencias de analizar y de dilucidar el aporte vital y terapéutico de los cuidados. Para es indispensable e imperativo aprender a *discernir la naturaleza de los cuidados, a explicarlos y de allá a identificar su finalidad, y a estimar sus efectos*.

¿Por qué la utilización del enfoque antropológico porque toda situación de cuidados, en todo momento del desarrollo de vida, es si misma una situación antropológica en el sentido que se refiere a los humanos anthropos, a saber los hombres y las mujeres, (los niños y las niñas), viviendo en un contexto sociocultural que moldean según su medio, que porta significación. Por eso mismo, el discernimiento de la naturaleza de los cuidados a impartir no puede elaborarse más que a partir de una conciencia de lo que revelan diversos aspectos de las personas que requieren cuidados, solicitando estos diferentes aspectos ser considerados en interrelación. Sucede lo mismo cuando la situación se refiere a varias personas, o situaciones de grupo (se ha considerado demasiado que las situaciones de cuidados no podrían ser abordadas más que individualmente privilegiando solamente a la relación dual, lo que lleva a una focalización exclusiva sobre el individuo en detrimento de los que lo rodean y del ambiente.

El punto de partida de todo enfoque antropológico es el de aprender a descubrir lo que aparece en la situación. Insistió bien en descubrir es decir descubrir, descubrir lo que se siente a partir de lo que aprende uno de las personas, dejándose llevar hacia, por aquello que permite descifrar el sentido.

Pero, el sentido se esclarece cuando se comprende sobre qué se arraigan, se vinculan, los aspectos descubiertos; y se tejen alrededor de tres ejes mayores que se encuentran en todas las situaciones de cuidado a, saber: el de ser hombre o una mujer, característica dominante, principal, ya que da sentido a todo lo que es vivido y a todas las incidencias, pero es generalmente la menos concientizada y, por lo mismo, la menos considerada.

Ser una mujer o un hombre, de una determinada edad, lo que significa que se encuentra en determinada etapa de su recorrido de vida. Esta dimensión fundamental de la vida, es muy poco considerada salvo en los dos extremos de la vida.

Es alrededor de este hecho importante de ser hombre o mujer, de tal edad, que toman sentidos los diversos aspectos relacionados a lo que moldea la historia de vida, las preocupaciones, los deseos, las ocupaciones, sobre los cuales se asuman las repercusiones y consecuencias de tal o cual problema de salud.

Las manifestaciones de estas deficiencias o de estas lesiones funcionales u orgánicas no se describen casi nunca, ni se explican. Son pocas veces consideradas, tomando en cuenta la reciprocidad de sus aspectos y sus efectos biofisiológicos y socio-afectivos. Sin la aprehensión precisa de esas manifestaciones y de su evolución, no es posible identificar con precisión y rigor la naturaleza de la ayuda a brindar, y por ello, la naturaleza de los cuidados a prodigar.

El del ambiente: ambiente socio-afectivo que es el de la familia, los amigos, los vecinos, pero también el ambiente constituido por el entorno físico que representa el alojamiento, el barrio.

Es la puesta en relación *de los diferentes aspectos descubiertos alrededor de estos tres ejes, descifrando sus vínculos de significación a partir de sus interferencias,* que indica lo que hace realmente falta, lo que requiere ser compensado... confortado... readquirido...mantenido... desarrollado... y por ello permite determinar la naturaleza de los cuidados a prodigar

asociándolos de manera complementaria en función de las finalidades a alcanzar, finalidades que requieren ser muy claramente explicitadas.

Este discernimiento de la naturaleza de los cuidados a brindar depende del **juicio profesional**. Constituye el **diagnóstico de los cuidados** sobre el cual se fundamenta la **decisión de la naturaleza de los cuidados** a realizar en relación con las finalidades a perseguir. Este discernimiento, derivado de un análisis de la situación, sirve de referencia para **estimar los efectos de los cuidados** brindados. Permite igualmente estudiar y después **determinar las condiciones de trabajo necesarias** para implementar en marcha los cuidados y para realizarlos.

El enfoque de los cuidados no consiste tampoco en proclamar una ideología de “LA RELACIÓN”, como tal, sino que sobre todo requiere **aprender a vincular, a poner en relación** diferentes aspectos de una situación **para descifrar su sentido**, es decir la **significación** en un contexto cultural, social y económico determinado, con el fin de captar lo que orienta la naturaleza de los cuidados y sirve de base a la indicación de sus efectos.

ENCONTRAR EL SENTIDO ORIGINAL DE LOS CUIDADOS

Cuidar se sitúa en el cruce de lo que hace vivir y morir

Cuidar es comunicar de la vida...

Es permitir existir...

Es desarrollar lo que permite vivir...

Es compensar lo que obstaculiza la vida...

Es acompañar los grandes pasajes de la vida.

Los momentos difíciles,

La enfermedad...

es movilizar las capacidades existentes... y/o remanentes

es permitir nacer... es renacer a la vida, es vivir su muerte,
es encontrar la dimensión simbólica de los cuidados- el sentido de lo
sagrado: lo que da sentido a la vida en su intersección social,
es ayudar a pasar... a rebasar... a morir...

Los que dan cuidados ayudan a pasar,

Esta cuestión de los cuidados cotidianos, de los cuidados vitales, no es una cuestión subsidiaria, secundaria o accesorio. No puede ser considerada aisladamente no puede ser disociada de la ecología, de la lucha contra la contaminación, de la necesidad absoluta de cuidar la tierra. **Cuidar... tomar cuidado de la vida...** es un reto político-económico vital. Las parteras, las enfermeras y los enfermeros tienen una gran responsabilidad para garantizar el carácter irremplazable de los cuidados vitales. No podrán hacerlo más que haciendo visible su realización. El siglo XX vio centrarse el movimiento de la profesionalización en los programas de formación pero la formación no es significativa si se sigue desconociendo la aportación de los cuidados en los lugares del ejercicio profesional. El siglo XX tiene que orientarse necesariamente hacia las realizaciones operadas por los que brindan los cuidados en los servicios y permitir la ampliación de los conocimientos de los cuidados en beneficio de los usuarios y la valoración del trabajo de los que cuidan. (ENEO-UNAM,Memorias,1907-1997).

3.- TEORÍA DE ENFERMERÍA

3.1 CONCEPTO, OBJETIVO Y VENTAJAS DE LA TEORÍA DE ENFERMERÍA

CONCEPTO: El término teoría tiene diversas acepciones. Tradicionalmente se ha utilizado para referirse a una generalización abstracta que implica una explicación sistemática acerca del modo en que se interrelacionan dos fenómenos. Esta definición supone que una teoría incorpora cuando menos dos conceptos que se relacionan entre sí de una manera que la

teoría pretende explicar. Existen numerosas definiciones de teoría pero la más simple y común es que la teoría científica es un intento organizado de dar sentido y organizar la realidad. Genéricamente, la teoría de enfermería se define como una comunicación de una conceptualización de algún aspecto de la realidad de enfermería con el propósito de describir un fenómeno, explicar las relaciones entre los fenómenos, predecir las consecuencias o prescribir el cuidado de enfermería. Las teorías de enfermería son los depósitos donde reposan los resultados de la indagación relacionada con conceptos de enfermería tales como: salud, promoción de la salud, comodidad, sanar, recuperación, movilidad, descanso, cuidado, fatiga, ayudar a ser capaz de, cuidado familiar.

De acuerdo con Chinn y Jacobs (1987), de Villalobos (1998) y Chinn y Kramer (1999) se pueden identificar varios tipos de teorías: Una de ellas tiene que ver con la estructura de la teoría (Mckey, 1969). Esta definición habla de la teoría asimilándola a una “serie de hipótesis relacionadas”, y por tanto incorpora a la investigación como elemento fundamental en el desarrollo teórico y elimina las conceptualizaciones derivadas de procesos mentales. Otro tipo de definición se refiere a las metas de la teoría (Dickoff y James, 1978) y propone que “la teoría es un sistema conceptual o marco de referencia que se ha inventado con algún propósito”. El tercer tipo de definición hace alusión a la naturaleza tentativa de la teoría. Este tipo lo define Barnum (1990) como “una definición que da a entender o caracteriza un fenómeno”. La autora hace énfasis en que los recursos de teorías para enfermería no es “lo que es”, sino lo “que debe ser” y que las conceptualizaciones actuales son, en verdad teoría de enfermería porque, las discusiones y distinciones entre teoría, conceptos, marcos de referencia y otros términos, conduce más a mirar las etiquetas y no a la sustancia de una tesis dada. Reconoce que la teoría está siempre en un proceso de desarrollo y que las conceptualizaciones que se dan en un momento específico, tienden a ser teóricas y son compatibles con la investigación, ya que tanto la conceptualización, como la indagación pueden convivir en la misma arena del desarrollo epistemológico.

Algunos autores se refieren de manera específica a este tipo de teoría como **teoría descriptiva**, que, por ejemplo, Fawcett y Douns (1992) definen como teorías sustentadas empíricamente que “describen o clasifican dimensiones o características específicas de

individuos, grupos, situaciones o fenómenos y resumen las generalidades comunes a observaciones discretas” (p.7).

OBJETIVO:

El propósito de la teoría es proporcionar un manejo del fenómeno para que permanezca en una posición de auxilio. En el avance de una ciencia, los marcos teóricos y conceptuales tienen varios cometidos interrelacionados. Su objetivo global es la obtención de resultados científicos significativos y generalizables. Las teorías permiten a los investigadores entretejer las observaciones y hechos en un esquema ordenado. El encadenamiento de los resultados en una estructura coherente se traduce en una mayor accesibilidad y, por ende, en una mayor utilidad de los conocimientos acumulados, tanto para la puesta en práctica de los resultados, como para ampliación de la base de conocimientos de una disciplina.

¿QUE VENTAJAS TIENE LA APLICACIÓN DE UNA TEORÍA EN ENFERMERÍA?

Son múltiples las ventajas que aporta al saber, al ser y al saber hacer la inclusión de una teoría de enfermería, sin embargo, las agruparé en cinco teniendo en cuenta los referentes bibliográficos utilizados para el presente escrito:

1. La aplicación de una teoría en la práctica de enfermería proporciona los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos. (Marriner-Tomey, Bogotá, 2002, pp.3-14)
2. Permite al personal de enfermería aumentar la capacidad de desempeño mediante el conocimiento teórico, ya que es probable que los métodos tengan éxito si están desarrollados sistemáticamente y sirve de referencia ante cualquier incertidumbre o duda. (Ibid).
3. El profesional de enfermería se desarrolla con mayor autonomía ya que el punto de referencia se supone tanto para el ejercicio profesional como para la formación y las labores de investigación de la profesión.

4. Favorece en el profesional el razonamiento, la capacidad analítica, clarifica los valores y determina los propósitos del ejercicio profesional, la educación y la investigación; así mismo fortalece la identidad profesional, el colegaje, la solidaridad, el compromiso entre las diferentes enfermeras que intervienen en los procesos de enseñanza – aprendizaje y en la práctica en los diferentes turnos, horarios y áreas. (Murrain Knudson, Colombia 2009).

5. Establece una relación cíclica entre la teoría, la práctica y la investigación, relación que nos permite ofrecer cuidado de calidad, alcanzando la misión de enfermería, las metas del cuidado y continuidad en el desarrollo del conocimiento que fortalece la disciplina. Meleis, Afaf. La relación entre la teoría, la práctica y la investigación con la calidad del cuidado de enfermería. (Acofaen, Bogotá 2000, pp. 86 – 94).

En esa medida, la aplicación de una teoría en enfermería favorece tanto la práctica como la docencia y la investigación, al establecer ese hilo conductor que brinda coherencia interna y externa dando trascendencia e impacto al cuidado que ejercen las enfermeras. (Ibid)

Múltiples autoras han propuesto Conceptos filosóficos (explicación del significado de fenómenos observados a través del análisis, razonamiento y argumentación lógica), Modelos conceptuales (conjunto de conceptos, definiciones, y proposiciones con indicación expresa de sus interrelaciones) o Teorías (derivadas del trabajo de otras disciplinas relacionadas con la salud, de exposiciones filosóficas y teóricas de los modelos conceptuales para proponer resultados menos abstractos y más específicos en la práctica profesional), para contribuir en el conocimiento científico de la disciplina, por lo que es oportuno mencionar las grandes corrientes del pensamiento que han favorecido el resurgimiento de los actuales conceptos de enfermería.

Así, el metaparadigma de Enfermería nos aporta la base fundamental de Enfermería esta base teórica es la que provee a las enfermeras en su práctica clínica profesional con un entendimiento integral del ser humano. Es por esto que la vinculación efectiva con el paciente requiere basar la práctica clínica en el pensamiento teórico de enfermería.

Según Kozier, 2 las teorías ofrecen maneras de ver a una disciplina en términos claros y explícitos; permite que siendo enfermera un profesional de la salud, pueda comunicar cuál disciplina en términos claros y explícitos; permite que siendo enfermera un profesional de la

salud, pueda comunicar cuál es su quehacer único e importante dentro del equipo interdisciplinario; sin embargo, las opiniones de las teóricas sobre la naturaleza y estructura de enfermería varía, y cada teoría sostiene el nombre de la persona o grupo que la ha desarrollado y refleja sus creencias. Al margen de esto último, las propuestas de las teorías de enfermería y sus construcciones conceptuales, están dirigidos a proveer dirección y guiar la esencia de la enfermería.

3.2 CLASIFICACIÓN DE LAS TEORÍAS.

Clasificación por teorías que han servido de base para su elaboración: Sistémicos: parten de la Teoría General de Sistemas (L. V. Bertalanffy 1.937), para describir los elementos que conforman la actividad enfermera. (C. Roy, D. Jhonson, B. Newman). . Necesidades: a partir de la Teoría de Necesidades Básicas Humanas (A. Maslow 1.943), se establece el núcleo de la acción enfermera. (V. Henderson, D. Orem, Roper). . Interacción-comunicación: se centra en la naturaleza fundamental que subyace en las interrelaciones e interacciones de las personas. (I.Orlando, J. Riehl, I.King). . Desarrollo-evolucionista: se basan en conocimientos de las ciencias del comporta-miento. (H. Peplau). C) Clasificación por escuelas de pensamiento, establecida por Meleis en 1.991, basada en relacionar cronología, antecedentes de las autoras, contexto sociocultural y propósito que guió la construcción del modelo: Escuela de Necesidades: Sus modelos se basan en la Tª de Necesidades y en Teorías del Desarrollo. Se plantean ¿qué hacen las enfermeras? Se centran en el déficit en la satisfacción de necesidades de la persona y en la función enfermera entendida como la puesta en marcha de acciones necesarias para ayudar en dicha satisfacción. Sus representantes más destacadas son: Henderson, Orem y Abdellah. . Escuela de Interacción: Se basan en la Teoría de las Necesidades y en teorías filosóficas (humanismo, interaccionismo y existencialismo). La pregunta a la que tratan de dar respuesta es ¿cómo lo hacen? y definen a enfermería como un proceso de interacción deliberado que implica ayuda y cuidados. Las teóricas más importantes de esta escuela son: Peplau, Orlando, Weindenbach y King. . Escuela de Objetivos: Sus bases se establecen a partir de la Teoría General de Sistemas, Adaptación y Desarrollo y de la Escuela de Necesidades. Tratan de responder al ¿por qué? centrandó la meta de enfermería en la restauración del equilibrio y estabilidad de la persona, preservación de la energía y el incremento de la armonía entre el individuo y su entorno. Está

representada por: Rogers, Levine, Roy y Johnson. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Es uno de los modelos más conocidos de la Escuela de Necesidades junto con el de Orem. Realiza la definición de enfermería que adopta el C.I.E. (Consejo Internacional de Enfermería) e introduce términos de amplio uso en el ambiente profesional: “cuidados básicos de enfermería” y “práctica independiente de enfermería”. Conceptos: * PERSONA: ser bio-psico-social con 14 necesidades fundamentales que deben ser satisfechas para mantener, restablecer o aumentar su salud y asegurar su bienestar. Éstas son:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar los residuos corporales.
- Moverse y mantener una postura conveniente.
- Descansar y dormir.
- Seleccionar ropa, vestirse y desvestirse apropiadamente.
- Mantener la temperatura del cuerpo dentro de límites normales.
- Mantener el cuerpo limpio y cuidado y proteger el tejido cutáneo.
- Evitar peligros del entorno e impedir que perjudiquen a otros.
- Comunicarse y expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Actuar según los valores y creencias.
- Trabajar y realizarse.
- Participar en actividades de ocio y recreo.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal.

De acuerdo con este modelo la persona desea ser independiente y se esfuerza por conseguirlo, es un todo complejo y si una necesidad no está satisfecha el individuo se convierte en un ser dependiente que requiere la intervención enfermera. *

ENTORNO: concepto que no aparece prácticamente en el modelo de Henderson y una de las principales críticas que se le hacen. Utiliza la definición del Webster's New Collegiate Dictionary: “conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan la vida y el desarrollo de un organismo”. *

SALUD: es una cualidad básica de la vida para el funcionamiento del ser humano y ésta es posible cuando se tienen la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Consiste en la habilidad de las personas para desempeñar las funciones requeridas para su independencia en la satisfacción de necesidades que le permita trabajar con máxima efectividad y alcanzar el mayor potencial de satisfacción en la vida. *

ENFERMERÍA: Henderson la define: “Los cuidados de enfermería consisten , principalmente, en ayudar al individuo sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o restablecimiento (o a evitar padecimientos a la hora de la muerte), actividades que él realizaría por sí mismo, si tuviera la fuerza, los conocimientos, o la voluntad necesarios. La función de la enfermera es asistir en estas actividades, para que recobre su independencia lo más rápidamente posible”. Su concepto profesional sobre la intervención enfermera es coherente con su visión de persona y salud ya que centra su actividad en el/las

áreas de dependencia del individuo con el objetivo de mantener o restaurar relaciones sean difíciles de entender ya que sus ideas son muy avanzadas, exigen un conocimiento de otras disciplinas, una voluntad de desechar lo tradicional y una capacidad para percibir el mundo de una forma nueva y creativa. De manera esquemática el modelo de Rogers se basa en cuatro bloques:

- Campo energético: unidad fundamental de los seres vivos y de la materia inerte. Son infinitos, con carácter unificador e irreductibles.
- Universo de sistemas abiertos: los campos energéticos son abiertos, innumerables e integrados unos con otros.
- Patrones: característica distintiva que identifican los campos energéticos y cuya naturaleza cambia de forma continua e innovadora. Cada patrón de campo humano es único y está integrado en su propio campo ambiental.
- Tetradsimensionalidad: dominio no lineal sin atributos espaciales o temporales. Describe el proceso vital de la persona a partir de sus características: ser unitario, abierto, unidireccional, sus patrones y organización, los sentimientos y el pensamiento.

* FAYE G. ABDELLAH Fundamenta su trabajo en los llamados “21 problemas de Enfermería”, organizados en tres áreas: necesidades físicas y psicosociales, tipo de relación enfermera-paciente y elementos comunes del cuidado.

* MYRA E. LEVINE Su modelo se desarrolla a partir de lo que denomina “Principios de conservación”, organizados en cuatro grupos: de energía, de la integridad estructural, de la integridad personal y de la integridad social.

* JOYCE TRAVELBEE Se le denomina “modelo de relación humano a humano” y plantea que a medida que el proceso de interacción progresa hacia la relación de afinidad (rapport) se obtiene el potencial necesario para una relación terapéutica.

* IMOGENE KING Es conocida por la “teoría del logro de metas” cuyos conceptos principales son: interacción, percepción, comunicación, transacción, rol, estrés, crecimiento o desarrollo y tiempo y espacio.

* EVELYN TOMLIN, HELEN ERICKSON Y MARY A. SWAIN A partir de teorías psicológicas, cognitivas y biológicas fundamentan la denominada “teoría del modelado o modelado de roles”, donde se recoge que éste se produce cuando la enfermera acepta y entiende a su cliente.

* MADELEINE LEININGER Desarrolla la “teoría de los cuidados transculturales” a partir de la creencia de que las culturas pueden determinar casi todos los cuidados que sean necesarios.

NIVELES DE DESARROLLO DE LA TEORÍA.

El deseo de tener una base para la teoría de enfermería condujo a cuatro niveles de desarrollo.

1. Metateorías

2. Enfocada a aspectos filosóficos y metodológicos relacionados con el desarrollo de la base de la teoría para enfermería. Ejemplos de teorías y su fuente:

3. El proceso de desarrollo de teoría en enfermería.(Mc Kay, 1965).

Conferencia “Naturaleza de la ciencia de enfermería”(1968).

La naturaleza de la ciencia y enfermería”(1968).

Teorías en las disciplinas prácticas (Dickoff et al,1968).

2. Macroteoría o gran teoría Constituida por marcos conceptuales de referencia globales que definen perspectivas amplias para la práctica y formas de ver los fenómenos de enfermería. Ejemplos de este tipo de teoría son: Orlando con sus “Relaciones dinámicas enfermera-paciente” (1961);

Weidenback con “Enfermería clínica: un arte de ayuda” (1954), enfocada a definir conceptos centrados en la relación enfermera-paciente, para Weidenback las “necesidades de ayuda” eran diferentes de las necesidades del pacientes, ello distinguía las acciones deliberadas de enfermería de las automáticas.

Posteriores teorías del tipo macroteorías pasaron de su enfoque en las relaciones enfermera-paciente a conceptos más amplios, por ejemplo, Martha Rogers (1970) hace énfasis en una perspectiva holística en el proceso de vida del hombre (Lorraine Olsewski y Kay Kay Coalson Avant, 1998, pp. 77, 78).

Otros ejemplos de estas macroteorías son los siguientes:

King, “Hacia una teoría de enfermería” (1971); Orem, “Concepto de la práctica de enfermería” (1971); Roy, “Introducción a la enfermería: un modelo de adaptación” (1976); M. Newman, “Hacia una teoría de la salud” (1979).

3. Teorías de mediano alcance: Es un nivel de teorías menos abstracto que surgió para llenar los vacíos entre las macroteorías y la práctica. Debido a las dificultades inherentes a la

prueba de macroteorías, se ha propuesto y utilizado otro nivel más manejable (Jacox, 1974), que es el de las teorías de mediano alcance. Las teorías en este nivel tienen un número de variables limitado. Por estas características las teorías de mediano alcance son comparables, aún cuando son lo suficientemente generales como para no ser interesantes científicamente. Así, las teorías de mediano alcance comparten algo de la economía conceptual de las macroteorías, pero aportan también la especificidad que se requiere para que sean útiles en la práctica y la investigación.

4. Nivel Teoría práctica: Es un nivel orientado a la práctica llamado Teoría práctica. Este cuarto nivel es de prescripciones teóricas de modalidades para la práctica (más ampliamente). Un resultado de la metateoría fue la idea de la teoría práctica (Wooldridge et al, 1969; Dickoff et al, 1968). Al describir la teoría práctica, Jacox (1974) presentó la siguiente descripción sucinta: “Es la teoría EUGENIO FLORES REYES: Transformación y formación.4 ENERO-MARZO 2007 SynthesiS 41 que dice que, dada esta meta de enfermería [producir cierto cambio deseado o efecto en el estado del paciente], estas son las acciones que la enfermera debe cumplir para lograr dicha meta”. La esencia de las teorías prácticas es su meta deseada y la prescripción de acciones para lograr dicha meta (Olsewski y Coalson Avant, 1998, pp. 78,79, 81).

Definiciones de enfermería La profesión de enfermería ha sido definida por líderes de enfermería y organizaciones profesionales según sus funciones; para fines prácticos se utilizará la definición de la ANA (1980), ya que este documento refleja la evolución histórica de la profesión y su base teórica: “Enfermería es el diagnóstico y tratamiento a las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales” (Iyer, Taptich y Bernocchi, 1993, p. 5).

Respuestas humanas.- Es la forma en que el cliente responde a un estado de salud o enfermedad (Rodríguez Sánchez, 2000, p. 12).

Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de enfermería. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Valoración: es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno, que son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Diagnóstico: es un enunciado que describe, diagnostica y trata las repuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales.

Planificación: se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.

Ejecución: es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación: comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos (Iyer, Tapich y Bernocchi-Losey).

3.3 APLICACIÓN DE LAS TEORÍAS

Desde hace muchos años, las enfermeras han intentado precisar su propia área de investigación y de práctica. Han hecho el esfuerzo de buscar las palabras que describan justamente sus actividades de cuidados al lado de las personas provenientes de diversos lugares. Estas enfermeras a menudo llamadas teorizadoras y metateóricas*, han querido delimitar el campo de la disciplina de la enfermería. Mientras que disciplinas como la física, la fisiología, la sociología y la historia son llamadas teóricas, otras; como el derecho, la medicina y la ciencia enfermera, son disciplinas profesionales, es decir, que están ante todo orientadas hacia su práctica profesional (Donalson y Crowlet, 19789). Según su perspectiva única y sus propios procesos de reflexión, conceptualización e investigación, las disciplinas profesionales tienen por objeto desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica. Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, Fawcett (1984) ha examinado los escritos de varias enfermeras teorizadoras y ha reconocido, como Flaskerud y Halloran (1980), que los conceptos cuidado, persona, salud y entorno están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita y a veces de manera implícita. Desde 1859, estos cuatro conceptos están presentes en los escritos de Nightingale (1969). Es precisamente gracias a la manera particular con la que las enfermeras abordan la relación

entre el cuidado, la persona la salud y el entorno que se clarifica el campo de la disciplina enfermera.(K rouac,Susanne, Barcelona España,1996)(Antología, Pp. 102-103).

Según sus bases filosóficas y científicas las concepciones de la disciplina se agrupan en seis escuelas del pensamiento: de las **necesidades**, de la **interacción**, de los **efectos deseables** y de la **promoción de la salud** , orientadas estas a la persona, y las escuelas del **ser humano unitario** y del **cuidado**, caracterizados por una apertura hacia el mundo (Rosales, Pp. 226-227).

3.4 TEORÍA DE VIRGINIA AVENLE HENDERSON

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrolló una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996, que surge la teoría de enfermería de Virginia Avenle Henderson. Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independenciac de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.

Datos Biográficos de Virginia A. Henderson (1897-1996)

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

1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C.

1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

1922 inicia su carrera como docente.

1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.

1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.

1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.

1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.

1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.

1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.

1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.

1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.

1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.

1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera. Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

Catholic University.

Pace University.

University of Rochester.

University of Western Ontario.

Yale University.

Old Dominion University.

Boston College.

Thomas Jefferson University.

Emery University.

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

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

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

1978 publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.

1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.

2.- Fuentes Teóricas: Tres factores la condujeron a compilar su propia Definición de Enfermería el primero de ellos ocurrió al revisar el texto de Berta Harmer. El segundo factor fue su participación como integrante del Comité de la Conferencia Regional de la National

Nursi Council en 1946, y el tercer factor estaba representado por su propio interés en el resultado de cinco años de Investigación de la American Nurses Association (ANA) sobre la función de enfermería en 1955. Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Otras de las fuentes que influenciaron su trabajo fueron: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr Edward Thorndike, Dr George Deaver, Bertha Harmer, e Ida Orlando.

4. Principales Conceptos y Definiciones

Enfermería

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Salud

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

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

Necesidades

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow:

Las primeras 7 necesidades están relacionadas con la fisiología:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
7. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.

La 8ª y la 9ª están relacionadas con la seguridad:

Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.

Evitar peligros y no dañar a los demás.

La 10ª esta relacionada con la propia estima:

10. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.

La 11ª esta relacionada con la pertenencia:

11. Profesar su fe.

Desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

12. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.

13. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

Independencia

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas.

Dependencia

Es cuando la persona no tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para satisfacer sus necesidades dando origen a los problemas de Salud.

Cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionadas a una falta de conocimientos.

Las causas de la dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

1. Falta de fuerza. Interpretamos por Fuerza, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

2. Falta de conocimientos. En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

3. Falta de voluntad.

Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una **dependencia total o parcial** así como **temporal o permanente**, aspectos estos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado. (Fernández, Novel y Martí, Barcelona España, 1993, Pp. 3-37) (Antología, p. 248).

5. Supuestos Principales

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

Cada individuo es una totalidad compleja (un ser bio-psico-social) que requiere satisfacer necesidades fundamentales.

La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente.

6. Valores

La enfermera tiene una función propia, aunque comparta ciertas funciones con otros profesionales.

Cuando la enfermera desempeña el papel del médico, delega su función primaria en personal preparado de forma inadecuada.

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

7. Afirmaciones Teóricas

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente y existen de la situación en que se encuentre cada individuo; sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

a) Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

b) Variables: estados patológicos:

Falta aguda de oxígeno.

Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).

Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).

Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.

Estados febriles agudos debidos a toda causa.

Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.

Una enfermedad transmisible.

Estado preoperatorio.

Estado postoperatorio

Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.

Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionadas a una falta de conocimientos.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

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

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia, controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Relación enfermera – paciente:

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

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

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

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

Relación enfermera – médico:

La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud:

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

Método Lógico

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

4.- PROCESO DE ENFERMERÍA

4.1 CONCEPTO, DEFINICIÓN, OBJETIVOS Y CARACTERÍSTICAS

El PAE es un método sistemático, y racional para planificar y dar cuidado de Enfermería que identifica las necesidades de salud reales, actuales o potenciales para resolver las necesidades identificadas. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

El Proceso Atención Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con May (1955), Jhoson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planificación, y ejecución): Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación), y Bloch (1974) Roy (1975), Aspirall (1976) y algunos más, establecieron las cinco actuales al añadir la **etapa diagnóstica**.

OBJETIVOS

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios .

- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad .

El desarrollo del PAE.

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje) .

Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico.

Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar)

Las ventajas:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

Las características:

Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.

- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.

- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

4.2 DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS

Valoración. Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona orientada sobre los datos objetivos y subjetivos que deben recogerse y sobre la forma de organizarlos y clasificarlos, determinando en cada caso cuáles de ellos son relevantes y cuáles carecen de valor, cuáles apuntan a la presencia de un problema propio o indican la posible existencia de un problema que debe ser tratado en colaboración o por otro profesional. Método sistemático de recogida de datos que consiste en la apreciación del sujeto con la finalidad de identificar las respuestas que este manifiesta en relación con las diversas circunstancias que le afectan: es decir identificando las necesidades potenciales o reales de la salud.

Diagnóstico. Proporciona los criterios necesarios para decidir si hay o no desviación de las normas esperadas. Si la respuesta es negativa, finaliza la intervención enfermera; si es afirmativa, permite *analizar* las claves, hacer inferencias, interpretarlas, enunciar hipótesis, validarlas y formularlas.

1. Describe la respuesta humana a problemas de salud. (La enfermería trata la respuesta de la enfermedad, no la enfermería en si)
2. Describe problemas reales o potenciales
3. Es un problema que refleja un juicio de enfermedad que procede de la valoración

4. Pruebas de salud referidos a individuos, familias o grupos
5. La enfermera responsable y capacitada para *realizar* el diagnóstico

Para la realización de los diagnósticos enfermeros se sigue el formato P.E.S. que plantea tres componentes esenciales:

- P (Problema). Descripción del problema real o potencial. Categoría diagnóstica.
- E (Etiología). Del problema o los factores contribuyentes, da la dirección del cuidado.
- S (Signos y síntomas). Características definidas o grupos de signos y síntomas principales; están presentes en el Dx real.

Planificación. Guía la fijación de prioridades, la determinación de objetivos generales y específicos, la selección de intervenciones y la elección de las actividades susceptibles de modificar las fuentes de dificultad. Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Etapas en el Plan de Cuidados

Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

Documentación y registro

Ejecución. La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.

Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas

- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

Evaluación. En esta etapa se determina el grado en que se han conseguido los objetivos, comparando los resultados con los criterios de evaluación y de ser necesario se modifica el plan a seguir. (<http://teleline.terra.es/personal/dueñas/pue.htm>.)

5.- ETAPA ADULTA DEL SER HUMANO

El ser humano tiene estructura y funcionamiento específicos, y como persona, pasa por un proceso que le lleva a la maduración y el logro de sus potencialidades; implica acción,

comunicación, saber investigar, compartir, razón por la cual puede ser estudiado tanto por ciencias biológicas, como humanas y sociales.

ADULTO MAYOR (45 A MÁS DE 90 AÑOS)

Considerando la disminución de tasas de natalidad y mortalidad infantil, el proceso de nutrición y de los niveles de vida, así como el control de enfermedades transmisibles, la esperanza de vida se ha incrementado, dando lugar a un grupo poblacional de personas adultas mayores con salud en términos de funcionalidad biológica, psicológica y social con problemas patológicos y necesidades de apoyo específicos. Al igual que la etapa adulta la vejez también presenta una clasificación desde el punto de vista cronológico: presenil (45 a 60), senectud gradual (60 a 72), vejez (72 a 90) y grandes viejos (más de 90 años). (Apéndice X Cartilla Nacional de Salud para adultos en plenitud. El objetivo a perseguir en esta etapa es preservar en estado óptimo su funcionalidad y dependencia. (Rosales,2003)

Cuando hablamos de lo que es característico, propio, distintivo, del origen, funcionamiento y proyección del ser humano, o sea de lo que este es, de cómo existe y cuál es la finalidad de su existencia, estamos haciendo referencia a la naturaleza del ser humano. La mejor visión que podemos lograr sobre la naturaleza humana es la de entenderla no parcializada y estática, sino como un ente, una unidad o sistema dinámico y cambiante, que se distingue por tres propiedades fundamentales e íntimamente ligadas: su complejidad, su contradictoriedad y su intencionalidad. La complejidad como propiedad fundamental de la naturaleza del ser humano consiste en el hecho de constituir unidades, sistemas, en los que convergen dimensiones distintas e interrelacionadas, como: la biológica, la psíquica, la social y la trascendente.

5.1 Características Biológicas La dimensión biológica se refiere a que, nuestra composición y funcionamiento es la de los sistemas orgánicos o vivos, regulados por un subsistema rector que es el sistema nervioso y cuya propiedad básica es la vida, la forma distintiva de existencia es la de un sistema abierto en íntima relación con el ambiente (natural y social). Al mismo tiempo, por ser un ente vivo, dicha dimensión cumple con las diferentes fases o etapas de esta condición: gestación, nacimiento, desarrollo, involución y muerte. También, por el hecho de ser un sistema en continua relación con el ambiente, es vulnerable a las influencias, los

cambios y las acciones de ese medio, lo que puede determinar como efectos cambios internos, que pueden a su vez, favorecer el desarrollo, estancarlo o afectar la calidad de la existencia e incluso, provocar la muerte de este sistema, como entidad biológica.

5.2 Características Psicológicas

Por su parte la dimensión psíquica, es el resultado de la actividad biológica y de la interacción del organismo con el medio, llegando a mediar esta interrelación en calidad de reflejo de distinto nivel organizativo, cuyo máximo grado de desarrollo se expresa en las diferentes formas y procesos de la conciencia. A su vez, lo psíquico tiene existencia propia y relativa independencia de lo biológico, pero en dicha interconexión y producto del gradual desarrollo en el que intervienen, a su vez, factores de carácter social, se va constituyendo en un momento intermedio del desarrollo personal, la instancia de máxima integración de los fenómenos psíquicos, la personalidad. Asimismo, se ha demostrado desde las investigaciones de Charcot en el uso terapéutico de la hipnosis y el padre del psicoanálisis Sigmund Freud (finales del siglo XIX y principios del siglo XX), con la aplicación de la hipnosis y el método psicoanalítico en el tratamiento de la histeria, que lo psíquico, como dimensión, lo integran dos grandes instancias, lo consciente y lo inconsciente, que indisolublemente vinculados, regulan el comportamiento del ser humano de manera distinta y simultánea. A diferencia de los fenómenos biológicos, los psíquicos, no tienen una existencia material, existen idealmente, como reflejos internos, subjetivos. Si lo biológico en el ser humano tiene un origen y determinación, genética y hereditaria, lo psíquico, no exclusivamente, pues en el origen, la manifestación y evolución de estos fenómenos, participan de manera relevante los factores sociales. Por su parte, Carl R. Rogers, destaca en uno de sus clásicos. El proceso de convertirse en persona que, el ser humano es esencialmente positivo y uno de sus sentidos vitales es el de la aceptación incondicional de su ser. Para el padre del humanismo americano, Abraham H. Maslow, la madurez del ser humano está orientada hacia la autorrealización y la satisfacción continua de las necesidades tanto inferiores como superiores.

De modo que, coincidiendo con los planteamientos de muchos humanistas, entre ellos los citados anteriormente, el ser humano es básicamente bueno y el sentido de su vida debe

partir de la aceptación incondicional de sí mismo y encaminarse hacia la autorrealización, la madurez y la felicidad. Frankl, sin embargo, supo revelar la esencia de la intencionalidad de la vida humana cuando afirmó que, el deseo primario sobre el que se estructura y orienta la vida humana, va más allá del deseo sexual, el deseo de poder, la felicidad, la madurez y la autorrealización, que no es otro que, el deseo de sentido. Una vida sin sentido ocasiona una terrible vacuidad o sentimiento de vacío, aburrimiento atroz y persistente que puede conducir a la enajenación y al suicidio. Este autor cuando define que el sentido legítimamente humano de la vida se orienta hacia el encuentro íntimo con otro ser (humano o deidad) y hacia la realización de una tarea o actividad que internamente realice y satisfaga y que, socialmente, se distinga por su utilidad y altruismo.

5.3 Características Sociales

Lo social, como dimensión del ser humano (no perder de vista su interrelación con las dimensiones biológica y psíquica), debe ser analizado en dos direcciones: interna - como reflejo intrapsíquico o introyección de las relaciones interpersonales y sociales en general, traducido en ideas, conceptos, imágenes, valores, sentimientos, vivencias y normas, asociadas a esas relaciones y, externa - expresado en un lenguaje y acciones, tanto de relación interpersonal como de actividad, en sentido general. Es importante señalar que, todos estos componentes de lo social, varían con la edad, los diferentes contextos de relación y el nivel de autodeterminación alcanzado por la persona, de acuerdo con su grado de desarrollo.

En el campo de las ciencias sociales, y dentro de ellas al hombre como ser dotado de una construcción social, como es su personalidad, en cuya formación han participado la familia y el entorno social que, a manera de armazón, le da defensas para enfrentarse como posibilidad individual en su trayecto, desde el nacimiento hasta la muerte, con sus contradicciones, dudas, pasiones y deseos. En el cual la persona presenta su lucha en un momento existencial transitorio que se ha denominado la vida.

Partiendo de la consideración de que la personalidad es una construcción social, es decir, la persona es un ser social, también se podría considerar que “es cierto que los hombres nacen solos y mueren solos” (Bloch,E.1980, p.45), pero el antes y el después de estos dos extremos de las manifestaciones de la vida y su intervalo son eminentemente sociales; es más la forma de producirse ese nacimiento y esa muerte están determinadas por el carácter que tengan las relaciones sociales donde el individuo desarrolla su existencia.

La dotación de la personalidad con su identidad, evidenciada en sus relaciones con el otro, instauro el mundo de las relaciones con los demás, tejiendo de esta manera el mundo de lo social y de la sociedad en general Esta personalidad es como la armadura particular propia que, en un tiempo y en un espacio, está cargada de variados estilos y formas de vida que dan paso a la relación de los individuos entre sí, piso con el cual el individuo y la sociedad dejan de ser naturales para convertirse en seres sociales vitales, con sus propias visiones del mundo en un contexto temporo-espacial. (Barona, Noemí,1991,p.100).

5.4 Enfermedades más frecuentes en la edad adulta

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estiman que más de 50 millones de personas mueren por año, víctimas de enfermedades fatales; en 2004, 4,9 millones habían sido infectadas con el virus del SIDA; 3,1 millones habían muerto por esa causa y 39,4 millones son portadoras del virus. Cada año fallecen 6 millones de personas a causa del cáncer y hay más de 10 millones de casos nuevos. Se estima que hasta 2020 tendremos 15 millones de nuevos casos al año. Frente a esta realidad, los cuidados paliativos y los hospicios se presentan como una forma innovadora de cuidado en el área de la salud.

La OMS también alienta el aumento de la esperanza de vida en las diversas regiones del mundo como una de las conquistas de la humanidad. Reconoce que el mundo está soportando una transformación demográfica sin precedentes, que el 2050 la población de más de 60 años pasará de 600 millones a 2 mil millones y predice un aumento de 10% para 21% del total de la población. El aumento será más grande y más rápido en los países en vías de desarrollo, donde se espera que cuadruple la población envejecida en los próximos 50 años. En la Declaración Política de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de

la ONU (Madrid, 2002) los principios y recomendaciones del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento 2002, señalados por la Asamblea General de la ONU 1982, han sido reiterados. Lo mismo aconteció con los principios de la ONU en favor de la gente envejecida, adoptados por la Asamblea General de 1991, que habían definido líneas de acción en las áreas de la independencia, participación, cuidado, dignidad y autorrealización.

En el marco de la Asamblea Mundial de la Salud, la OMS ha presentado su informe anual "Estadística Mundial de la Salud 2008".

Las enfermedades crónicas, como las cardíacas y las cerebrovasculares, a menudo relacionadas con el estilo de vida occidental, se han convertido en las principales causas de muerte en todo el mundo, según se ha puesto de manifiesto en la Asamblea Mundial de la Salud, que se desarrolla esta semana en Ginebra (Suiza). La inclinación de la balanza, en la que tradicionalmente eran las enfermedades infecciosas como la tuberculosis, el sida y la malaria las que causaban más muertes en el planeta, hacia las enfermedades no transmisibles, continuará previsiblemente hasta 2030, según un informe presentado por la OMS. "En más y más países, las principales causas de muerte son enfermedades que no se pueden transmitir, como las cardíacas y los ictus", declaró Ties Boerma, director del Departamento de Estadística Sanitaria de la OMS, en un comunicado. >El informe anual "Estadística Mundial de la Salud 2008", está basado en los datos recopilados entre los 193 miembros de la OMS. El texto documenta los niveles de mortalidad en niños y adultos, los patrones de enfermedad y el predominio de factores de riesgo como fumar o beber alcohol. "A medida que las poblaciones envejecen en países de ingresos medios y bajos en los próximos 25 años, la proporción de fallecimientos por enfermedades no contagiosas incrementará significativamente", declaró.

Para el año 2030, las muertes por cáncer, enfermedades cardiovasculares y accidentes de tráfico supondrán conjuntamente un 30% del total de defunciones. "La diabetes y el asma están aumentando en todas partes. Incluso en los países con ingresos bajos se está viendo un aumento de la obesidad, especialmente en zonas urbanas, y en ocasiones se ve desde la niñez".

El consumo de tabaco, por su parte, es la principal causa evitable de muerte en todo el mundo, según la OMS. Contribuye al fallecimiento por cardiopatía isquémica, ictus, cáncer y EPOC, lo que representa 5,4 millones de muertes en 2004. Más del 80% de las 8,3 millones de muertes atribuibles al tabaco previstas para 2030 se producirán en países en vías de desarrollo.

Asimismo, en el ámbito social: la familia es un grupo solidario donde el estatus, los derechos y las obligaciones se definen con base en la pertenencia a ella y por las diferencias secundarias de la edad, sexo, vinculación biológica y social. En la familia se busca la satisfacción de las necesidades afectivas, de seguridad y correspondencia emocional adecuada de sus miembros, e influye en la conformación del género, creencias, valores, funciones, actitudes y aptitudes de cada uno. En la actualidad, se viven cambios fundamentales dentro de las causas de muerte; de hecho, como se ha mencionado anteriormente han disminuido notablemente los decesos por enfermedades infecciosas y parasitarias y se han incrementado aquellos por enfermedades crónico-degenerativas y violentas (Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática, 2007). Ante una enfermedad crónico-degenerativa, la familia entera o algunos de sus integrantes se ven seriamente afectados. Como se aprecia, existe una gran diversidad de enfermedades crónico-degenerativas, las cuales hacen referencia a trastornos orgánicos-funcionales que obligan a modificar el modo de vida del paciente afectando todos los aspectos de su vida y la de su familia, que probablemente persistirán por largo tiempo y que son causa potencial de muerte. Por un lado, quien padece la enfermedad se enfrenta a condiciones de frustración, ira, negación, depresión y demás y, por otro lado, la familia tiene que tomar decisiones muy importantes y difíciles, para reorganizarse, replantear expectativas y adecuar sus metas y objetivos a la situación, ya que el tratamiento de un enfermo crónico-degenerativo no sólo involucra a éste, sino que también, de forma fundamental, a los demás integrantes de su familia (Reyes, 2007). En ocasiones, el tratamiento dependerá de la capacidad que los cuidadores y familiares tengan para realizar los cuidados en casa, prevenir infecciones, llevar a cabo el correcto uso de los medicamentos (inmunosupresores, anti-hipertensivos, antivirales y suplementos) y la atención de sus efectos secundarios, toma de signos vitales, pruebas de glucosa, peso diario, régimen nutricional recomendado, cuidados postoperatorios, citas y control médico. (Aguilar, Suárez y Pinzón, 2002; Frutos, Blanca, Mansilla y cols., 2005).

5.5 CÁNCER PULMONAR.

INTRODUCCIÓN.

- Cada año hay aproximadamente 170,000 nuevos casos de cáncer del pulmón
- Es el tipo de cáncer más común desde 1985
- Su frecuencia va en aumento en ambos géneros
- Es la primera causa de muerte por cáncer en México y el mundo
- Más personas mueren a causa de cáncer del pulmón que de los cánceres de colon, de seno y de próstata combinados
- Se calcula que para el año 2020 será causa de más de 10 millones de muertes

Relacionado tanto con la exposición a factores ambientales como a la susceptibilidad de cada individuo. Epidemiology of Lung cáncer (CHEST 2003;123:21S-49S).

EPIDEMIOLOGÍA

INCAN-INEGI (1998-2004)

397,400 defunciones por diferentes tipos de cáncer en el organismo

45,578 fueron de pulmón

68.1% Hombres

31.9% Mujeres

Edad promedio de muerte 68 años

> prevalencia en norte del país (dieta, factores ocupacionales y ambientales)

> consumo de tabaco en zonas urbanas. Lung cáncer (2007) pp 58,184-190.

FACTORES DE RIESGO:

Fumar es el factor de riesgo principal causando 8 de cada 10 cánceres de pulmón

Fumadores tienen riesgo 20 veces > para su desarrollo

Mientras más tiempo haya fumado una persona, y más cajetillas diarias haya fumado, mayor es el riesgo.

Algunos autores proponen que la duración en años es más importante que la cantidad.

Clara relación entre el tiempo de abandono del tabaquismo y la disminución en el riesgo de cáncer del pulmón, enfermedades cardíacas y apoplejía.

En México del 70 al 85% de los casos tienen como causa el tabaquismo

TABAQUISMO PASIVO:

Es considerado causa de cáncer pulmonar desde 1981.

Las personas que no fuman, pero que respiran el humo de otros, también aumentan su riesgo (30%).

Humo de segunda mano.

Los trabajadores expuestos en su lugar de trabajo también tienen > probabilidad.

OTROS FACTORES:

DIETA

Consumo de frutas (antioxidantes) y vegetales (carotenos): factor de protección.

EXPOSICION AMBIENTAL

Ocupacional: asbesto, arsenico, cromo, niquel, sílice, etc

Tabaquismo potencia efecto de carcinógenos ambientales

RADIACION

Asociado a radiación ionizante (rayos “x”, rayos gamma y radón).

CONTAMINANTES

Contaminación atmosférica: 1-2% de los casos. Dentro de las casas: derivados del carbón.

FACTORES DEL HUESPED

Genéticos, enzimas y hormonales

ENFERMEDADES PULMONARES CONCOMITANTES

EPOC: tabaquismo como factor común.

Fibrosis Pulmonar: asbestosis, silicosis y otras fibras. *Therapy Differences in Epidemiology, Biology, and Lung Cancer in Women: Chest 2005;128;370-381*

TIPOS DE CANCER DE PULMÓN

Los pulmones están compuestos por varios tipos de células que tienen diferentes funciones.

El tipo de cáncer depende del tipo de célula afectada.

Existen dos tipos principales de cáncer del pulmón:

Cáncer del pulmón de células no pequeñas

Es el tipo de cáncer del pulmón más común y es responsable del 75-80% de los casos

Tres subtipos:

Carcinoma de células escamosas

Adenocarcinoma (incluyendo el carcinoma bronquioloalveolar)

Carcinoma indiferenciado de células grandes.

Cáncer del pulmón de células pequeñas.

EVALUACIÓN

Historia Clínica.

Preguntas sobre sus síntomas y factores de riesgo.

Exploración Física

Radiológica:

Radiografía de tórax

Tomografía computada de tórax

SÍNTOMAS PRODUCIDOS POR EL TUMOR

La mayoría (75-90%) de los cánceres del pulmón no causa síntomas hasta que está muy avanzado.

Algunos de los síntomas más frecuentes se deben al crecimiento del cáncer en los pulmones y su diseminación a los tejidos cercanos

Recabar información sobre cualquiera de los siguientes síntomas:

Tos que no desaparece

Dolor de pecho que se intensifica con la respiración profunda

Ronquera

Pérdida de peso y apetito

Esputo (flema) sanguinolento o de color rojizo

Dificultad para respirar

Fiebre sin razón aparente

Infecciones recurrentes tales como bronquitis y neumonía.

Nuevo ronquido o silbido de pecho.

SINTOMAS DE METASTASIS

Los síntomas que causa el cáncer que se ha propagado a otros órganos incluyen:

Dolor en los huesos.

Debilidad o adormecimiento de los brazos o piernas, mareos.

Color amarillento de la piel y los ojos (ictericia).

Masas cerca de la superficie del cuerpo causadas por la propagación del cáncer a la piel o a los ganglios linfáticos que se encuentran en el cuello o arriba de la clavícula.

SOSPECHA

Todo paciente mayor de 45 años

Tabaquismo importante

Inicio de tabaquismo a corta edad

Síntomas respiratorios crónicos:

Tos, expectoración, disnea

Otros factores de riesgo:

Exposicionales y laborales

Paciente asintomático con radiografía de tórax anormal. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine 2008;29 (3):223-232*

METODOS DE IMAGEN

Radiografía de tórax. Accesible, barato

La negatividad no descarta enfermedad. Revisión minuciosa. Útil en el seguimiento (comparativa)

Diferentes manifestaciones radiológicas: Nódulos o masas, obstrucción de bronquios.

Derrame pleural. *J Clin Oncol 2007; 25:561*

TOMOGRAFIA COMPUTADA

Mejor que la radiografía para detectar el cáncer de pulmón en sus primeras etapas

Procedimiento radiológico que produce imágenes transversales detalladas del cuerpo

En lugar de tomar una fotografía, como con la radiografía, la tomografía toma muchas imágenes mientras rota alrededor del paciente.

Después de que se toma el primer conjunto de fotografías, se recibe una inyección intravenosa de un “tinte” o *agente de radiocontraste* que ayuda a delinear mejor las estructuras del cuerpo y se toma un segundo conjunto de fotografías.

Provee de información precisa:

Localización de la lesión

Características de la lesión: tamaño, bordes, calcificaciones

Relación con estructuras vecinas

Probable afectación de ganglios. *J Clin Oncol 2007; 25:561.*

GAMMAGRAFIA OSEA

Ayuda a mostrar si el cáncer se ha propagado o ha hecho metástasis en los huesos

El paciente recibe una inyección de un material radiactivo

La cantidad de radiactividad utilizada es muy poca y no causa efectos secundarios a largo plazo

Las células óseas enfermas en todo el esqueleto atraen la sustancia radiactiva

Las áreas de hueso enfermo lucen en la imagen como “puntos negros”

Algunas enfermedades como la artritis, infecciones y otras enfermedades óseas también pueden causar un patrón similar.

TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES (PET) Se inyecta una pequeña cantidad de un marcador con glucosa radiactiva en una vena del brazo.

Las células utilizan la glucosa en el cuerpo.

Debido a que las células cancerosas trabajan mas rápido que las células normales, se acumula más radiactividad en los tumores malignos.

Una máquina especial detecta la radiactividad y una computadora la analiza para formar una imagen

Se usa para detectar el cáncer que se ha propagado a otras partes del pulmón, a ganglios linfáticos o a otros órganos, pero que no se ha detectado con los demás estudios de imagen.

J Clin Oncol 2007; 25:561

PROCEDIMIENTOS Y MUESTRAS PARA DIAGNOSTICAR EL CANCER DE PULMON

El método diagnóstico más útil es el mas sencillo que nos permita identificar el cáncer dependiendo de las características de cada paciente

Dependiendo de los resultados de los estudios de imagen, se puede utilizar uno o más de los siguientes procedimientos para obtener muestras que se observan bajo un microscopio para verificar si tienen células cancerosas

Métodos:

Citología de esputo, Broncoscopia

Punción-aspiración con aguja fina transtorácica.

Procedimientos quirúrgicos: Mediastinoscopia, Toracoscopia y toracotomía

*Un patólogo, que es un médico especialista en pruebas de laboratorio para diagnosticar enfermedades como el cáncer, examinará las muestras. **Chest 2007;132:131S-148S.***

CITOLOGÍA DE EXPECTORACIÓN

Se examina una muestra de flema (moco que proviene de los pulmones cuando usted tose) para ver si tiene células cancerosas.

Depende de varios factores

A > cantidad de muestras, mayor tamaño del tumor y que este sea de localización central mayor probabilidad de certeza

Primera expectoración de la mañana después de aseo bucal por 5 días consecutivos.

BRONCOSCOPIA

Se introduce un tubo iluminado y flexible en la boca hasta los bronquios

Ayuda a detectar tumores y a obtener muestras de tejido o de líquido para ver si tienen células cancerosas.

Establece el diagnóstico en un alto porcentaje de pacientes sobre todo cuando es visible un tumor dentro de la vía aérea.

Métodos: Aspirado y cepillado. Biopsia bronquial.

Punción transbronquial (USG)

*Lavado broncoalveolar . **Chest 2007; 132(3): 131-143***

BIOPSIA CON AGUJA FINA

Se puede guiar una aguja fina entre las costillas hasta introducirla en el tumor mientras se observan los pulmones con una tomografía.

Una vez que los médicos están seguros de que la punta de la aguja esté dentro del tumor, extraen una muestra y la envían al laboratorio.

Riesgo de neumotórax (bajo)

Útil en lesiones grandes y periféricas. Clin Radiol 2000; 55:281-287

AJR Am J Roentgenol 1996; 167:105-109.

BIOPSIA POR CIRUGIA

TORACOSCOPIA

Permite al médico observar el espacio entre los pulmones y la pared torácica mediante un tubo delgado e iluminado conectado a una cámara de vídeo y un monitor.

Es mejor en tumores a 2 cm o menos de distancia de la pared en la valoración de la tomografía.

TORACOTOMIA

Establece el diagnóstico en el 100% de los casos.

Al igual que la toracoscopia requiere anestesia general

No hay mejor nódulo pulmonar que el que está en patología

TORACOCENTESIS

Se realiza para verificar si la causa de un derrame pleural es el cáncer que se ha propagado a las delicadas membranas que recubren a los pulmones o si es causado por alguna condición no cancerosa tal como insuficiencia cardiaca o una infección.

Se introduce una aguja entre las costillas para drenar el líquido, que a su vez se examina con un microscopio para ver si tiene células cancerosas.

Si el líquido se está acumulando alrededor de los pulmones, esto puede impedir que estos se llenen de aire, por lo que la toracentesis puede ayudar al paciente a respirar mejor.

MEDIASTINOSCOPIA

Se prefiere la tomografía para detectar ganglios linfáticos que pudieran estar afectados por el tumor maligno.

Valora sobretodo el tamaño, ya que si miden mas de 2 cm deben ser biopsiados

Requiere anestesia general

Se introduce un tubo hueco e iluminado detrás del esternón por medio de una pequeña incisión en la base del cuello.

Con ayuda de algunos instrumentos especiales a través de este tubo se obtienen muestras de los ganglios linfáticos mediastinales.

ANALISIS DE SANGRE

Ayudan a determinar si el cáncer se ha propagado al hígado o a los huesos.

La biometría hemática determina si la sangre del paciente tiene la cantidad correcta de varios tipos de células.

Los médicos le repiten esta prueba con regularidad a los pacientes que reciben tratamiento con quimioterapia porque estos medicamentos afectan temporalmente las células productoras de sangre de la médula ósea.

La propagación del cáncer al hígado y a los huesos puede causar ciertas anomalías químicas en la sangre con elevación de pruebas de función hepática, LDH y de la fosfatasa alcalina.

ETAPIFICACION. La clasificación por etapas es el proceso de descubrir qué tanto se ha propagado el cáncer.

Sirve para plantear tratamiento y ofrecer pronóstico a los pacientes con cáncer

Cáncer de pulmón de células no pequeñas:

Clasificación TNM

Cáncer de pulmón de células pequeñas:

Enfermedad extensa: si el cáncer se ha propagado al otro pulmón, a los ganglios linfáticos en el otro lado del tórax o a órganos distantes.

Enfermedad limitada: significa que el cáncer está en un solo pulmón y en los ganglios linfáticos del mismo lado del tórax. **Guidelines 2003;123;147-156 Chest**

ETAPIFICACION

Tumor (T):

Se refiere a la presencia del tumor.

Las características del mismo en cuanto a

Tamaño y bordes.

Proximidad con estructuras vecinas incluyendo invasión o no a bronquios, pleuras, pared torácica, pericardio, diafragma o estructuras mediastinales.

La presencia de otro nódulo en el mismo pulmón.

Presencia o no de derrame pleural maligno.

ETAPIFICACION

Ganglios (N):

Se refiere a: La presencia o ausencia de ganglios linfáticos afectados por el tumor.

La localización de dichos ganglios

Del mismo lado del tumor

Del mismo lado del tumor y en medio del tórax (mediastino)

Ganglios afectados en el lado contrario al hemitórax afectado por el tumor

Ganglios supraclaviculares

ETAPIFICACION

Metástasis (M):

Se refiere a:

La presencia de siembras a distancia del tumor original en el mismo pulmón o en otros órganos: Hígado, Glándulas suprarrenales, cerebro y huesos.

NIVEL FUNCIONAL

Basadas en la Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Scale

Clasifica, en una escala del 0 al 4, la salud de las personas que tienen cáncer

Una clasificación de 0 significa que el paciente puede llevar a cabo las mismas actividades que hacía antes de su diagnóstico.

Una clasificación de 3 significa que el paciente puede realizar algunas actividades de cuidado personal, pero pasa la mayoría del día en la cama o sentado porque se siente muy enfermo o débil.

Una clasificación de 4 significa que el paciente no puede encargarse de las actividades para cuidarse a sí mismo (tales como alimentarse, bañarse, vestirse o ir al baño) y no puede levantarse de una silla o de una cama.

Tratamiento:

Se establece en relación al estadio clínico de la enfermedad y a la estirpe histológica.

Cirugía: si es resecable el tumor y según las condiciones del paciente puede ser:

Lobectomía, neumonectomía o resección de segmentos.

Radioterapia y quimioterapia: la quimioterapia puede ser de inducción, adyuvante o paliativa.

6.- PROCESO TENCIÓN DE ENFERMERÍA: APLICADO A UN ADULTO CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA.

6.- Presentación del caso

Valoración de Enfermería: (05 noviembre 2010)

Valoración subjetiva:

Nombre: M.C.M.

Edad: 47 años

Género: Femenino

Edo. Civil: Separada

Religión: Cristiana

Escolaridad: 2° año de Bibliotecología

Ocupación: Desempleada

Lugar de origen: D.F.

Radica: Delegación Álvaro Obregón.

Se trata de adulto de 47 años de edad con los siguientes antecedentes de importancia:

AHF. Rama Materna: Diabetes Mellitus tipo 2, hermana materna hipertensa y otra hermana mayor con cáncer de mama hace años, no recuerda cuantos.

APNP. Originaria del Estado de Hidalgo, radica en el D.F, Del. Álvaro Obregón. Lic. incompleta, ama de casa, tabaquismo desde los 16 años a razón de 2 cigarrillos diarios

suspendidos hace 19 años, sedentarismo positivo. Actualmente vive en la casa de su hermana con su hijo el menor, convive con una persona (trabajadora doméstica, considerada como de la familia) que le ayuda en sus necesidades de cuidado; su hija mayor vive en otro sitio, cuenta con habitaciones construidas de tabique, cuenta con tres habitaciones, con buena ventilación e iluminación, agua potable y drenaje. Grupo sanguíneo Rh O+. Hábitos higiénicos: baño diario y cambio de ropa, aseo bucal una o dos veces por semana.

Alimentación: refiere comer un poco de sopa y guisado, los frijoles muy poco, así como fruta, queso jamón, yogurt o gelatina. Líquidos en muy poca cantidad (3 a 5 vasos) prefiere el agua de limón. No acostumbra el picante. Los frijoles no los tolera por eso no los incluye en su alimentación.

Higiene: baño diario con cambio de ropa con apoyo de la trabajadora doméstica.

Higiene bucal: refiere lavarse los dientes 2 veces por semana .

Actividad física: sedentarismo positivo

Tabaquismo: Desde los 16 años a razón de 2 al día. Lo abandonó desde hace 19 años.

Su dinámica familiar: En estos momentos su hija ha tomado el rol de jefe de familia, por ser la mayor. En cuanto a comunicación refiere que si algo no les gusta lo discuten, pero cree que falta bastante comunicación por que a veces son rebeldes. Su hijo tiene problemas de drogadicción y alcoholismo. Espera que la sigan apoyando en su tratamiento hermana y sus hijos. Pero sobre todo recibir mucho cariño, apoyo, amor, que siempre estén unidos alimentados espiritualmente para enfrentar la situación (su enfermedad).

APP. *Quirúrgicos: cinovectomía rodilla derecha hace 20 años, 3 cesáreas, resección de ovario derecho por quiste folicular. Médicos: esquizofrenia hace 10 años en tratamiento psiquiátrico. Niega otros antecedentes. Aparentemente se le diagnosticó Artritis reumatoide juvenil, actualmente en tratamiento inespecífico.*

AGO. *Menarca a los 12 años, telarca y pubarca a los 13 años, ritmo irregular, con duración de 3 a 4 días, no dismenorreica, IVSA 16 años, parejas sexuales 2, no circuncidados. G3,A1 ,P 2,*

estudio de papanicolao no recuerda hace cuanto se lo realizó. Vida sexual activa negada a partir de su enfermedad .

***PA.** Acude por cuadro de mes y medio de evolución caracterizado por dolor en tórax izquierdo, niega fiebre y pérdida ponderal. Acudió a hospital general donde se le realizó TAC de tórax en la que se observó derrame pleural izquierdo por lo que se refirió a este Instituto. Se le realizó toracocentesis, se dejó sonda endopleural y se decide ingresarla a hospitalización, durante su estancia se mantuvo estable y afebril con oxígeno suplementario. El resultado anatomopatológico del líquido pleural con presencia de células malignas sugestivas de adenocarcinoma. Posteriormente se confirmó el diagnóstico por inmunohistoquímica adenocarcinoma subepitelial intramucoso con permeación vascular. Por lo que recibe su primer ciclo de quimioterapia a base de cisplatino y gemcitabina, cursando posteriormente con síntomas gástricos moderados, disminución del gasto de líquido pleural. Se realiza pleurodesis izquierda, posteriormente se retira sonda endopleural.*

Valoración Objetiva

Exploración Física.

Adulto género femenino con características de edad mayor a la cronológica, conciente, orientada en tiempo, lugar y espacio, reactiva a la entrevista.

Signos Vitales: T/A 110/70 , FC 79, FR 24, SAT 90%, Temperatura 36 °C

Piel: con palidez de tegumentos generalizada, mucosas orales deshidratadas, piel reseca y quebradiza.

Cabeza: normo cefálica con adecuados movimientos sin presencia de exostosis ni hundimientos, esclerótica sin abrasiones, cabello largo maltratado y quebradizo, negro.

Cara: Simétrica, con palidez de tegumentos, movimientos presentes, reacciona a estímulos, con pulso preauricular presente.

Nariz: con adecuada ubicación en línea media anterior de la cara, tabique alineado, sin deformidades. Septum a la palpación. Catéter de oxígeno en narinas.

Oídos: adecuada implantación de pabellón auricular, color rosadas, capacidad auditiva.

Boca: Cavidad oral deshidratada, caries dental presente, lengua en línea media, rugosa, pálida sin lesiones, halitosis presente. Reflejo nauseoso presente. Faringe hiperemica

Cuello: Corto, cilíndrico sin edema, movimiento de flexión, extensión y rotación adecuados y sin presencia de dolor, presencia de venas yugulares y arteria carótida, con pulsos presentes, tráquea central y desplazable, sin datos de linfadenopatías.

Tórax: Las respiraciones toraco-abdominales disnea de pequeños esfuerzos, dolor tipo pleurítico. Campos pulmonares izquierdo ventilación disminuida, murmullo de hemitórax izquierdo, mate a la percusión, concluyendo en síndrome de derrame pleural izquierdo. Presencia de SEP izquierda.

ABDOMEN: Globoso y depresible a expensas de panículo adiposo, peristalsis presente.

Extremidades: Presenta con leves deformidades en miembros superiores derechos, con edema de miembros inferiores, cicatriz de Cx. en la rodilla deformada. Llenado capilar de 2 segundos.

6.-Valoración de las 14 necesidades humanas del Modelo de Virginia Henderson.

NECESIDADES	SATISFECHAS	INSATISFECHAS		GRADO DE DEPENDENCIA		
		REAL	POTENCIAL	TOTALMENTE DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
1.- Oxigenación		X		X		
2.-Alimentación e Hidratación		X				X
3.-Eliminación		X			X	
4.-Movimiento y mantener Buena postura		X			X	
5.-Descanso y Sueño		X			X	
6.-Vestido	X					X
7.-Termorregulación	X					X
8.-Higiene		X		X		
9.-Evitar peligros		X			X	
10.-Comunicación		X	X			X
11.-Creencias y valores	X					X
12.-Trabajar y realizarse		X		X		
13.-Recreación	X					X
14.-Aprendizaje		X				X

Desarrollo del Proceso de Enfermería.

DIAGNÓSTICOS REALES

Necesidad Alterada: Oxigenación.

Insatisfecha por: Fuerza/ totalmente dependiente.

Diagnóstico: Alteración de la oxigenación relacionada con proceso degenerativo maligno, manifestado por disnea y dolor.

Objetivo: Contribuir a mejorar la oxigenación.

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Teórica</i>	<i>Ejecución</i>
Monitoreo de la saturación de O2. <i>Valorar frecuencia respiratoria</i> <i>Colocar en posición Fowler</i> Enseñar técnicas de respiración diafragmática Colocación de puntas nasales	<p>La estimación de los signos vitales debe basarse en mediciones confiables, objetivas y gráficas, ya sea por métodos habituales o – biosignográficos digitalizados basados en fenómenos reproductibles. El conocimiento de los signos vitales en un individuo permite valorar el edo. de salud o enfermedad y permite hacer un diagnóstico. En condiciones normales, los movimientos respiratorios deben ser automáticos, regulares y sin dolor.</p> <p>La posición es la alineación de segmentos orgánicos que se adecúa intencionalmente con fines terapéuticos. Paciente sentado en la cama con elevación de la cabecera 45° y ligera flexión de extremidades superiores. Indicado para favorecer la respiración. Esta posición ayuda a la expansión pulmonar (Rosales,2004).</p> <p>Los ejercicios respiratorios tienen como objetivo disminuir el trabajo respiratorio, mejorar la oxigenación y aumentar la función respiratoria. (Esain Larrambe, Fisiot. Resp. Area de salud;2010).</p> <p>La explicación sobre las ventajas de la oxigenoterapia y la participación esperada del paciente disminuye su estado tensional.</p>	<p>Se valora la frecuencia respiratoria y se coloca oxímetro de pulso.</p> <p>Se explica la importancia de adoptar la posición de Fowler y se ayuda a adoptarla.</p> <p>Se enseña la técnica y posteriormente se pide que la paciente la haga.</p> <p>Se administra oxígeno suplementario por catéter nasal.</p> <p>Se explican las razones de la colocación del catéter de O2</p>

	(Rosales,2004).	y se colocan a 3 lts. x min.
--	-----------------	------------------------------

Evaluación: Mejora notablemente la saturación de oxígeno 94 %.

DIAGNÓSTICO REAL

Necesidad Alterada: Hidratación.

Insatisfecha por: Voluntad/ Independiente.

Diagnóstico: Alteración de la hidratación relacionada a malos hábitos(no acostumbrar a beber agua pura) manifestada por mucosas orales deshidratadas .

Objetivo: Contribuir a mejorar hábitos en cuanto a la ingesta de líquidos y mejorar la hidratación de la Sra. M.

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Teórica</i>	<i>Ejecución</i>
Explicar y orientar sobre la importancia de ingerir líquidos por vía oral.	Es preciso dejar claro que los líquidos y electrolitos tienen una importancia primordial en la vida de un individuo "sano" para mantener la homeostasia, pero esta se acrecenta en edo. crítico o de enfermedad.	<i>Se solicito al servicio alimentación una jarra de agua y un vaso para que la tomara durante el día poco a poco.</i>
Preguntar mediante la entrevista cual es la razón por la que no ingiere suficientes líquidos.	Las causas más frecuentes por las que un paciente presenta un desequilibrio hidroelectrolítico son primarias (ingestión insuficiente de agua, electrolitos y alimentos). Los signos y síntomas que acompañan a la deshidratación lengua y mucosas secas; piel escamosa, seca y con falta de turgencia, etc.	<i>Se canaliza vena periférica, solución fisiológica al 9%.</i>
Hidratación por vía endovenosa.	El objetivo del tratamiento es reponer tanto el agua como los electrolitos, así como tener una vía de acceso para la aplicación de tx. (Rosales, 2004).	<i>Se hidratan las mucosas orales y se lubrica la piel con crema humectante.</i>
Vigilar signos de deshidratación.	La humedad de las mucosas mantiene la comodidad de la paciente y evita lesiones dérmicas.	

Evaluación: Se logró incidir y se mantuvieron hidratadas las mucosas orales.

Necesidad Alterada: Autorealización

Insatisfecha por: FUERZA/ Parcialmente dependiente

Diagnóstico: Alteración de la autorealización relacionada a la imposibilidad de terminar sus estudios y condiciones de salud, manifestada por depresión, tristeza y miedo.

Objetivo: Contribuir a mejorar estado de ánimo, mediante comunicación asertiva.

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Teórica</i>	<i>Ejecución</i>
<p>Mantener un ambiente de confianza, a través de la comunicación y empatía .</p> <p>Mantener una actitud amable.</p> <p>Fomentar actitudes de autodeterminación, toma de decisiones y competencia.</p> <p>Reafirmar fuentes de motivación para el logro de propósitos.</p> <p>Identificar emociones (alegría , ira , miedo, tristeza ,culpabilidad, etc) y sentimientos que comprometan el equilibrio biopsicosocial</p>	<p>La relación de ayuda es aquella en la que una persona (profesional de salud) facilita a otra (paciente o usuario) medios para alcanzar su desarrollo personal , le apoya a madurar , a integrarse y adaptarse a sitios y situaciones especiales y a descubrir sus propias experiencias (Rosales,2004).</p> <p>La motivación se refiere a la energía basada en función de propósitos y necesidades, capaz de mover al individuo para adoptar y mantener conductas y actitudes que lleven intrínseca (autoestima, logro y bienestar) extrínsecamente (premio o castigo) a la satisfacción de sus necesidades (Rosales,2004).</p> <p>La emoción es el estado funcional interno que implica reacciones fisiológicas, conducta expresiva (lenguaje, movimientos corporales, expresiones faciales y vocalizaciones), pensamientos y sentimientos.</p> <p>Las enfermeras y los profesionales de salud se benefician de una valoración o base de datos</p>	<p>Le brindé un cordial saludo y me presente con ella.</p> <p>Explicándole los motivos de mi atención.</p> <p>Centré la comunicación en la paciente.</p> <p>Tomé en cuenta sus sentimientos y emociones, evitando ser considerados como objetos.</p> <p>La escuché a la sra. M. y permití que ampliará la conversación.</p>

Referencia al servicio de Psicología.	estructurados con los que puedan determinar la capacidad del paciente y su familia para afrontar su situación.(Shirley E. Otto,1999;p.800)	Referí al psicólogo para que hablara con ella y sus hijos.
---------------------------------------	--	--

Evaluación: Se logró establecer el vínculo enfermera paciente, exteriorizó sus sentimientos e inquietudes. El psicólogo acudió a su unidad para platicar con ella y sus hijos.

Necesidad Alterada: Eliminación.

Insatisfecha por: Fuerza/ parcialmente dependiente.

Diagnóstico: Alteración de la eliminación intestinal relacionada al sedentarismo y falta de consumo de líquidos manifestado estreñimiento.

Objetivo: Favorecer el bienestar de la persona logrando una adecuada eliminación intestinal.

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Teórica</i>	<i>Ejecución</i>
<p><i>Orientar a la persona sobre riesgos de no evacuar.</i></p> <p>Favorecer la movilización fuera de cama.</p> <p>Vigilar el incremento de fibra y</p>	<p>El estreñimiento es una alteración en la eliminación intestinal caracterizada por una disminución en la frecuencia de la defecación, o con esfuerzo, generalmente las heces son duras y escasas. La frecuencia en la defecación varía entre las personas, considerando un patrón normal desde dos veces por día. Generado por consumir escasa fibra en la dieta, así como ingerir pocos líquidos (López,2005; 210).</p> <p>Estimula el metabolismo digestivo, relaja los músc. intestinales y combinados con una dieta rica en fibra favorece la eliminación intestinal, mejorando el estreñimiento (Andrade,2005;p.56)</p> <p>La fibra actúa aumentando la masa fecal, estimulando los movimientos intestinales y</p>	<p>Se brinda información a la sra. M. sobre la importancia de evitar el estreñimiento.</p> <p>Se brinda apoyo al a persona para deambular en su unidad.</p> <p>Se vigila la ingesta de líquidos y</p>

líquidos en la dieta	facilitando la fluidez de las heces. Otro aspecto importante es aumentar la ingesta de líquidos, con las comidas y entre comidas (preferiblemente agua, zumos naturales) y el ejercicio físico regular, que ayuda a fortalecer los músc. de la pared abdominal (Morgan,1999;p.45)	fibra en la dieta. Se orienta sobre los alimentos ricos en fibra.
----------------------	---	--

Evaluación: Refiere que evacúa un poco mejor, pero espera evacuar sin problema con las medidas enseñadas. Comenta que tomará más líquidos.

Necesidad Alterada: Movilidad y postura.

Insatisfecha por: Fuerza/ parcialmente dependiente.

Diagnóstico: Alteración de la movilidad y postura relacionada con deformación de rodillas manifestada por negación a la deambulación y dolor.

Objetivo: Contribuir a eliminar el dolor y favorecer la deambulación frecuente y sin dolor.

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Teórica</i>	<i>Ejecución</i>
Manifiestar una actitud de apoyo.	Las actividades socializadoras son las que se refieren a la atención prestada mediante la actividades sociales tendientes a promover la participación de los pacientes (Rosales,2004; p.264).	Se le explica la importancia de movilizarse fuera de cama.
Cambio de posición frecuente	El movimiento es esencial para conservar el bienestar de la persona. Favoreciendo una superficie blanda de apoyo, distribuyendo el peso corporal y no concentrando la energía en un punto concreto del cuerpo. Los cambios frecuentes de posición buscan fines de confortabilidad, según la capacidad de la persona para afrontar el dolor (Andrade, 2002).	Se explica la forma correcta de respirar para disminuir el dolor y evitar el cansancio.
Valorar signos de dolor y la	La Asociación Internacional para el Estudio del	Se valora la intensidad de dolor

intensidad.	Dolor definió el Dolor como “ una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”. (PueblaDíaz,2005;59)	con la escala visual análoga dos veces por turno.
Administración de analgésicos : morfina 15 mg C/6 hrs. V.O	Los analgésicos opiáceos actúan principalmente en el (SNC).Se ha encontrado que no existe un techo o cantidad máxima para la morfina, lo que significa que la dosis puede incrementarse gradualmente par proveer analgesia si el nivel del dolor también aumenta (Shirley E. Otto, 29;p.745)	Se indica de la administración del medicamento por horario. Se vigilan efectos secundarios del analgésico.

Evaluación: Se controló el dolor y adopto nuevas posturas para movilizarse .

Necesidad Alterada: Descanso y sueño.

Insatisfecha por: Fuerza/parcialmente dependiente.

Diagnóstico: Alteración del descanso y sueño, relacionado por afrontamiento individual ineficaz y enfermedad crónica, manifestado por somnolencia, adinamia, cansancio y ansiedad

Objetivo: Contribuir a mejorar el bienestar y el sueño fisiológico.

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Teórica</i>	<i>Ejecución</i>
Identificar formas de descanso que usualmente realiza el paciente.	La identificación de intereses, motivaciones y limitaciones físicas o mentales que tiene el paciente, así como de los factores respecto a la comprensión sobre el equilibrio biopsicosocial del individuo y del ambiente terapéutico, facilita una planeación individual de actividades basada en la selección, orientación y ejecución que conlleve al descanso, a la creatividad y el	Se investigan datos sobre el sueño que tiene la paciente.

<p>Fomentar el sueño fisiológico durante la noche.</p>	<p>progreso físico y mental.</p> <p>El sueño como parte del ciclo de vigilia, sueño es una de las formas para recuperar energía durante el día y por lo tanto generar descanso físico y mental (Carpenito, 2002).</p>	<p>Se le orienta sobre la importancia de realizar alguna actividad durante el día como leer, orar, escuchar música.</p>
<p>Registrar signos vitales.</p>	<p>El control de signos vitales permite la valoración del estado físico del paciente.</p> <p>El desequilibrio físico o psicológico provoca alteraciones en los signos vitales.</p>	<p>Se valoran y registran los signos vitales.</p>

Evaluación: Se mantiene distraída durante el día con lecturas de religión cristiana.

Necesidad Alterada: Higiene

Insatisfecha por: fuerza y conocimiento /parcialmente dependiente

Diagnóstico: Alteración de la higiene relacionada por la incapacidad de movilidad y desconocimiento, manifestada por mal aliento bucal.

Objetivo: Mantener y fomentar los buenos hábitos higiénicos.

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Teórica</i>	<i>Ejecución</i>
<p>Orientar sobre hábitos higiénicos.</p> <p>Explicar al paciente los efectos de la flora bucal y la importancia de aseo correspondiente.</p> <p>Realizar enjugues bucales.</p>	<p>Una comunicación efectiva influye en la colaboración del paciente.(Rosales,2004;p.302).</p> <p>Son factores causantes de halitosis: el exceso en el comer, fumar o beber; presencia de placa dentobacteriana y caries o infecciones bucales enfermedades gastrointestinales y enfermedades hepáticas. (Rosales,2004;p.303).</p> <p>Los enjuagues bucales tienden a disminuir las caries, combatir gingivitis, reducir la formación de placa dentobacteriana y removerla y desinflamar estructuras blandas. (Rosales,2004;p.303).</p>	<p>Se indica cuantas veces al día se debe lavar la boca.</p> <p>Se enseña la forma adecuada de cepillar los dientes.</p> <p>Se explica que puede hacer seos bucales después del cepillado de dientes. Tres veces al día</p>

Evaluación: Comenta que les pedirá a sus hijos un cepillo dental para su aseo bucal después década comida.

DIAGNÓSTICO POTENCIAL

Necesidad Alterada: evitar peligros

Insatisfecha por: fuerza /parcialmente dependiente

Diagnóstico: Riesgo de alteración de la necesidad de evitar peligros, relacionado a problema emocional antecedente.

Objetivo: Contribuir a mantener la integridad psicológica y afectiva y socialización.

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Teórica</i>	<i>Ejecución</i>
Mantener una actitud profesional en la relación interpersonal.	La respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. El reconocimiento de este hecho ha dado lugar a que los cuidadores profesionales establezcan objetivos de atención concomitantes: el control de la enfermedad y la calidad de vida.(Shyrley E. Otto,1999;p. 800)	Se interpreta la información obtenida y se ofrece orientación.
Mantener una relación de ayuda.	Relación de ayuda es aquella en la que una persona (profesional de salud) facilita otra (paciente o usuario) medios para alcanzar su desarrollo personal, le apoya a madurar.(Rosales,2004;p.264)	Se establece comunicación con la paciente. Se reafirman fuentes de motivación para el logro de propósitos.
Motivar a canalizar su energía en función de sus propósitos y necesidades.	El equilibrio psicológico depende de la integración de los procesos psicológicos del individuo. Las crisis vitales en un individuo pueden ser circunstanciales o inesperadas (enfermedad,	Se identifican emociones (miedo, alegría ,tristeza, culpabilidad, ira, etc. Ayudar a la búsqueda y jerarquización de alternativas

	desempleo, asalto, desastre, divorcio, etc.) o de desarrollo en el curso del ciclo vital, en el que se realizan actividades específicas en cada etapa del crecimiento y desarrollo, en las que en caso de no ser satisfechas generan posibles sucesos de crisis; ambas crisis provocan desorganización emocional y fisiológica y es necesaria una "intervención de crisis". .(Rosales,2004;p.355-356)	de solución.
--	---	--------------

Evaluación: Se contribuye a que la paciente externe sus sentimientos y emociones.

Comenta que acude a un grupo cristiano.

DIAGNÓSTICO REAL

Necesidad Alterada: Comunicación

Insatisfecha por: fuerza y conocimiento

Diagnóstico: Alteración de la comunicación, relacionada con padecimiento crónico incapacitante manifestada por aislamiento y mucho miedo.

Objetivo: Contribuir a mejorar la comunicación para lograr la verbalización de sus sentimientos, dudas e inquietudes.

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Teórica</i>	<i>Ejecución</i>
Identificar las necesidades de comunicación.	Intervención psicoespiritual. A través de la educación y la asesoría, la enfermera puede tratar la incertidumbre, la culpa, el temor, la ansiedad y la desesperanza. Aunque los temores pueden estar bien fundados, disminuyen cuando se exploran estrategias de afrontamiento y se	Se invita a expresar sus sentimientos e inquietudes. Respetando creencias y valores.

<p>Mantener una actitud de apoyo y comprensión</p>	<p>consideran con cuidado las realidades. (Shirley E. Otto, 1999;p.811)</p> <p>Durante el tx. del cáncer existen efectos psicológicos y sociales en la dinámica familiar. El proceso puede tornarse destructivo o dar un giro positivo hacia la promoción del crecimiento personal. La dirección que se tome en cada momento de crisis es diferente para cada familiar y depende como se percibe ésta: una amenaza o una oportunidad. La diferencia en las percepciones y las expectativas obstaculiza la comunicación, lo cual impide el afrontamiento eficaz y el desarrollo personal. (Shirley E. Otto, 1999;p.811)</p>	<p>Se fomenta un ambiente de confianza, fortaleciéndose el vínculo enfermera-paciente.</p>
<p>Facilitar el afrontamiento positivo. A través de la escucha comprensiva.</p>	<p>Cuando el paciente o su familia viven episodios en los que se sienten abrumados física o emocionalmente, el establecimiento de objetivos puede ser una intervención útil; este proceso comienza preguntando al paciente qué tipo de resultado desea. (Shirley E. Otto, 1999;p.812)</p>	<p>Se ayuda a definir y establecer objetivos alcanzables dentro de marcos específicos de tiempo.</p>

Evaluación: Logra exteriorizar sus sentimientos, refiere que el cáncer es mortal pero lo superará.

Necesidad Alterada: Aprendizaje

Insatisfecha por: Fuerza y conocimientos /parcialmente dependiente

Diagnóstico: Alteración del aprendizaje relacionada a efectos teratogénicos, manifestado por incertidumbre e inquietud y dudas.

Objetivo: Contribuir con información que contribuya al conocimiento y fomento actividades de autocuidado dentro de sus capacidades funcionales.

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Teórica</i>	<i>Ejecución</i>
<p>Orientar a la persona sobre la importancia del autocuidado, para lograr su pronta recuperación.</p>	<p>La relación que existe entre la capacidad de autocuidado y la capacidad de cuidar a los demás es muy estrecha. Una persona que no sabe cuidar de sí misma, puede presentar un déficit en la satisfacción de sus propias necesidades. Esto puede producirse por falta de conocimientos y por falta de hábitos en el cuidado de la salud. Para que la persona realice su auto cuidado es importante contar con un nivel de conocimientos. Si la persona es sensible a sus propias sensaciones corporales, sentimientos y respuestas, será capaz de valorar su necesidad de conocimientos adicionales y motivación para su autocuidado (Vergara,2005;p.117)</p>	<p>Favorecer un ambiente de confianza que permita a la persona externar sus temores y sentimientos.</p> <p>Se proporciona información sobre los procedimientos y cuidados durante el tratamiento.</p> <p>Se enseñan técnicas de respiración.</p>

Evaluación: Logra verbalizar sus inquietudes y temores, pide que le explique a su familia.

Necesidad Alterada: Bienestar

Insatisfecha por: Fuerza / dependiente

Diagnóstico: Alteración de la necesidad de bienestar relacionado con padecimiento y tratamiento médico (sonda endopleural) manifestada por dolor y falta de movilidad libre.

Objetivo: Contribuir a disminuir el dolor y la movilidad de la Sra. M. durante su estancia.

<i>Intervenciones de Enfermería</i>	<i>Fundamentación Teórica</i>	<i>Ejecución</i>
Cambio de posición frecuente	El movimiento es esencial para conservar el bienestar de la persona. Favoreciendo una superficie blanda de apoyo, distribuyendo el peso corporal y no concentrando la energía en un punto concreto del cuerpo. Los cambios frecuentes de posición buscan fines de confortabilidad, según la capacidad de la persona para afrontar el dolor (Andrade, 2000).	Favorecer un ambiente de confianza y tranquilo. Se ayuda a movilizar fuera de cama en reposet. Se enseñan técnicas de respiración.
Reportar en las notas de enfermería la valoración y evolución del dolor.	Las notas de enfermería permiten conocer la evolución de la persona, a través del proceso enfermero, valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, buscando el bienestar y su independencia de la persona al disminuir el dolor (Potter,2001;p.110).	Se lleva continuidad en la valoración y registro de las notas de enfermería.
Ofrecer terapias de apoyo.	La reducción, organización y variabilidad de estímulos, permiten al paciente restringir o alejar su atención lejos de la sensación dolorosa (Rosales, 2004;p.355). Los analgésicos opiáceos actúan principalmente en el (SNC).Se ha encontrado que no existe un techo o cantidad máxima para la morfina, lo que significa que la dosis puede incrementarse gradualmente par	Se enseñan técnicas de respiración, además de técnicas de relajación como escuchar música o leer algo agradable o confortable.
Administración de		

analgésicos morfina 15 mg V.O C/ 6 hrs.	proveer analgesia si el nivel del dolor también aumenta (Shirley E. Otto, 29;p.745)	Se administra morfina por vía oral.
--	---	--

Evaluación: Logra adoptar una posición cómoda y sin dolor.

7.- PLAN DE ALTA

Los objetivos del plan de alta del paciente por mejoría o voluntario son:

-Ofrecer continuidad de la asistencia en el hogar.

-Estimular al paciente en actividades de autocuidado dentro de sus capacidades funcionales.

-Mantener en grado óptimo la actividad física y mental compatible con sus capacidades.

-Disminuir al máximo reingresos por complicaciones secundarias. (Rosales,2004;p. 498).

Resultado esperado: que la persona logre bienestar y recupere la independencia de las necesidades. Que logre su pronta recuperación y evitar complicaciones.

Oxigenación: adoptar una posición de Fowler y semi Fowler, para mejorar la función respiratoria.

Realizar las técnicas de respiración enseñadas durante su estancia.

Nutrición e hidratación: incluir alimentos ricos en fibra (cereales y granos ,frutas y verduras), evitar alimentos muy condimentados y olorosos. Incorporar ensaladas frescas. Galletas saladas o pan tostado. Ingesta de frutas ricas en vitamina C (guayaba, mandarina, naranja)

Alimentación en forma fraccionada, en pocas cantidades.

Ingesta de abundantes líquidos por lo menos 8 vasos de agua.

Eliminación: fomentar la eliminación urinaria mediante la ingesta de líquidos.

Incorporar la deambulacion o caminata por lo menos 30 minutos diarios. Para mejorar la función intestinal.

Ingesta de alimentos ricos en fibra.

Higiene:

-Baño diario y cambio de ropa.

-Lavado de manos frecuentemente.

-Lavar y cepillar los dientes después de cada comida.

-Enjuagues bucales con agua bicarbonatada después del cepillado de dientes.

Descanso y Sueño: realizar terapias de apoyo como leer, escuchar música.

Técnicas de respiración profundas y con los labios fruncidos ya que reducen la tensión.

Evitar riesgos:

Identificar Signos y Síntomas de alarma:

Si la temperatura es mayor de 38°C

Si el dolor no desaparece.

Si no puede tolerar líquidos por más de 24 hrs.

Si no hay movimientos intestinales por más de 3 días.

Si presenta diarrea por más de 24 hrs.

Si tiene dificultad para orinar, dolor o ardor

Hemorragia.

8.- CONCLUSIONES

Durante el desarrollo del P. A. E. aplicado a una persona con enfermedad crónica degenerativa, considera una serie de necesidades especiales. En la cual mi participación fue interactiva logrando cubrir algunas de las necesidades reales de salud, pero algunas de las necesidades de autorrealización y necesidades potenciales de comunicación, es considerable seguir trabajando con el apoyo del equipo multidisciplinario de salud; específicamente con psicología, dando el seguimiento durante el proceso de su enfermedad y tratamiento oncológico. Para así lograr la comunicación asertiva fundamental de la persona a mi cuidado y su familia.

Es aquí donde la participación de enfermería, es determinante para la valoración e identificación de las necesidades reales y riesgos potenciales que pueden complicar el curso de la enfermedad; limitando su independencia por falta de conocimientos, por falta de voluntad o inclusive por falta de fuerza. Por lo anterior, es preponderante jerarquizar y planificar las intervenciones de enfermería, pero, sobre todo permite evaluar los resultados obtenidos mediante las intervenciones de enfermería. Y si no se logran los objetivos trazados rediseñar nuevamente las intervenciones de enfermería.

Considero que la aplicación del Proceso Atención Enfermería como una herramienta metodológica es indispensable para la implementación del cuidado enfermero. Aunque nos falta llevarlo a la práctica diaria y hacer de él un instrumento elemental para garantizar un cuidado holístico a las personas con necesidades de salud reales o potenciales.

Es importante considerar que para lograr que el personal de enfermería brinde cuidados de calidad, debe tener como enfoque un modelo conceptual que guíe su práctica en un sentido humanístico, científico y ético que garantice la satisfacción de las necesidades de la persona en su vida diaria. En la actualidad existen varios modelos, sin embargo el desarrollado por Virginia Henderson; la cual establece que el hombre está determinado por 14 necesidades funcionales, que abarca gran parte de las necesidades requeridas por el ser humano al considerar a la persona como un ser biológico, sociocultural, espiritual y emocional, lo que permite un enfoque dirigido a satisfacer las necesidades de la persona. Que con el apoyo del P.A. E. como base para la práctica enfermera, proporciona una herramienta que permite

dirigir los cuidados de forma organizada, sistemática e individualizada, de acuerdo al enfoque básico de cada persona.

Ahora bien, como medio para la titulación, me permitió conocer más acerca de la Profesión de Enfermería, trascender mediante la profesionalización debe ser el eje fundamental que guíe nuestra práctica. Reafirmar que el objeto de estudio de Enfermería es el “cuidado” y por ende es considerada como disciplina, con dimensiones filosóficas, teóricas, metodológicas y práctica. Al mismo tiempo nos brinda la gran oportunidad de obtener el título de Lic. en Enfermería.

9.- BIBLIOGRAFIA

Ann Marriner Tomey. 1999, Modelos y Teorías en Enfermería, Ed. Interamericana Méx.

Clin Radiol 2000; 55:281-287

AJR Am J Roentgenol 1996; 167:105-109.

Cardenas, J. Margarita. 2000, Conceptualización de Enfermería”, México. ENEO-UNAM

Colliere Marie Françoise 1982. Promover la vida 1ª Edición. Editorial Interamericana Impreso en España

Epidemiology of Lung cáncer (CHEST 2003;123:21S-49S).

Furukawa, C.Y. Howe, J.K (1995) Virginia Henderson in Nursing Theories Practice

Juall Carpenito Lynda, 2006, Planes de Cuidado y Documentación Clínica en Enfermería, Ed. Moyet, México.

Group.Henderson, V.A. (1966) an Overview of Nursing Research. Nursing Research October.

Henderson, V.A. (1964) the Nature of Nursing American Journal of Nursing. Pag 63, 64,

Henderson, V.A. (1978) the concepts of Nursing Journal of Advanced Nursing, Marzo Pag

Legados y Tendencias 1907-1997, Memorias, Enfermería Universitaria, México, ENEO-UNAM

Internet. Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería. El Proceso de Atención de

Enfermería. [http:// www.aibarra.org/](http://www.aibarra.org/) Abril Pag 15, 16,17. Internet. Enfermeras Teóricas.

Pacheco Arce, García, Rodríguez, 2005. Antología Fundamentación Teórica Para el Cuidado. ENEO-UNAM

Official publication of the American College of Chest Physicians.

Reeder S. Martín LL Y Koniak. 1996. Enf. Materno Infantil. México Mc Graw Hill Interamericana

Rosales Barrera Susana, 2004, 3a Edición .Fundamentos de Enfermería, Manual Moderno

Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine 2008;29 (3):223-232

Shyrley E. Otto, 1999 ,3ª Edición Enfermería Oncológica, Mosby, México

Virginia Henderson. [http:// www.teleline.terra.es/](http://www.teleline.terra.es/) Abril Pag 1, 2,3. Marriner. T.A. Raile, A.M. (1999) Modelos y Teorías en Enfermería .4 ta Edición. Editorial Harcourt

9.- ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS EN EL
ADOLESCENTE Y EL ADULTO.**

**ACADEMIA ENFERMERÍA DEL ADOLESCENTE, DEL ADULTO Y DEL
ANCIANO I.**

Ficha de identificación:

Nombre M.C.M. Edad 57 Sexo FEM

Fecha de nacimiento 03-05-1953 Escolaridad LICENCIATURA TRUNCA

Ocupación HOGAR Estado civil CASADA (VIVE SEPARADA)

Lugar de residencia D.F.

1.- Necesidad de Oxigenación:

¿Padece de algún problema relacionado con su respiración? SI ¿Cuál? UN TUMOR
EN EL PULMÓN, NO ME PERMITE RESPIRAR BIEN

¿Cuál su opinión en relación con el acto de fumar? FUME DURANTE MUCHO TIEMPO
PERO

LO SUSPENDI

¿Usted fuma? NO Desde hace cuanto tiempo? LO SUSPENDI DESDE HACE 19
AÑOS

¿Qué cantidad de cigarrillos fuma al día? DE 3 A CUATRO CIGARRILLOS POR DÍA

¿Cómo influye su estado emocional en el acto del fumar? ME DABA SEGURIDAD

¿Considera usted que el lugar donde vive, estudia o trabaja puede afectar su
oxigenación? NO

¿En que forma? ---

¿Qué medidas toma para prevenir daños en su oxigenación? DEJE EL CIGARRO

Fármacos específicos NO

Otros NO

Exploración Física Pulmonar
(Inspección, auscultación, palpación, percusión)

CAMPOS PULMONARES

IZQUIERDO VENTILACIÓN DISMINUIDAD, MURMULLO DE HEMITÓRAX IZQUIERDO

MATE A LA PERCUSIÓN, CONCLUYENDO EN SÍNDROME DE DERRAME PLEURAL IZQUIERDO

LAS RESPIRACIONES TORACOABDOMINALES DISNEA DE PEQUEÑOS ESFUERZOS, DOLOR TIPO PLEURÍTICO, SONDA ENDOPLEURAL EN HEMITORAX IZQUIERDO.

2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación:

¿Qué alimentos consume regularmente? UN POCO DE SOPA Y GUISADO, UN POCO DE FRUTA, QUESO, JAMÓN, YOGURT O GELATINA.

¿Cuántas veces se alimenta al día? 3 VECES. ¿Qué alimentos prefiere? EL CHAYOTE, EL MOLE DE OLLA. ¿Qué alimentos le desagradan? FRIJOLES, HABAS Y LENTEJAS. ¿Cuáles? VERDURAS.

¿Utiliza suplementos vitamínicos en su alimentación? NO. ¿Cuáles?

¿Cómo influye su estado de ánimo en la ingestión de líquidos? NO ME AGRADA TOMAR MUCHA AGUA, POR QUE TENGO QUE IR AL BAÑO SEGUIDO Y NO PUEDO CAMINAR MUCHO

¿Influyen sus creencias religiosas en la forma como se alimenta? NO. ¿De qué manera?

¿Conoce el valor nutritivo de los alimentos? SE QUE ES BUENO COMER DE TODO.

¿Qué porcentaje económico destina para su alimentación? ME APOYAN MIS FAMILIARES PARA LA COMIDA, LO DESCONOZCO.

¿Utiliza sustancias para reducir el apetito? NO. ¿Cuáles?

Fármacos NO

Otros -

Exploración Física Gastrointestinal

(Inspección, auscultación, palpación, percusión) MUCOSAS ORALES: ENCÍAS Y LENGUA HIPEREMICA , PROCESO DE MASTICACIÓN LENTO, REFLEJO DE LA DEGUCIÓN PRESENTE. ABDOMEN GLOBOSO, DEPRESIBLE, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES.

Peso 54 Talla 1.55 cm Índice de masa corporal 1.75

3.- Necesidad de eliminación:

¿Cuántas veces evacua al día? A VECES CADA TERCER DÍA ¿Qué características tienen sus heces? DURAS, COLOR CAFÉ OBSCURO

¿Cuántas veces micciona al día? A VECES 4 ¿Qué características tiene su orina? AMARILLA FUERTE

¿Qué características tiene su menstruación? ROJO OBSCURO

¿Utiliza laxantes o sustancias que favorezcan la evacuación o la micción? NO

¿Cuáles? -

¿Padece de algún problema relacionado con la evacuación, micción o menstruación? A VECES ME EXTRIÑO MUCHO

¿Cuál? EXTREÑIMIENTO

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su eliminación, intestinal y urinaria? INFLUYE MUCHO PORQUE NO QUIERO TOMAR AGUA PARA NO BAJAR LAS ESCALERAS

¿Cómo influye su estado emocional en su eliminación intestinal, urinaria o menstrual? ME DERIME NO PODER MOVILIZARME LIBREMENTE , PARA IR AL BAÑO

Fármacos -

Otros -

Exploración Física en la eliminación

(Inspección, auscultación, palpación, percusión) VÍAS URINARIAS: MICCIÓN ESPONTÁNEA, SIN ARDOR NI DOLOR. ELIMINACIÓN INTESTINAL: RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, DIFICULTAD PARA EVACUAR, CON PUJO.REFIERE DIGESTIÓN LENTA.REFIERE NAUSEAS ALGUNAS VECES.

Nota: para valorar las necesidades de nutrición e hidratación y de eliminación, la exploración se hará en un solo momento.

4.- Necesidad de Movilidad y Postura:

¿Cómo es su actividad física cotidiana? LIMITADA POR CIRUGÍA DE RODILLAS, POR ENFERMEDAD CRONICA DEGENERATIVA (ARTRITIS REUMATOIDE) DEFORMACIÓN DE RODILLAS Y MIEMBROS SUPERIORES (MANOS) SEDENTARISMO POSITIVO

¿Realiza ejercicio? NO ¿Qué tipo de ejercicio? -

¿Cómo es su tolerancia física cuando realiza ejercicio? NO TOLERA EL EJERCICIO POR DOLOR CRÓNICO

¿Cómo influye el ejercicio en su estado emocional? NO LO PRACTICO

¿Padece de algún problema relacionado con la movilidad y postura? SI ¿Cuál? ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA (ARTRITIS REUMATOIDE)

¿Utiliza algún dispositivo para favorecer su movilidad y postura? A VECES UN BASTÓN
¿De qué tipo? BASTÓN METÁLICO

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja en la satisfacción de su movilidad y postura? ME LIMITA PORQUE VIVO EN UN SEGUNDO PISO

¿Cómo influye su estado de ánimo para la realización de ejercicio? ME DEPRIME NO PODER MOVILIZARME, ME SIENTO FRUSTRADA POR MI ENFERMEDAD

Fármacos específicos MALPROATO DE MG.

Otros KINEX POR LAS MAÑANAS, HALDOL DE CANOA CADA MES INYECTABLE

Exploración Física: DEFORMIDAD DE RODILLAS Y MIEMBROS SUPERIORES:
MANOS. DOLOR EN ARTICULACIONES.

(Inspección, palpación)

LIMITADO MOVIMIENTO PARA AGACHARSE O FLEXIONAR LAS PIERNAS.

5.- Necesidad de Descanso y Sueño:

¿Cuánto tiempo destina para descansar? A VECES 3 HRS. ¿Cuántas horas duerme?
A VECES 12 HRS.

¿Se duerme fácilmente? NO ¿Cree tener alteraciones del sueño? SI ¿A qué
considera que se deban estas alteraciones? SUFRO ESQUIZOFRENIA AFECTIVA

¿Ronca ruidosamente? NO ¿Usted cree que el roncar es un problema de salud? NO

¿Qué ha hecho para solucionarlo? -

¿Cómo influye su estado emocional en su descanso y sueño? ME SIENTO MUY
ADORMILADA POR LOS MEDICAMENTOS QUE TOMO, PERO ME HACEN SENTIR UN
POCO MEJOR PORQUE PUEDO DORMIR

¿Cómo influye el lugar donde vive, estudia o trabaja para su descanso y sueño? COMO
ME SIENTO SOLA PREFIERO DORMIR, ADEMÁS ES MUY TRANQUILO EL LUGAR
ONDDE VIVO

¿De qué manera equilibra el ejercicio con el descanso y sueño? NO RELIZO
EJERCICIO PERO PIENSO QUE ME HACE FALTA

Fármacos o sustancias específicas HALDOL DE CANOA CADA MES

MALPROATO DE MG

Otros KINEX

Exploración Física
(Inspección * fascies, expresión corporal, escala del dolor)

EXPRESIÓN CORPORAL APATÍA, FACIES DE DOLOR, EVA DE 8 .

FASCIES : DE DOLOR

EXPRESIÓN CORPORAL MÍNIMA

6.- Necesidad de usar Prendas de Vestir adecuadas:

¿Necesita de ayuda para vestirse y desvestirse? SI, UN POCO . ¿En qué medida?
PARA BAÑARME, ME PREPARAN MI AGUA

¿Elige su vestuario en forma independiente? SI . ¿Por qué? ME GUSTA ESCOGER
MI ROPA

¿Cómo influye su estado de ánimo en la selección de sus prendas de vestir? A VECES
NO ME IMPORTA QUE ME PONGO YA QUE NO SLGO A NINGÚN LADO (FIESTAS)

¿Cómo influye el clima en la selección de sus prendas de vestir? CUANDO HACE
FRIO TRATO DE USAR ROPA PAR FRÍO,PERO SIEMPRE USO PANTALÓN PARA
QUE NO ME VEAN MIS PIERNAS

¿Cómo influye la moda en la selección de sus prendas de vestir? NO ME FIJO EN ESO,
MI HJA O MIS HERMENAS ME COMPRAN MI ROPA

¿Qué opinión tiene sobre el pudor y la vergüenza hacia la forma de vestir? ME PARECE
QUE HAY QUE EVITAR LA ROPA MUY ESCOTADA Y CORTA

Exploración Física
(Inspección)

LA ENCUENTRO EN REPOSET Y CON ROPA DE HOSPITAL
CABELLO LAVADO Y BIEN CEPILLADO

7.- Necesidad de Termorregulación:

¿Cómo influyen las emociones en su temperatura corporal? EN LASA NOCHES ME DA
MUCHO FRÍO, PERO ME TOMO MIS PASTILLAS Y DUERMO MUY BIEN , A VECES
HASTA LAS DOCE DEL DIA

¿Regularmente que temperatura tiene el lugar donde usted vive, estudia o trabaja?
DONDE VIVOES CALIENTITO POR QUE LE DA MUCHO SOL A LA CASA

¿Cómo se adapta a los cambios de temperatura diurna y nocturna? ME COBIJO BIEN EN TIEMPO DE FRÍO Y CUANDO HACE CALOR QUITO LAS COBIJAS

¿Qué medidas emplea para mantener su temperatura corporal? USO ROPA ADECUADA O SEGÚN COMO MESIENTA , TAMBIEN A VECES USO CALCETAS PARA EL FRÍO

¿Padece de algún problema relacionado con su temperatura corporal? NO.
¿Cuál? -

Fármacos -

Otros -

Exploración Física
(Inspección, palpación) * tomar temperatura corporal
36.5 °C AXILAR

8.- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel:

¿Con qué frecuencia se realiza baño y aseo de cavidades? DIARIO ME BAÑO

¿A qué hora del día prefiere bañarse? AL MEDIO DÍA

¿Cuántas veces se lava los dientes al día? A VECES DOS VECES POR SEMANA.
¿Cómo se lava los dientes? DE ARRIBA HACIA ABAJO O COMO SEA

¿En qué casos se lava sus manos? DESPUES DE IR AL BAÑO

¿Con qué frecuencia se realiza el corte de uñas? A VECES CADA MES ¿Cómo lo hace? CON EL CORTA UÑAS EN FORMA REDONDA ME LAS CORTA MI HIJA O LA SEÑORA QUE ME CUIDA

¿Qué aspectos de la higiene considera más importantes? EL BAÑO, TAMBIÉN LAVARSE LAS MANOS

¿Qué significa para usted la higiene? SIGNIFICA LIMPIEZA, ADEMÁS SE VE UNO MEJOR LIMPIO

Fármacos o sustancias NO

Otros -

Exploración Física
(Inspección, palpación)

SE VE LIMPIA, CABELLO LAVADO Y CEPILLADO, CENIZO , UÑAS CORTAS (SE COME LAS UÑAS) LA PIEL ES RESECA Y QUEBRADIZA

9.- Necesidad de Evitar Peligros:

¿Cuenta con su esquema de vacunación completo? NO SABE ¿Qué vacunas no se le han aplicado?
LO IGNORA

¿Qué tipo de autoexploración física realiza para evitar daños en su salud? NINGUNA

¿Con qué frecuencia se realiza autoexploración física? NO LO HAGO

¿Tiene vida sexual activa? NO. ¿Qué preferencia sexual tiene? LAS RELACIONES CON LOS HOMBRES, PERO POR MI ENFERMEDAD NO TENGO PAREJA SEXUAL

¿Utiliza algún método de protección? NO ¿Cuál? -

¿Ha padecido algún tipo de enfermedad por transmisión sexual? NO ¿Cuál? -

¿Toma bebidas alcohólicas? NO ¿Desde cuando y con qué frecuencia? -

¿Qué opinión tiene usted sobre la ingestión de bebidas alcohólicas? QUE SON MALAS PARA LA SALUD ,ADEMÁS ME MOLESTA QUE TOMEN

¿Consumen usted drogas? NO ¿De qué tipo? NO

¿Desde cuando y con qué frecuencia consume drogas? -

¿Qué opinión tiene usted sobre el consumo de drogas? QUE SON MUY MALAS Y QUE PIERDEN A LA GENTE. MI HIJO PADECE DROGADICCIÓN, Y TENEMOS PROBLEMAS POR ESO, PERO YA ESTA EN UN GRUPO DE APOYO, TAMBIEN YO ASISTO ALGUNAS VECES

¿Ha tomado fármacos o “remedios” sin prescripción médica? SI ¿Qué fármacos o “remedios” ha tomado sin prescripción médica? PARA LA ARTRITIS, PERO NO RECUERDO SUS NOMBRES

¿Durante este año, ha presentado algún problema de salud relacionado con ojos, nariz, garganta, sensibilidad o movimiento? EN LA GARGANTA A VECES ME ENFERMO CON FRECUENCIA. Y DE LA SENSIBILIDAD POR MI ENFERMEDAD, A VECES NO SIENTO DONDE ME TOCO ¿Cuál? SENSIBILIDAD

¿En el lugar donde usted vive, estudia o trabaja, existen peligros que le pudieran provocar daños en su salud? SI LAS ESCALERAS ¿Cómo cuáles? ALGÚN ACCIDENTE : ME PUEDO CAER SI PIERDO LAS FURZAS

¿Cómo reaccionaría usted ante una situación de urgencia? PREFIERO PEDIR AYUDAD PARA BAJAR LAS ESCALERAS

¿Qué medidas preventivas conoce para evitar accidentes? PONER BARANDALES EN LAS ESCALERAS Y EN LOS PASILLOS

¿Cómo maneja una situación de estrés? ME A CERCO A DIOS. ME GUSTA LEER LA BIBLIA. TAMBIÉN ME ENCOMINADO A SAN CHARBER: ES EL SANTO A QUIEN LE PIDO PARA EVITAR PERTURBACIONES MENTALES.
ACUDO A MIS GRUPOS DE APOYO DE LA RELIGIÓN CRISTIANA

Otros ME GUSTA LEER LA BIBLIA
TAMBUIEN ESCUCHAR MÚSICA ROMÁNTICA

Exploración Física

(Inspección, determinar discapacidad auditiva, visual, sensorial o motriz) * además ver entorno

CAPACIDAD AUDITIVA: AGUDEZA AUDITIVA

TACTO: FALTA DE SENSIBILIDAD POR SU ENFERMEDAD

LIMITACIÓN DE LA MIVILIDAD

10.- Necesidad de Comunicarse:

¿Con quién vive? CON MI HIJO EN LA CASA DE MI HERMANA , PERO MI CAS APARTE .

¿Cómo se relaciona con sus familiares, amigos y vecinos? TRATO DE SALUDARLOS CUANDO LOS VEO, NO ME GUSTA METERME CON NADIE .
LES DIGO A MIS HIJOS QUE NO HABLEN MAL DE LA GENTE, QUE NO ES BUEN .
CON LA SEÑRA QUE ME CUIDA O ME AYUDA LA CONSIDERO COMO DE LA FAMILIA .

¿Pertenece a algún grupo social? SI . ¿A qué grupo social pertenece? IGLESIA CRISTIANA Y NEURÓTICOS ANOMIMOS , POR MI DEPRESIÓN .

¿Durante cuánto tiempo está sólo? EN LAS TARDES Y EN LA NOCHE .

¿Tiene pareja? NO ¿Cómo considera que es la comunicación sexual con su pareja? NO TENGO , MI ESPOSO ME ABANDONO DEDE HACE MUCHO, PERO A VECES VE A MIS HIJOS .

¿Padece de algún problema relacionado con la comunicación? A VECES NO PUEDO EXPRESAR MIS SENTIMIENTOS ¿Cuál? A VECES TENGO MUCHO MIEDO, SUFRO PERSECUSIONES MENTALES

¿Utiliza algún aditamento para comunicarse con los demás? NO ¿De qué tipo? -

¿Considera usted que existen factores en su hogar, escuela o área de trabajo, que le limiten la comunicación con los demás? SI ¿Cuáles? LA DISTANCIA CON MI HIJA, YA QUE NO VIVE CON MIGO QUISIERA DECIREL LO QUE SIENTO PERO A VECES ME CUESTA TRABAJO
CONSIDERO QUE YA BASTANTE TIENE CON SUS PROBLEMA
Y CON MI HIJO LE DIGO Y LE PLATICO QUE NO ES BUENO TOMAR , LO ABRAZO LE DIGO QUE TODO VA A SALIR BIEN.

Fármacos -

Otros _-

Exploración Física

(Inspección * retomar exploración de la necesidad de evitar peligros) además ver entorno

MANTIENE COMUNICACIÓN VERBAL, LENGUAJE CLARO. SOLICITA

INFORMACIÓN A CERCA DE SU ENFERMEDAD. MANIFIESTA OPINIONES:

REFIRE QUE EL CÁNCER ES UNA ENFERMEDAD MORTAL, PERO QUE LO

SUPERARÁ.

MANTIENE ACTITUD DE CONFIANZA. MANIFIESTA NECESIDADES DE AMOR Y

AFECTO.

11.- Necesidad de Creencias y Valores:

¿Tiene alguna creencia religiosa? SI ¿Cuáles? CREE EN DIOS Y EN SAN
CHARBER

¿Cómo relaciona la fe, la religión y la espiritualidad? MANTIENE LA FÉ EN DIOS , ESO
LA HACE SENTIR EN PAZ CON ELLA MISMA

ES CRISTIANA , POR QUE SE SIENTE SEGURA EN EL GRUPO DONDE ASISTE

¿Con qué frecuencia acude a su centro religioso? A VECES UNA VEZ POR SEMANA

¿Tiene algún problema que le impida o límite, asistir a su centro religioso? NO ¿De
qué tipo?

¿Sus creencias religiosas le generan conflictos personales? NO ¿Por qué? -

¿Qué significa para usted un valor? ALGO QUE DEBE SEGUIRSE Y QUE ES BUENO

¿Considera que es congruente su fortuna de pensar con su manera de vivir? SI ¿Por
qué?

PORQUE NO LE HAGO MAL A NADIE

SIEMPRE LE PIDO A DIOS POR TODOS MIS SERES QUERIDOS

¿Qué significa para usted la vida y la muerte? CREO QUE DIOS NOS DA LA VIDA Y LA MUERTE ES LA VIDA ETERNA

Otros AL FINAL EL ALMA DESACANZARÁ EN PAZ

Exploración Física

(Inspección) * Además ver si cuenta con imágenes religiosas

CUENTA CON SU ESTAMPA DE SAN CHAMBER Y SU BIBLIA

12.- Necesidad de Trabajo y realización:

¿Cuál es su rol familiar? COMO EL DE HIJA ¿Está satisfecho con el rol que desempeña? NO

¿De qué tipo? PORQUE MI FAMILIA A SUME LA RESPOSABILIDAD ECONÓMICA, POR QUE YO NO TRABAJO

¿Qué significado tiene para usted participar en el ingreso económico familiar? ES MUY IMPORTANTE, POR QUE TAMBIÉN PODRÍA OPINAR

¿Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades básicas? NO
MI HIJA ME AYUDA O MIS HERMANAS

¿Cómo percibe sus expectativas en relación con su situación social? NO SOY MUY SOCIABLE, CASI NO SALGO
EN MI GRUPO RELIGIOSO ME LLEVO BIEN CON LA MAYORÍA, TODOS ME APOYAN Y ORAN POR MÍ

¿Cómo participa con las actividades propias del hogar? MUY POCO

¿Realiza alguna actividad altruista? NO ¿De qué tipo? -

¿Está satisfecho con su manera de pensar y actuar? A VECES, NO SIEMPRE, A VECES PIENSO QUE ESTOY PAGANDO ALGO, POR ESO ESTOY ASÍ

13.- Necesidad de jugar y participar en actividades Recreativas:

¿Su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas? NO

¿Por qué? POR QUE NO PUEDO MOVERME LIBREMENTE

¿En qué forma influye su estado de ánimo para jugar y realizar actividades recreativas?
NO ME DAN GANAS DE JUGAR, ESO ES PARA NIÑOS

¿Qué juegos y actividades recreativas realiza? ACTIVIDADES RECREATIVAS : ME
GUSTA LEER Y TAMBIÉN IR A LA IGLESIA

¿Con qué frecuencia? AVECES UNA VEZ POR SEMANA

¿Se integra con su familia y otras personas en la realización de actividades recreativas?
NO SIEMPRE

¿Por qué? ELLOS HACEN SUS COSAS

¿Cómo se siente después de jugar y realizar actividades recreativas? CUANDO VOY A
LA IGLESIA ME SIENTO TRANQUILA Y EN PAZ

Fármacos: LOS MENCIONADOS ANTES

Otros: NO

Exploración física

(Inspección) * E identificar áreas destinadas para satisfacer ésta necesidad:

NO SE IDENTIFICAN, SE ENCUENTRA HOSPITALIZADA

14.- Necesidad de aprendizaje:

¿Padece de algún problema que interfiera en su aprendizaje? NO

¿De que tipo? -

¿Qué significado tiene para usted la escuela? ES MUY IMPORTANTE. YA QUE UNO SE
REALIZA CON LA PROFESIÓN

¿A qué tipo de escuela asiste? A NINGUNA

¿Cómo ha sido su rendimiento escolar en éste último trimestre? ABANDONÉ LA
UNIVERSIDAD POR MI ENFERMEDAD.

¿A qué cree usted que se deba ese rendimiento? POR LA ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL

¿Cómo influye la relación que usted tiene con sus padres, hermanos, docentes y compañeros en su aprendizaje? NO APLICA

¿Con qué fuentes de apoyo para el aprendizaje cuenta su comunidad? EN LOS GRUPOS DE APOYO A LOS QUE ASISTO NOS DAN PLATICAS Y FOLLETOS.

¿Sabe cómo utilizar esas fuentes de apoyo? LOS LEO CUANDO TENGO DUDAS

Identifique fuentes de apoyo para el aprendizaje en la comunidad * : HAY UN GRUPO DE APOYO PARA ALCOHOLICOS Y NEURÓTICOS ANÓNIMOS.