



Mi Universidad

LIBRO

Fundamentos de enfermería III

Licenciatura en Enfermería.

Tercer Cuatrimestre

Mayo-Agosto

Marco Estratégico de Referencia

Antecedentes históricos

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor Manuel Albores Salazar con la idea de traer educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tardes.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en julio de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró en la docencia en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de cobranza en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los

jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

Misión

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Visión

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra plataforma virtual tener una cobertura global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

Valores

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

Escudo



El escudo del Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

Eslogan

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

Fundamentos de enfermería III

Objetivo de la materia:

Conocer y aplicar los principios que sustentan los cuidados integrales de enfermería. Proporcionar cuidados integrales de enfermería, desarrollando planes de cuidados y evaluando la calidad de los mismos.

Criterios de evaluación:

No	Concepto	Porcentaje
1	Trabajos Escritos	10%
2	Actividades web escolar	20%
3	Actividades Áulicas	20%
4	Examen	50%
Total de Criterios de evaluación		100%

INDICE

UNIDAD I

PRACTICA CONTEMPORANEA DE LA ENFERMERIA

I.1 INTRODUCCION A LA ENFERMERIA

I.2 AMBITO DE LA ENFERMERIA

Promoción de la salud y el bienestar

Prevención de la enfermedad

Recuperación de la salud

Cuidados de los enfermos terminales

Ejercicio en enfermería

Formación e investigación

I.3. INVESTIGACIÓN

I.4 TECNOLOGÍA PARA EL CUIDADO

I.5 ENFERMERIA EN LA ATENCION PRIMARIA A LA SALUD

UNIDAD II

ELEMENTOS DE LOS CUIDADOS HOISTICOS

2.1 BIENESTAR, SALUD Y ENFERMEDAD

2.2 INDIVIDUOS Y FAMILIA EN EL LUGAR Y EN LA COMUNIDAD

Etnia y cultura

Espiritualidad y religión

Sexualidad.

Liderar, dirigir e influir en el cambio de paciente.

Filosofía de la profesión de enfermería.

Postulados y principios científicos.

UNIDAD III

PROMOCION DE LA SALUD FISICA

3.1 ACTIVIDAD Y EJERCICIO.

3.2 PATRÓN 2: NUTRICIONAL.

3.3 PATRÓN 3: ELIMINACIÓN.

3.4 PATRÓN 4: ACTIVIDAD /EJERCICIO.

3.5 PATRÓN 5: SUEÑO.

3.6 PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO

3.7 PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN- AUTO CONCEPTO.

3.8 PATRÓN 8: ROL- RELACIONES.

3.9 PATRÓN 9: SEXUALIDAD.

3.10 PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS.

3.11 PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS.

UNIDAD IV

VALORACION DE LA SALUD

4.1 Técnicas especiales de enfermería.

Administración de medicamentos por vía oral

Administración de medicamentos por vía intradérmica

Administración de medicamentos por vía subcutánea

Administración de medicamentos vía intramuscular

Administración de medicamentos por vía intravenosa

4.2 VALORACIÓN DE LA SALUD EN EL ADULTO

4.3.- TIPOS DE BAÑOS EN EL PACIENTE.

4.4.- SUCCIÓN GÁSTRICA.

4.5 LAVADO VAGINAL.

4.6 ENEMAS

BIBLIOGRAFIA

UNIDAD I

PRACTICA CONTEMPORANEA DE LA ENFERMERIA

I.1 INTRODUCCION A LA ENFERMERIA

Un conocimiento de la práctica contemporánea de la enfermería incluye las definiciones de enfermería, los receptores de la enfermería, el ámbito de esta disciplina, los centros para su práctica, el papel de los hombres en la enfermería, las leyes sobre práctica de la misma y las normas vigentes de la práctica clínica en esta especialidad.

Es común encontrarse con la aseveración de que la enfermería surgió como una necesidad imperiosa del hombre y que siempre existió alguien que se ocupara de los cuidados de los enfermos.

Esta tarea suele asociarse con la mujer. Una lectura primaria nos muestra que esta aseveración está supeditada a la acepción que históricamente se le haya dado al término enfermería; aspecto que merece un estudio general, a si como un abordaje singular en el ámbito local.



Actualmente existe consenso en cuanto a la enfermería es una práctica social que se ha convertido en una actividad científica, muy compleja, enfrentada a un rol cambiante y en busca de su propio camino e identidad.

Su discurso esta orientado a encontrar respuestas para cumplir con su finalidad central: contribuir al logro de un mayor nivel de salud y bienestar social en un mundo que clama por satisfacer sus necesidades psico-sociales.

La enfermería al igual que toda profesión debería encauzarse hacia los medios conducentes para trazar sus metas de desarrollo (proyecto o medio de cambio) que respondan a las necesidades sociales en materia de salud individual, grupal y comunitaria.



Desde la fundación de la enfermería como profesión, por *Florence Nightingale*, a mediados del siglo XIX, las enfermeras han logrado modificar su competencia y desempeño gracias al incremento de sus conocimientos teóricos acerca de su joven ciencia, especialmente a partir de la segunda mitad del pasado siglo XX.

La milenaria práctica del cuidado comenzó a encontrar justificación teórica desde ese momento y la apropiación de esa teoría ha permitido a las enfermeras perfeccionar sus prácticas cotidianas mediante la observación, descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos de la realidad en la que están inmersas; pero muy especialmente del objeto de estudio de su ciencia particular: el cuidado de las personas, familia y comunidad.

Hasta el surgimiento de la profesión, la práctica del cuidado era absolutamente dependiente de las órdenes médicas. Sólo la teoría, añadida a la práctica, ha podido fundamentar esas acciones, servirles de guía, no sólo para la práctica misma, sino también para la educación y la investigación, asociadas a las propias funciones profesionales. Sin teoría no puede haber análisis, razonamiento lógico ni esclarecimiento de los valores éticos relacionados con el actuar profesional, mucho menos definición de los objetivos de la educación, la investigación y la práctica profesional.

A mediados del siglo XIX Florence Nightingale expresó su firme convicción de que el conocimiento de la enfermería -no sólo su práctica- era intrínsecamente distinto del de la ciencia médica. Definió la función propia y distintiva de la enfermera (colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él) y defendió la idea de que esta profesión se basa en el conocimiento de las personas y su entorno (base de partida diferente a la tradicionalmente utilizada por los médicos para su ejercicio profesional).

Se define enfermería al conjunto de actividades profesionales con un cuerpo de conocimientos científicos propios, desarrollados dentro de un marco conceptual destinados a promover la adquisición, mantenimiento o restauración de un estado de salud óptimo que permita la satisfacción de las necesidades básicas del individuo o de la sociedad

Es una de las tareas difíciles y estresantes que el profesional puede enfrentarse vocacionalmente, ya que implica hallarse inmerso en un ambiente donde se convive con el dolor y la muerte. La eficiencia en el cuidado del paciente depende de la formación académica, las experiencias vividas y la capacidad física y mental del profesional, al mismo tiempo que este debe cubrir sus propias necesidades.

Es una profesión que amerita crédito a partir de la identidad y el reconocimiento del personal, reconocimiento laboral, como estímulo necesario; estados físico y de ánimo; cuidados, salud, comodidad y autoestima para poder rendir y ejercer correctamente su trabajo.

1.2 AMBITO DE LA ENFERMERIA

Los profesionales de enfermería dispensan cuidados a tres tipos de pacientes: individuos, familias y comunidades. Los marcos teóricos aplicables a estos tipos de pacientes, así como las valoraciones de salud.

La práctica de la enfermería implica cuatro áreas: promoción de la salud y el bienestar, prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y cuidados de los enfermos terminales.



Promoción de la salud y el bienestar

Se llama bienestar a un proceso relacionado con las actividades y conductas que potencian la calidad de vida y elevan al máximo el potencial personal. Los profesionales de enfermería promueven el bienestar en pacientes que pueden estar sanos o enfermos.

Ello puede implicar actividades individuales y comunales que potencien los estilos de vida sanos, como la mejora en la nutrición y la forma física, la prevención del consumo abusivo de drogas y alcohol, la restricción del tabaquismo y la prevención de accidentes y lesiones en el domicilio y el lugar de trabajo.

Prevención de la enfermedad

La meta de los programas de prevención de enfermedades es mantener una salud óptima mediante la prevención de la enfermedad. Las actividades de enfermería que previenen la enfermedad incluye vacunaciones, cuidados prenatales y en lactantes y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Recuperación de la salud

La recuperación de la salud se centra en el paciente enfermo y se extiende desde la detección precoz de la enfermedad a la ayuda al paciente durante el periodo de recuperación. Las actividades de enfermería incluyen lo siguiente:

- Prestación de atención directa a la persona enferma, como administración de medicamentos, baños y procedimientos y tratamientos específicos.

- Realización de procedimientos de diagnóstico y valoración, como medida de la presión arterial y examen de heces en busca de sangre oculta.
- Consulta con otros profesionales de la salud sobre problemas del paciente.
- Enseñanza a los pacientes sobre actividades de recuperación, como ejercicios que aceleran la recuperación después de un accidente cerebrovascular.
- Rehabilitación de pacientes a su nivel funcional óptimo después de una enfermedad física o mental, una lesión o una adicción química.

Cuidados de los enfermos terminales

Esta área de la práctica de enfermería implica consolar y atender a las personas de todas las edades que están en fase terminal de una enfermedad. Incluye ayudar a los pacientes a vivir lo más cómodamente posible hasta la muerte.

Los profesionales de enfermería que realizan estas actividades actúan a domicilio, en los hospitales y en centros de salud extendidos. Para este fin se han diseñado específicamente algunas instituciones llamadas de cuidados paliativos.



EJERCICIO EN ENFERMERIA

Es necesario que el profesional enfermera/o conozca plenamente cuál es el marco legal normativo que regula su práctica; cuáles son sus deberes, derechos, obligaciones.

Un área de conflicto permanente que nos permite y nos demanda iniciar en forma inmediata es la correspondiente al ejercicio profesional responsable, es decir, que el profesional de enfermería conozca plenamente cuál es el marco legal normativo que regula su práctica; cuáles son sus deberes, derechos, obligaciones.

Y cómo este marco conceptual debería ser no sólo conocido y considerado, sino también respetado y defendido a ultranza, como una estrategia que permita garantizar al beneficiario de sus prestaciones toda la calidad posible en cuanto a lo que depende de sus capacidades y habilidades.

El profesional que ejerce enfermería lo hacen a partir de un título habilitante, su ejercicio está regulado por una normativa legal. La enfermera/o no puede aducir ignorancia o desconocimiento en el ejercicio de su profesión y/o el cumplimiento de instrucciones técnicas, el fallo de su obrar dará lugar a ser responsabilizada/o, es decir, a ser imputada/o de un delito culposo.

La Doctrina Jurídica y la Jurisprudencia de los Tribunales han señalado aquellas situaciones más probables para que ocurran condenas por negligencia:

Error en la administración de medicamentos.

Error en el producto.

Error en la dosis.

Error en la vía de administración.

La falta de atención y/o cuidado en la aplicación de tratamientos.

Aplicación de frío y/o calor (quemaduras).

Uso de aparatos y/o equipos eléctricos (descarga eléctrica).

Fallo al observar y adoptar la acción adecuada.

Caídas por falta de protección.

No tomar recaudo de informar ante signos de alarma en la condición del paciente.

Identificación errónea del paciente.

Entre las conductas del ejercicio profesional de enfermería a nivel individual, que deben extremarse, la Doctrina Jurídica y la Jurisprudencia de los Tribunales han señalado las siguientes:

El detalle preciso de las condiciones del paciente al ingreso (evaluación) a fin de tomar las precauciones que su cuidado requiere.

Que toda acción u observación de enfermería quede registrada en forma oportuna y fehaciente. Esto es, que reúna los requisitos de un instrumento legal.

El registro de la prestación profesional es la única prueba documental del cumplimiento del servicio brindado que a la luz de un proceso judicial se transforma en un documento de prueba: un instrumento legal, y como tal debe ser tratado.

El ejercicio responsable de la enfermería está delimitado por el cumplimiento estricto de normas morales y legales. La enfermera/o consolida su responsabilidad a través de su formación universitaria, su experiencia profesional y su capacitación.

La capacitación continua proveerá a nuestro servicio profesional un mayor grado de calidad y eficiencia. La calidad y eficiencia son un parámetro de reaseguro de responsabilidad, pues actúan como malla de contención del error o el desconocimiento.

Una acción encuadrada en los estándares de calidad es la mejor prevención de riesgo para el paciente y el mejor resguardo ante el riesgo de mala práctica. Para cuidar a los demás es necesario saber cuidarse a uno mismo y poder sentir satisfacción por hacerlo.

El conocimiento pormenorizado de todas las normas y leyes vigentes que regulan el ejercicio de la Profesión dará el rumbo para la definición, el diseño, y la adopción de los modelos de cuidados de enfermería que aseguren y garanticen al usuario una satisfacción de sus necesidades con el máximo de seguridad posible.

FORMACION E INVESTIGACION

La formación es un aspecto importante del desempeño profesional. En los tiempos actuales, la tendencia en educación para las profesiones se ha desplazado hacia programas curriculares en escuelas y facultades universitarias.

Muchos educadores de enfermería creen que el plan de estudios de enfermería de graduación debería incluir enseñanza de humanidades además de ciencias biológicas y sociales y de la disciplina de la enfermería

Como profesión, la enfermería está estableciendo un cuerpo bien definido de conocimientos y experiencias. A las base de conocimientos de enfermería contribuye a una serie de marcos conceptuales que dan una orientación a la práctica de enfermería, la enseñanza y la investigación en curso.

Una profesión es autónoma si se autorregula y define normas para sus miembros. Ofrecer autonomía es uno de los objetivos de una asociación profesional.

Si la enfermería ha de tener una consideración profesional, debe funcionar autónomamente en la formación de sus políticas y en el control de su actividad. Para ser autónomo, un grupo profesional debe tener autoridad legal para definir el ámbito de su práctica, describir sus funciones y roles particular y determinar sus metas y responsabilidades en la prestación de sus servicios.

Investigación

La creciente investigación en enfermería está contribuyendo a la práctica d esta disciplina. En los años cuarenta, la investigación en enfermería se encontraba en una fase muy temprana de su desarrollo.



En los años cincuenta, el aumento en los fondos federales y el apoyo profesional ayudaron a establecer centros para la investigación en enfermería. En los años sesenta, los estudios estuvieron relacionados a menudo con la naturaleza de la base de conocimientos subyacente a la práctica de enfermería.

La utilización de los hallazgos de la investigación para guiar las decisiones sobre la atención a los pacientes no es un hecho nuevo. Ya en 1854, Florence Nightingale enseñó como era posible utilizar los resultados de las investigaciones para mejorar la atención de enfermería.

Mediante una recogida, organización y elaboración de informes sistemáticas sobre los datos, Nightingale logró instituir reformas de salud y reducir notoriamente a las tasas de mortalidad a causa de enfermedades contagiosas e infecciones.

Aunque la tradición de Nightingale le influyó en la fundación de las escuelas de enfermería estadounidenses, sus ideas acerca de la importancia de la investigación no arraigaron en la enfermería hasta los inicios del siglo XX.

Los investigadores que son profesionales de enfermería utilizan dos enfoques principales a la hora de estudiar las respuestas de los pacientes a las alteraciones en su salud y las intervenciones de enfermería.

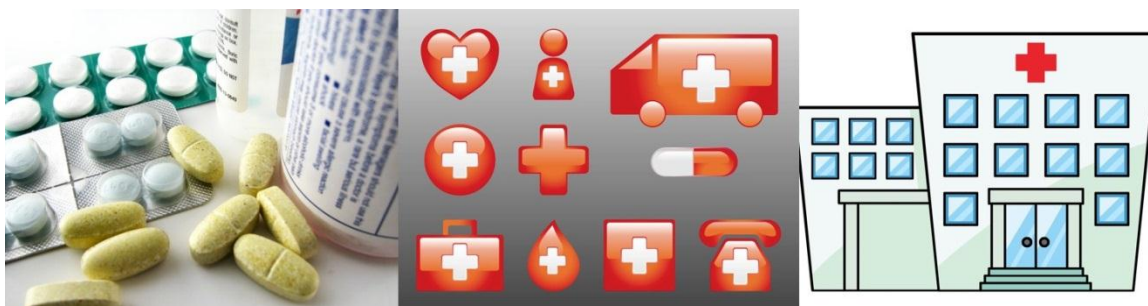
Estos enfoques, según la investigación sea de tipo cuantitativo o cualitativo, nacen de diferentes perspectivas filosóficas y generan distintos tipos de datos. Los dos proporcionan contribuciones valiosas para la práctica basada en la evidencia.

I.3 SISTEMA DE PRESTACIONES SANITARIAS

El conjunto de servicios que el Sistema Nacional de Salud, ofrece a los ciudadanos, actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y de promoción y mantenimiento de la salud. Iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población.

Está orientada por un lado al diseño e implantación de políticas de salud y por otro lado al ciudadano. Se concreta en información y vigilancia epidemiológica, protección de la salud (diseño e implantación de políticas de salud y ejercicio de la autoridad sanitaria), promoción de la salud y prevención de las enfermedades y deficiencias, protección y promoción de la sanidad ambiental, promoción de la seguridad alimentaria y promoción y protección de la salud laboral.

La asistencia sanitaria se presta tanto a demanda como de manera programada o urgente, y tanto en la consulta del centro de salud y del consultorio rural, de igual forma se dispensa atención médica y de enfermería de forma continuada incluso en el domicilio si se requiere, para los problemas de salud urgentes.



Se incluyen aquí todas las actividades preventivas, la promoción y educación para la salud, la atención familiar y la atención comunitaria. Se realizan actividades de información y vigilancia en la protección de la salud y se ofrecen servicios de rehabilitación física. Además, se realizan una serie de actividades específicas, la mayoría dirigidas a grupos de población o de riesgo concretos:

Las prestaciones y las atenciones sanitarias están reguladas, por la cartera de servicios prevista en la ley y en el real decreto, de acuerdo con los principios básicos que establece la Ley general de sanidad, como el de universalización del derecho a la asistencia sanitaria y el de garantía de la igualdad de toda la población en cuanto a las prestaciones sanitarias.

Según este Real Decreto, las prestaciones sanitarias incluyen las modalidades siguientes:

1. **Atención primaria:**

Incluye la asistencia sanitaria en la consulta y en el domicilio del paciente, las pruebas médicas, la administración de tratamientos y una atención específica para cada colectivo (niños, mujeres, gente de la tercera edad).

2. **Atención especializada:**

Es la atención en régimen hospitalario, las operaciones y la asistencia psiquiátrica.

3. **Prestaciones farmacéuticas**

4. **Prestaciones complementarias:**

Como el orto protésica, el transporte sanitario, la dieta terapia o la oxigenoterapia en el domicilio.

5. **Servicio de información y documentación sanitaria:**

Servicio de información a los pacientes y a los familiares de sus derechos y deberes, de los procedimientos administrativos y de la historia clínica.

1.4 Tecnología para el cuidado

La tecnología afecta a la práctica de la enfermería. Por ejemplo, las personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) están recibiendo nuevas farmacoterapias para prolongar la vida y retrasar el inicio de las enfermedades asociadas con el sida. Los profesionales de enfermería deben ser conocedores de la acción de tales fármacos y de las necesidades de los pacientes que los reciben.

La biotecnología está influyendo también en los cuidados de salud. Por ejemplo, el profesional de enfermería ha de estar al tanto de la emergente tecnología genética, como el campo de la terapia génica para abordar el cáncer. También deberá ampliar su base de conocimientos y su cualificación técnica y adaptarse para cubrir las nuevas necesidades de los pacientes.

En algunos centros, los avances tecnológicos han exigido a los profesionales de enfermería que sean altamente especializados. Estos profesionales tienen que usar frecuentemente sofisticados equipos computarizados para monitorizar o tratar a los pacientes.

Como las tecnologías cambian, también ha de hacerlo la formación en enfermería, y los profesionales de esta disciplina necesitan una instrucción creciente para ofrecer una práctica de enfermería segura y eficaz.

El programa espacial ha desarrollado tecnologías avanzadas para viajes espaciales que se basan en la necesidad de la monitorización a la larga distancia de los astronautas y las naves espaciales, materiales ligeros y miniaturización de equipos.

Los cuidados de salud se han aprovechado de esta nueva tecnología adaptada a elementos de ayuda como bienestar (para la discapacidad visual), la bomba de infusión de insulina, la silla de ruedas con control de voz, la resonancia magnética, la cirugía láser, los dispositivos de filtrado para dispositivos de control de líquidos intravenosos y la monitorización de sistemas para cuidados intensivos.

1.5 ENFERMERIA EN LA ATENCION PRIMARIA A LA SALUD

La enfermería comunitaria, en su actual concepción, es el reflejo de las transformaciones que el concepto de salud ha sufrido en el transcurso de los años. Este personal ha tenido una actuación consecuente en el contexto actual con importantes aportes a la salud de la población, hecho que lo distingue como promotor del desarrollo humano, que produce no solo cuidados de salud, sino además valores, cualidades que van hacia el mejoramiento de la salud de las personas.

El Concilio Internacional de Enfermería (CIE), En el año 2000 declara: Las enfermeras tienen una importante contribución que hacer a la planificación y adopción de decisiones en los servicios de salud y a la declaración de políticas apropiadas y eficaces.



Pueden y deben contribuir a la política general pública en lo que se refiere a los factores que influyen en la salud.

La enfermería comunitaria en su actual concepción es el reflejo de las transformaciones que el concepto de salud ha sufrido en el transcurso de los años.

Este personal ha tenido una actuación consecuente con importantes aportes a la salud de la población, hecho que lo distingue como promotor del desarrollo humano, que produce no solo cuidados de salud, sino además valores, cualidades que van hacia el mejoramiento de la salud de las personas.

Las funciones propias del personal de enfermería, están dirigidas a la consecución de la promoción de la salud, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de las enfermedades, de forma tal que sitúe los servicios al alcance del individuo, la familia y la comunidad, para satisfacer así las demandas de salud a lo largo del ciclo vital.

En este contexto la Enfermería, además de aplicar de forma integral un conjunto de cuidados, debe contribuir a que adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado en el marco de una atención primaria integral y comunitaria que incluye la

promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, y la prevención de la enfermedad.

Se ocupa de los individuos, grupos familiares y de los diferentes grupos sociales, en los centros de salud, en los domicilios de los pacientes, en la comunidad y en las urgencias. Para poder abordar con racionalidad y eficacia los problemas de salud es fundamental estudiarlos en el medio en que se ha desarrollado y analizar su evolución en el tiempo.

Ello exige conocer el entorno de las personas y relacionarlo con los comportamientos saludables o de riesgo, los hábitos alimenticios, las condiciones higiénicas que le rodean, la actividad y el ejercicio que realiza la población, los patrones culturales, los hábitos y condiciones sociales, y el entorno profesional, escolar y familiar.

El crecimiento de las enfermedades crónicas y los recortes a la ley de dependencia obliga a muchas familias a desempeñar una actividad cuidadora, que precisa de apoyo educacional y asesoramiento sanitario por personal profesional adecuadamente formado y cercano al entorno familiar y comunitario como el que brinda la enfermería de atención primaria.

También es relevante la labor de la enfermería en la promoción de la salud en los centros educativos.

A pesar del tiempo transcurrido desde el inicio de la reforma del nivel primario, las actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y participación de la comunidad, continúan sin desarrollarse plenamente. Los servicios de atención primaria continúan orientados a la enfermedad en lugar de la salud.

Un sistema sanitario orientado a la atención primaria es menos costoso y más eficiente que el basado en el hospital y la actividad curativa, ya que permite identificar la necesidad de atención de cada paciente, en qué nivel debe ser atendido y por qué profesional, evitando así un derroche irracional de los recursos humanos.

Los cuidados de la enfermería comunitaria no requieren de pruebas costosas para llegar al diagnóstico de enfermería, ni de terapias caras para resolver los problemas.

La enfermería comunitaria debe desarrollar actuaciones de intervención comunitaria y participativa dirigida a grupos con características, necesidades o intereses comunes, orientados a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, y a potenciar la capacitación de las personas y grupos para abordar sus problemas y necesidades de salud.

Para mejorar la salud de la población y crear entornos saludables se precisa la cooperación, participación y articulación de los servicios sanitarios y sociales con las instituciones, asociaciones, grupos y ciudadanos en general generando alianzas y sinergias intersectoriales a favor de la salud.

El rol de la enfermería de atención primaria y comunitaria debe reorientarse a capacitar a las personas, familias y comunidades para cuidarse de sí mismas (priorizando la promoción de salud y la prevención de la enfermedad), transformando la dependencia en auto cuidado.



Para que la Enfermería sea una pieza clave en la Atención Primaria, debería:

Fundamentar sus actuaciones en las necesidades y problemas de salud prioritarios de la población, elaborados de manera participativa.

Garantizar el carácter integral e integrador de la atención y de los cuidados de salud.

Utilizar la educación sanitaria como un instrumento de su trabajo con la población, las familias y los individuos.

Trabajar con y para la comunidad promoviendo la participación comunitaria.

Abordar los problemas y necesidades de salud desde la multi-causalidad e interdisciplinariedad.

Evaluar el impacto de sus actuaciones sobre la salud de la población.

Un sistema orientado a la salud en lugar de a la enfermedad, debe potenciar el auto cuidado personal y responsabilizar a la población de promover su salud personal y de su comunidad. El grupo profesional más capacitado para hacer esto posible, por formación y competencias, es la enfermería comunitaria.

LA ENFERMERIA COMO UNA PROFESION EN EVOLUCION

A la enfermería se le ha denominado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones. Ha atravesado numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales.



Como disciplina y como profesión tiene como sujeto de atención el hombre, la familia y la comunidad. Su rol y las tendencias de cuidados de salud son y fueron influenciados por los cambios políticos, sociales, culturales, científicos y por las problemáticas de salud de la comunidad.

A través de los años, enfermería evolucionó y fue cambiando sus conceptos y las definiciones. Se estableció como campo científico y se describió en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas (subordinadas a la medicina); como un servicio humano amplio, como una vocación aprendida y más recientemente como una disciplina en el área de la salud, que maneja el cuidado de esta durante el transcurso del ciclo vital.

Definiendo el cuidado de enfermería, Meckenna, citado por Boemer y Sampaio (1997: 33) dice que “cuidar es la esencia de la práctica de enfermería”, agregando que el cuidado de enfermería no debe ser comprendido como la realización de una tarea relacionada al cuidado directo, sino que debe ser más amplio, como una óptica multidimensional, abarcando dimensiones de naturaleza administrativa, educativa, investigativa y de asistencia, requiriendo una competencia no solo técnica sino también política.

El concepto del cuidado de enfermería fue claramente definido por Florence Nightingale, quien lo planteó en conceptos de ciencia y arte, en sus aspectos más valiosos: el cuidado y la entrega. Los relevantes aportes de esta distinguida enfermera se basaron en una investigación cuidadosa, lo que la convirtió en una persona significativa dentro de la historia de la enfermería moderna.

El desarrollo del primer programa organizado de formación de enfermeras en el año 1860, subvencionado por la fundación Nightingale, marcó el inicio de una era distinta para la enfermería. Pero, a pesar de que las primeras escuelas fueron creadas de manera independiente a los hospitales, por comité o juntas facultadas para ello, pronto fueron absorbidas por estos debido a la falta de presupuesto económico.

Además, muchos de ellos descubrieron que podían crear escuelas para cubrir sus necesidades de recursos humanos en enfermería y al mismo tiempo obtener una valiosa fuente de trabajo casi gratuita.

De ahí que la prestación de cuidados se convirtió en el principal producto que se dispensaba en los hospitales. La verdadera función de la escuela que Nightingale quiso plasmar en sus inicios no era la preparación sino el servicio; educando en base a un modelo propio que no girara sobre los ejes de enfermedad y tratamiento.

Pero estos intentos de Florence Nightingale por establecer una enfermería profesional, basada en el entorno, fueron reemplazados por el entrenamiento orientado hacia los aspectos biológicos, para el cual dependía de los hospitales para lograr su formación práctica.

En sus *Notas de enfermería*, Florence Nightingale señalaba que “Enfermería es cuidar y ayudar al paciente que sufre alguna enfermedad a vivir, lo mismo que la enfermería de la salud es mantener o lograr que la salud de cualquier niño o persona sana se mantenga y no sea susceptible de enfermedad” (Duran de Villalobos, 1988: 25).

Después de que Nightingale planteara esta definición y la diferenciara como profesión independiente de la medicina, con metas propias, la enfermería, por lo antes expuesto, permaneció casi setenta años en el oscurantismo conceptual, y su definición se transformó en algo metafórico, asimilada a la imagen de la maternidad que caracteriza a las acciones de nutrir, cuidar y otras formas maternas de comportamiento que influyen en la imagen misma de la enfermera y en su forma de actuar y pensar.

Estos principios fueron los propulsores del desarrollo en los cuidados de los seres humanos sostenidos en el campo de la práctica.

Las mujeres fueron las primeras farmacólogas con sus cultivos medicinales, los secretos de cuyo uso se transmitían unas a otras. Durante los siglos fueron médicas sin título porque aprendían unas de otras ya que se transmitían sus experiencias entre vecinas o de madre a hija.

Desde el México antiguo hasta nuestros días, la atención primaria de la salud siempre ha estado en manos de las mujeres, el cuidado de la familia, incluyendo la atención del embarazo, el parto y el cuidado del niño sano, estuvo en manos de las mujeres llamadas " tamatquiticitl " o " ticitl".

Sabemos que la historia de la medicina está bien desarrollada, y como la enfermería está unida a la profesión médica, es necesario algún conocimiento de la evolución de esta última para poder entender el desarrollo de la enfermería, y para comprender ambas, es necesario también el conocimiento de la cultura donde se desenvolvían los pueblos.

A través de la historia, la enfermería ha avanzado de ser una práctica empírica a ser una profesión que utiliza modelos de atención para comprender a las personas en su ciclo de vida dentro del proceso salud-enfermedad.

La religión ha desempeñado un papel destacado en el desarrollo de la enfermería y fue el valor cristiano del " ama a tu prójimo como a ti mismo"

Movimiento que se dio por el dominio de grandes extensiones de tierra entre cristianos y mahometanos.

Las cruzadas dieron origen a las órdenes de enfermería militar y la institución de la caballería.

Los caballeros que se agruparon para este objeto si eran nobles, se dedicaban a hacer las tareas de médicos, y lo que no lo eran. Se llamaban Hermanos y estos se dedicaban a cuidar directamente a los enfermos.

La enfermería es una profesión típicamente femenina que se considera como extensión de las funciones femeninas tradicionales, como es el cuidado a la familia y remediar el sufrimiento, preparar y ofrecer los alimentos, acariciar a los hijos, entre otras; aunado a la división sexual del trabajo (tareas femeninas y tareas masculinas) que impera en el hogar, y que se siguen reproduciendo en las instituciones de salud.

Esta concepción de los cuidados mágico-religioso prevaleció por muchos siglos, aún en la Grecia Antigua, que fue el paso del pensamiento mítico al pensamiento racional en donde las cosas dejan de ser " míticas" para desarrollarse conforme a la "naturaleza" y algunos cuidados proporcionaban en templos, utilizando los remedios naturaleza, como baños con hiervas medicinales o indicaciones dietética.

UNIDAD II

ELEMENTOS DE LOS CUIDADOS HOISTICOS

2.1 BIENESTAR, SALUD Y ENFERMEDAD

CONCEPTO DE OLISMO: Los enfermeros se preocupan por el individuo como persona completa, total u holística, no como una reunión de partes y procesos. Cuando se aplica a la enfermería, el concepto de Holismo subraya que el enfermero debe tener siempre presente la totalidad de la persona y esforzarse por comprender como su parte alterada se relaciona con dicha totalidad. Además, el enfermero debe considerar también la relación del individuo con su entorno externo y con los demás. Por ejemplo, para ayudar a un varón que está llorando la muerte de su esposa, el enfermero explora el impacto de la pérdida en la totalidad de la persona (es decir, sobre el apetito, el patrón de sueño y descanso, el grado de energía, la sensación de bienestar, el estado de ánimo, las actividades habituales, las relaciones familiares y las relaciones con los demás). Las intervenciones de enfermería van dirigidas a restablecer la armonía global, por lo que dependen del sentido de las metas y del significado de la vida del paciente.

Aunque representan distintos enfoques, las terapias alternativas comparten algunos atributos. Descansan en el paradigma de los sistemas completos y en la creencia de que las personas son más que cuerpos físicos con partes reparables y sustituibles. Se considera que la combinación de los componentes mental, emocional espiritual, de relación y del entorno, a lo que se conoce como Holismo, desempeña misiones cruciales y equivalentes en el estado de salud de la persona. Las intervenciones se individualizan en el contexto total de la vida de la persona. El objetivo de la *American Holistic Nurses Association (AHNA)* es potenciar la curación de la totalidad de la persona desde el nacimiento hasta la muerte.

La creencia de salud holística sostiene que las fuerzas de la naturaleza dependen de mantenerse en equilibrio o armonía. La vida humana es un aspecto de la naturaleza que debe estar en armonía con el resto de ella. Cuando el equilibrio o la armonía naturales se alteran, se produce la enfermedad. La rueda de la medicina es un antiguo símbolo usado por los

nativos americanos de América del Norte y del Sur para expresar muchos conceptos. En el caso de la salud y la enfermedad, la rueda de la medicina enseña los cuatro aspectos de la naturaleza del individuo, la física, la mental, la emocional y la espiritual. Para que la persona se mantenga sana, estas cuatro dimensiones deben permanecer en equilibrio. La rueda de la medicina puede usarse también para expresar la relación del individuo con el entorno como una dimensión de la prosperidad.

Lo que se considera caliente o frío es muy variable según las culturas. En muchas de ellas, la madre que acaba de tener un hijo debe recibir alimentos templados o calientes y debe mantenerse caliente con mantas, porque se considera que el parto es una condición «fría». Los científicos convencionales recomiendan enfriar el cuerpo para bajar la fiebre. En estos casos, el médico de atención primaria puede prescribir líquidos y la aplicación de compresas frías en la frente, las axilas o las ingles. Sin embargo, muchas culturas consideran que la mejor forma de tratar la fiebre es aumentar la eliminación de toxinas mediante baños de sudor (Fontaine, 2005). Los pacientes de estas culturas pueden querer cubrirse con varias mantas, tomar baños calientes y beber líquidos calientes. El enfermero debe tener presente que una estrategia de tratamiento que sea compatible con las creencias del paciente puede tener más probabilidades de resultar efectiva. Por ejemplo, el paciente latino que evita los alimentos «calientes» cuando sufre trastornos gástricos puede comer alimentos compatibles con la dieta blanda que prescriben habitualmente los médicos.

Las fuerzas socioculturales, tales como la política, la economía, la geografía, la religión y el sistema de atención sanitaria predominante, influyen en el estado de salud del paciente y en la conducta de atención sanitaria. Por ejemplo, las personas con acceso limitado a una atención sanitaria específica, pueden recurrir a la medicina tradicional o a la curación popular. La medicina popular se define como las creencias y prácticas relacionadas con la prevención y la curación de la enfermedad que derivan de las tradiciones.

INVESTIGACION HOLISTICA. DEFINICION. La investigación holística “es una propuesta que presenta la investigación como un proceso global, evolutivo, integrador, concatenado y organizado. La investigación holística trabaja los procesos que tienen que ver con la invención, con la formulación de propuestas novedosas, con la descripción y la clasificación, considera la creación de teorías y modelos, la indagación acerca del futuro, la

aplicación práctica de soluciones, y la evaluación de proyectos, programas y acciones sociales, entre otras cosas.”

PRINCIPIOS DE LA INVESTIGACIÓN HOLÍSTICA:

Principio de complementariedad. “Los diferentes enfoques o teorías pertenecientes a una misma disciplina son complementarios.”

Principio de continuidad: “La realidad, más que estar constituida por cosas con límites propios, es una totalidad única de campos en acción que se interfieren; por tanto, los elementos del universo, más allá de constituir elementos físicos como tal, pueden entenderse como eventos, es decir, organizaciones que se reorganizan constantemente en sinergias, y cada evento de un campo contiene y refleja todas las dimensiones de dicho campo.

b. Continuidad en la selección del tema: “Para el holismo, el universo es una sola realidad, de modo que los límites son considerados abstracciones del ser humano que le permiten aproximarse al conocimiento, focalizando su atención en un evento específico de su interés.

Es el investigador quien crea una frontera o un límite para poder aproximarse al estudio, puesto que es imposible para el ser humano aprehender la totalidad del universo... Deberá, entonces, realizar una delimitación que implica familiarizarse con el evento a investigar, identificar eventos relacionados, visualizar el contexto, indagar lo que se ha hecho y estudiado anteriormente con respecto a ese evento, etc.... A medida que el proceso avanza, el investigador debe tomar decisiones que le ayuden a focalizar con mayor precisión lo que desea estudiar; para ello debe concentrar su atención en ciertos eventos o en ciertos aspectos de un evento, y “renunciar” a otros, aunque le parezca que todo es importante. Pero el ser humano necesita focalizar y delimitar para aprehender de su contexto. Resulta paradójico, pero es la visión de lo global lo que le permite focalizar... Lo que determina la decisión es el interés particular del investigador, el cual se sustenta en su experiencia previa, su cosmovisión, su área de desempeño y su enfoque teórico personal, así como en las necesidades particulares del contexto.”

c. Los objetivos como logros sucesivos en un proceso continuo, más que como un resultado final: En la Investigación Holística, los objetivos más comunes que se enuncian como parte del proceso de indagación se organizan en cuatro niveles y se clasifican en diez categorías:

Nivel perceptual. Aproximación inicial al evento. Corresponden los objetivos: explorar (familiarizarse con la situación) y describir (hacer un diagnóstico de la situación, particularmente de los eventos de estudio).

Nivel aprehensivo. Aproximación más profunda para descubrir relaciones de la estructura interna del evento. Corresponden los objetivos: comparar (cómo se presentan los eventos de estudio en situaciones o contextos diversos) y analizar (descubrir los elementos que intervienen en la situación).

Nivel comprensivo. Estudia la relación del evento con otros, dentro de un holos mayor. Corresponden los objetivos: explicar (comprender por qué ocurre la situación y cuál es el proceso causal que la origina), predecir (prever lo que ocurrirá con el evento a modificarse si se siguen determinadas líneas de acción sobre el proceso causal), proponer (hacer la propuesta de cambio que se requiere para resolver la situación y cubrir las necesidades que se detectaron en el diagnóstico).

Nivel integrativo. Contempla acciones dirigidas a transformar o modificar el evento en algún aspecto. Corresponden los objetivos: modificar, confirmar, evaluar.

"El objetivo general que desea alcanzar el investigador al finalizar el estudio, determina el tipo de investigación a realizar, pero los objetivos previos de menor nivel que deben ser logrados para obtener el objetivo general proporcionan una idea acerca de los objetivos específicos de la investigación. Así, si el objetivo general de un estudio es "proponer", la investigación es "proyectiva", y los objetivos específicos o logros sucesivos que el investigador deberá obtener para llegar al general probablemente sean explorar, describir, comparar, analizar, explicar, predecir, proponer.

Si el proceso salta o no cubre alguno de los objetivos previos, el resultado final presentara incongruencias... Sin embargo, no es determinante que el investigador mismo desarrolle todos los estadios anteriores al objetivo general, pues puede ocurrir que otros investigadores previamente hayan desarrollado investigaciones en las que se han cubierto uno

o varios de esos estadios. En tal caso, el investigador seguirá el proceso que sea pertinente a sus requerimientos particulares.

d. Los holotipos de investigación como estadios del proceso: "Un holotipo es una unidad genérica que expresa la globalidad de un conjunto. Un holotipo de investigación expresa las características esenciales de cualquier investigación contenida dentro de ese holotipo. En Investigación Holística se reconocen diez holotipos, los cuales se derivan, cada uno, de los diez objetivos básicos. Estos holotipos están ligados en una secuencia continua, y al igual que los objetivos, cada holotipo de mayor profundidad contiene los holotipos anteriores; son estadios de un proceso permanente, en el cual la realización de cada holotipo abre paso al siguiente. Los holotipos se organizan en lo que se denomina el Ciclo Holístico de la Investigación."

La holopraxis de la investigación es una vivencia holística en la cual se integran todas las dimensiones del ser humano (intelectiva, volitiva-social, biofisiológica y ética-moral) y cuyos objetivos también abarcan esas dimensiones (búsqueda de la verdad, búsqueda del bien, preservación de la vida); por eso es capaz de integrar ciencia, filosofía, arte y espiritualidad...

La holística concibe la ciencia no solo como un proceso meramente intelectual y básicamente generado a partir de las funciones del hemisferio izquierdo (lógico, analítico y secuencial), sino como un proceso integrador. El investigador asume su trabajo a partir de su complejidad de ser humano, integrando valores, emociones, actitudes, pensamientos, intuiciones, etc. "La holopraxis de la investigación es una vivencia holística en la cual se integran todas las dimensiones del ser humano (intelectiva, volitiva-social, biofisiológica y ética-moral) y cuyos objetivos también abarcan esas dimensiones (búsqueda de la verdad, búsqueda del bien, preservación de la vida); por eso es capaz de integrar ciencia, filosofía, arte y espiritualidad... La holística concibe la ciencia no solo como un proceso meramente intelectual y básicamente generado a partir de las funciones del hemisferio izquierdo (lógico, analítico y secuencial), sino como un proceso integrador. El investigador asume su trabajo a partir de su complejidad de ser humano, integrando valores, emociones, actitudes, pensamientos, intuiciones, etc."

b. **Continuidad en la selección del tema:** “Para el holismo, el universo es una sola realidad, de modo que los límites son considerados abstracciones del ser humano que le permiten aproximarse al conocimiento, focalizando su atención en un evento específico de su interés.

c. **Los objetivos como logros sucesivos en un proceso continuo, más que como un resultado final:** En la Investigación Holística, los objetivos más comunes que se enuncian como parte del proceso de indagación se organizan en cuatro niveles y se clasifican en diez categorías:

Nivel perceptual. Aproximación inicial al evento. Corresponden los objetivos: explorar (familiarizarse con la situación) y describir (hacer un diagnóstico de la situación, particularmente de los eventos de estudio).

Nivel apprehensivo. Aproximación más profunda para descubrir relaciones de la estructura interna del evento. Corresponden los objetivos: comparar (cómo se presentan los eventos de estudio en situaciones o contextos diversos) y analizar (descubrir los elementos que intervienen en la situación).

Nivel comprensivo. Estudia la relación del evento con otros, dentro de un holos mayor. Corresponden los objetivos: explicar (comprender por qué ocurre la situación y cuál es el proceso causal que la origina), predecir (prever lo que ocurrirá con el evento a modificarse si se siguen determinadas líneas de acción sobre el proceso causal), proponer (hacer la propuesta de cambio que se requiere para resolver la situación y cubrir las necesidades que se detectaron en el diagnóstico).

Nivel integrativo. Contempla acciones dirigidas a transformar o modificar el evento en algún aspecto. Corresponden los objetivos: **modificar, confirmar, evaluar.**

"El objetivo general que desea alcanzar el investigador al finalizar el estudio, determina el tipo de investigación a realizar, pero los objetivos previos de menor nivel que deben ser logrados para obtener el objetivo general proporcionan una idea acerca de los objetivos específicos de la investigación. Así, si el objetivo general un estudio es “proponer”, la investigación es “proyectiva”, y los objetivos específicos o logros sucesivos que el investigador deberá

obtener para llegar al general probablemente sean explorar, describir, comparar, analizar, explicar, predecir, proponer.

Si el proceso salta o no cubre alguno de los objetivos previos, el resultado final presentara incongruencias... Sin embargo, no es determinante que el investigador mismo desarrolle todos los estadios anteriores al objetivo general, pues puede ocurrir que otros investigadores previamente hayan desarrollado investigaciones en las que se han cubierto uno o varios de esos estadios. En tal caso, el investigador seguirá el proceso que sea pertinente a sus requerimientos particulares.

d. **Los holotipos de investigación como estadios del proceso:** "Un holotipo es una unidad genérica que expresa la globalidad de un conjunto. Un holotipo de investigación expresa las características esenciales de cualquier investigación contenida dentro de ese holotipo. En Investigación Holística se reconocen diez holotipos, los cuales se derivan, cada uno, de los diez objetivos básicos. Estos holotipos están ligados en una secuencia continua, y al igual que los objetivos, cada holotipo de mayor profundidad contiene los holotipos anteriores; son estadios de un proceso permanente, en el cual la realización de cada holotipo abre paso al siguiente. Los holotipos se organizan en lo que se denomina el **Ciclo Holístico de la Investigación.**"

e. **El ciclo holístico como continuidad:** "El ciclo holístico es un modelo que integra, organiza y concatena los holotipos de investigación como momentos de un proceso continuo y progresivo, en el cual lo que un investigador deja a cierto nivel, otros investigadores lo retoman para hacer de cada conclusión un punto de partida."

Principio de las relaciones Holo sintéticas: cada aspecto de la investigación tiene sentido en su relación con el todo: "En holística se considera a cada estructura como manifestación de un proceso subyacente propio de una red de relaciones intrínsecamente dinámica, de modo que las propiedades de los eventos fluyen de sus interrelaciones y se comprenden a partir de la dinámica de conjunto... En lo que respecta a la investigación Holística, cada aspecto de la investigación puede ser ampliamente comprendido en su relación con el resto de la investigación. Por ejemplo, el título de un estudio podría aplicarse, en muchos casos, a diferentes y muy variados tipos de investigación, cada uno con objetivos y

metodologías particulares, por lo que en el contexto de la investigación completa puede entenderse realmente de que se trata.”

Principio de evolución: la investigación como devenir: “En holística se reconoce que todos los conceptos, teorías y descubrimiento son limitados y aproximados y, en consecuencia, flexibles... En este devenir, el conocimiento anterior no queda desactualizado o desechado completamente, sino que se integra dentro de una nueva comprensión, pues ha sido la tarea evolutiva necesaria para alcanzar el nuevo aprendizaje. El ser humano se aproxima al conocimiento holístico en un proceso continuo en “espiral” (metafóricamente hablando), de modo que en algunas épocas pareciera que se estuviera regresando a etapas anteriores al conocimiento, pues se retoman conceptos y se revalúan. Sin embargo, cada vez la comprensión es diferente y ocurre a otro nivel más avanzado.”

El principio holográfico: el evento como contenido del holo. “Según el principio de que cada evento de un campo contiene y refleja la totalidad del campo, en investigación holística cada aspecto y momento de la investigación contiene y refleja la investigación completa y es coherente y armónico con el todo.

En investigación holística, este principio se refleja particularmente en el enunciado Holo práctico, el cual se define como la frase, pregunta o planteamiento que refleja en pocas palabras lo que el investigador desea saber con el estudio que está desarrollando. Es básicamente una interrogante que indica exactamente que se pretende conocer, acerca de cuál evento, observando en cuáles unidades de estudio y dentro de qué contexto

El enunciado Holo práctico es el germen de la investigación, por eso, siendo un aspecto de la investigación, contiene la totalidad de ella: a partir de él, se precisan los objetivos, se identifican los fenómenos de estudio, se discrimina cuál información es relevante, se determina el holotipo de investigación más conveniente, así como los métodos a seguir y las técnicas a utilizar, y con base en él se concluye.”

Principio del conocimiento fenomenológico: el investigador como “ser en situación”. “En la antigua concepción de ciencia se creía que las descripciones científicas eran “objetivas” e “independientes” del observador humano y del proceso de conocimiento. En la holística la realidad está relacionada con la manera como es percibida... Toda

investigación es realizada por un investigador, que como persona está inserta dentro de un contexto y en una situación particular; no es posible olvidar que cada investigación será abordada con los recursos, motivaciones, interpretaciones y enfoques propios de la persona que la lleva a cabo, según el modelo teórico del investigador. Si se quieren conocer en mayor profundidad las implicaciones de una determinada investigación es necesario conocer a la persona que la ejecutó, su contexto histórico y social y la cosmovisión de la cual partió.”

Principio de integralidad: la Holo praxis como vivencia holística. “Se denomina Holo praxis al conjunto de prácticas que permiten asumir una comprensión holística de la realidad. La Holo praxis de la investigación es una vivencia holística en la cual se integran todas las dimensiones del ser humano (intelectiva, volitiva-social, biofisiológica y ética-moral) y cuyos objetivos también abarcan esas dimensiones (búsqueda de la verdad, búsqueda del bien, preservación de la vida); por eso es capaz de integrar ciencia, filosofía, arte y espiritualidad... La holística concibe la ciencia no solo como un proceso meramente intelectual y básicamente generado a partir de las funciones del hemisferio izquierdo (lógico, analítico y secuencial), sino como un proceso integrador. El investigador asume su trabajo a partir de su complejidad de ser humano, integrando valores, emociones, actitudes, pensamientos, intuiciones, etc.”

Las enfermeras holísticas



Las enfermeras holísticas son aquellas que reconocen y tratan a cada individuo de manera diferente. Las enfermeras holísticas se describen a menudo por los pacientes como las enfermeras que “realmente les importa”.

Si bien no hay nada inherentemente malo en estar orientado a la tarea o meta-orientado en el cuidado formal de enfermería, si una enfermera está excesivamente orientada a la tarea, puede dejar a los pacientes con la sensación de que son sólo un número o un diagnóstico o peor, una carga.

Cada enfermera es culpable de tener que correr en algún momento; todos sabemos que el dilema de demasiados pacientes y el tiempo no es suficiente; exceso de gráficos y el tiempo no es suficiente; demasiados miembros de la familia para hacer frente y no hay suficiente tiempo. Entre las necesidades del paciente, compañeras enfermeras, médicos, gráficos, los miembros de la familia, y más, las enfermeras tienen mucho de

qué preocuparse.

Como enfermeras hay que encontrar una manera de equilibrar todos los deberes y responsabilidades que vienen con el título. Una vez hecho esto, los deberes y responsabilidades se convierten en privilegios y éxito.

Las profesionales de enfermería no sólo pueden utilizar la atención de enfermería integral para enriquecer la vida de los pacientes, sino para enriquecer sus propias vidas.

Relacionado: La carta del doctor de cuidados paliativos agradeciendo a David Bowie
La enfermería es una profesión difícil. A veces es un agotamiento físico, mental y emocional. Otras veces se experimenta con un paciente algún momento que recuerda el por qué se convirtió en una enfermera. Una forma de aumentar estas experiencias y brindar una mejor atención a los pacientes en general es a través de la atención de enfermería integral.

La clave no es necesariamente acerca de cuánto tiempo se pasó interactuando con un paciente, sino cómo se utiliza el tiempo que se tuvo con ellos. Las enfermeras deben esforzarse por hacer lo más posible en el corto tiempo que tienen con cada paciente. Como profesionales de enfermería es necesario promover un bienestar psicológico y emocional en los pacientes con el fin de facilitar la curación física. Cuando se hace esto la relación con el paciente cambia y se convierte en algo más positivo que antes. Esto conduce a mejores resultados en los pacientes y puede aumentar la felicidad y propósito en el trabajo como enfermera.

Hay muchas maneras fáciles de mejorar las relaciones con los pacientes y promover un ambiente psicológico, emocional y espiritual saludable:

- Aprender el nombre de los pacientes y utilizarlo
- Hacer buen contacto con la mirada
- Preguntar cómo se siente, sinceramente, que realmente importe

- Sonriendo y riendo cuando sea apropiado
- Utilizar el toque terapéutico
- Ayudar al paciente a verse a sí mismo como alguien que merece dignidad
- Preservar la dignidad del paciente lo más que puedas
- Educar a los pacientes sobre la importancia del autocuidado
-
- Preguntar al paciente cómo puedes reducir su ansiedad o dolor
- Utilizar métodos no farmacológicos de control del dolor, como las técnicas de relajación
- Animar a los pacientes y ayudar con modalidades alternativas de tratamiento; nunca subestimes el beneficio de un masaje, aromaterapia, o la música
- Preguntar si tienen ciertas creencias religiosas, culturales o espirituales; ser sensible y aceptar sus creencias.

Esta es una pequeña lista de cambios que pueden ser implementados con el fin de centrarse más en la atención integral de los pacientes.

Al final del día, la atención integral ni siquiera es acerca de cuántas acciones holísticas se han realizado. Lo que importa es la intención de atender a cada paciente como un todo y estar presente para ese paciente mientras se pueda. La enfermería holística se puede practicar en cualquier entorno médico, ya sea en una clínica o en enfermería a domicilio.

¿Qué es la salud holística?

Salud holística es un enfoque del concepto de salud que vislumbra todas las dimensiones del ser humano de una manera interdependiente e integrada, como una entidad completa en relación al mundo que le rodea. Se refiere al bienestar físico, psicológico y social, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo.

Fundamentalmente, la salud holística posee las siguientes características:

Se vislumbra la salud desde una perspectiva positiva.

Se enfatiza el bienestar en vez de la enfermedad.

El ser humano se desempeña como una unidad entera.

No existe salud si una de las dimensiones no se encuentra saludable.

Su filosofía/propósito principal es la enseñanza de prácticas básicas de una vida saludable.

Este concepto holístico de la salud es muy significativo porque le otorga importancia a los otros aspectos de la salud de las personas que han sido excluidos de la definición de la OMS, especialmente al componente *emocional* y *espiritual* de la salud. Sin estos dos componentes es imposible alcanzar un óptimo estado de salud.

Si bien es cierto que el ser humano está condicionado por su historia, su cultura y sus motivaciones intrínsecas, no se puede decir que están determinados de manera fatal por sus contradicciones, incertidumbre, inseguridad y conflictos, ya que esto puede cambiar y desaprenderse en el momento en que la persona lo decida por medio de un trabajo multidisciplinario.

Algunos de los valores que contribuyen a la salud holística son: autonomía individual, familiar, institucional, respeto, solidaridad, compromiso social, integridad, responsabilidad individual y colectiva, lo que contribuye a una mejor calidad de vida.

La verdadera medida de la salud no es la ausencia de enfermedad o invalidez, sino la capacidad de funcionar efectivamente dentro de un determinado medio ambiente; es el proceso de adaptación continua a los millares de gérmenes, estímulos, presiones y problemas que desafían diariamente al hombre.

La salud holística comprende un estado de bienestar en todos los aspectos: físico, biológico, psicológico, socio emocionales. Está enfocada en la promoción y mantenimiento de la calidad de vida del ser humano; cualquier alteración en la salud de algunas de las áreas repercute en todas, ya que una buena salud es la principal condición del desarrollo humano y es muy importante cuidarla, conservarla, potenciarla, ya que esto permite el desarrollo de las habilidades y capacidades del ser humano.

A pesar de que cada persona, familia y comunidad otorga a la salud valores diferentes, para todos significa estar bien, verse bien, actuar bien, ser productivos y relacionarse sanamente con los demás.

¿Qué es el cuidado?

La noción de cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso actual de enfermería. Desde el punto de vista disciplinario, el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud.

En general, el cuidado tiene dos aspectos diferentes: *cuidar de* (actividad de proveer directamente cuidados para cubrir las necesidades de otra u otras personas) y *tener interés en otra persona* (deseo y la motivación por el bienestar del otro).

Cuidar de: La primera definición significa realizar actividades para otras personas y con otras personas que se cree que son beneficiosas para ellas. La mayoría de las personas piensa en esto cuando dicen cuidados de enfermería. Los cuidados de enfermería suelen implicar a dos personas cuya conexión está determinada principalmente por la responsabilidad que tiene una de ellas de dar respuesta a la otra y de satisfacer sus necesidades. A diferencia de las relaciones entre familiares o amigos, este tipo de relación se da normalmente entre personas desconocidas que a menudo no comparten su historia, y tiene lugar en un contexto de normas y sanciones profesionales.

Tener interés en otra persona: La segunda definición de cuidar refleja como una persona piensa sobre otra o como se siente comprometida con ella y le responde. Cuidar es una respuesta emocional que conlleva una preocupación por el otro, y da importancia a la

relación, al afecto, a la franqueza y a la atención a las necesidades de la persona a la que se cuida. Esto no tiene nada que ver con las diferentes tareas atribuidas a las enfermeras, sino con su actitud frente a la otra persona, la que recibe sus cuidados, y con su compromiso con esa otra persona. Este significado se refiere a la dimensión psicosocial de la relación entre enfermera y paciente y se ha convertido en un valor con connotaciones morales según el cual las enfermeras deberían cuidar al paciente, tener un sentimiento de empatía hacia él y prestarle atención. La buena enfermera presta un cuidado de enfermería eficaz y se interesa por el paciente de una manera empática. Este significado de cuidar ha cobrado una especial importancia en el discurso de la enfermería de los últimos veinte años.

En enfermería hemos trabajado más con la primera definición porque es reconocible y medible, demostrable, que, con el segundo, que es etéreo, invisible y relacional.

En el cuidado aparecen dos temas comunes: *a)* el cuidar no es una simple entidad y no puede medirse en sentido estricto; *b)* el cuidar abarca tanto el aspecto instrumental (primer significado) como el existencial o expresivo (segundo significado) de la enfermería, para que lo consideres cuando ofrezcas tu servicio profesional. Así, el proceso de cuidado supone diálogo y construcción de significados compartidos, comprensión, actitud de cuidar al otro; es conexión emocional, perceptiva y de sentimientos con un cuerpo de intenciones tácitas y explícitas, es decir, un mundo vivencial y de respeto.

Cuidar es una filosofía: una manera de ser, una manera de mirar, de pensar, de compartir y de participar con el otro y de describir la experiencia que permite al mismo tiempo el conocimiento propio.

Al final, cuidar es un fenómeno social y cultural, una ciencia social y humana que necesita preparación y conocimiento y sobre todo experiencia de trabajo de campo. Para cuidar hay que desarrollar el esmero de cuidar a los otros; cuando se aprende a cuidar, a respetar y a reconocer a los otros seres humanos insertos en cada cultura incluyendo la propia, se genera una relación terapéutica en la que la persona cuidada y el cuidador (enfermera) salen beneficiados. Aquí es donde la terapéutica holística tiene cabida en el cuidado profesional: aquellas terapias que a la persona le hacen bien, aquellas en que la persona cree, aquellas que son culturalmente aceptadas son y deben ser promovidas por las enfermeras, por supuesto, siempre desde un marco bioético y legal de la práctica profesional.

LOS COMPONENTES DEL CUIDADO SON DOS: Relación de ayuda e interrelación

RELACIÓN DE AYUDA: Ayudar en general es el hecho de ofrecer recursos a una persona con el fin de que pueda superar una situación difícil o hacer frente a la misma y vivirla de un modo más sano posible. Los recursos pueden ser materiales, técnicos o relacionales. Hablamos de relación de ayuda cuando hacemos referencia al modo de ayudar usando fundamentalmente recursos relacionales (respeto, calidez, escucha), y que le permitan a la persona descubrir sus recursos internos que le ayuden a afrontar su crisis del modo más sano posible si no tiene salida o a recorrer un camino de crecimiento. En este sentido, la enfermera se ofrece como recurso para acompañarlo en el proceso de afrontamiento. Aunque la relación de ayuda se da en cualquier relación humana, en la relación de persona-enfermera adquiere una connotación especial porque la enfermera cuenta con un conocimiento mucho más profundo de la persona y con un conjunto de actitudes, habilidades y destrezas, es decir, con una serie de técnicas humanas que han sido adquiridas a través del aprendizaje y la formación, que les permite desempeñar y utilizar los propios recursos naturales de ayuda de un modo más conveniente, controlada, metódica, e intencionada, distinto del modo espontáneo en que los demás suelen hacerlo en diferentes situaciones de su vida. Como características, una relación de ayuda es: Una relación valiosa, dado que es una relación personal e íntima que implica un compromiso recíproco de ayudar y de querer recibir la ayuda por parte de los que participan en ella. Una relación en la que se expresa afecto. Una relación en la que se manifiesta la persona total, donde los participantes se proponen ser honestos y cada uno de ellos. La interacción humana permite llevar a cabo el cuidado. La interacción permite a la persona expresar sus sentimientos, dar a conocer respuestas positivas y negativas frente a las situaciones vividas y sus expectativas frente al cuidado de enfermería para la satisfacción de sus necesidades, y a la enfermera le permite desarrollar el propósito de la enfermería.

2.2 INDIVIDUOS Y FAMILIA EN EL LUGAR Y EN LA COMUNIDAD.

Cuando una persona o familia demanda la participación de la enfermera, ésta despliega sus conocimientos y habilidades para usarlos en el cuidado y no se espera que “la relación sea de tipo social y de carácter informal, ni una relación entre amigos”, sino que debe ser concebida como una relación terapéutica que busca el beneficio de la persona, dirigida al cumplimiento de metas y enfocada a identificar y resolver problemas relacionados con el bienestar y la salud de las personas cuidadas. La interacción se considera exitosa cuando; además de los resultados, ofrece una clara contribución al crecimiento de la persona o familia y de la enfermera. Desde el punto de vista de las enfermeras, la intencionalidad de la relación terapéutica no puede limitarse solamente a pretender resultados o a promover cambios superficiales, sino modificar los comportamientos ineficaces y promover las conductas adaptativas mediante la utilización de procesos de decisión voluntarios y conscientes, guiados por un genuino deseo de cambio. En el proceso de interacción, la enfermera debe hacer uso de su experiencia clínica, de su preparación académica y principalmente, exhibir gran parte del componente estético que se percibe a través del sentido común, intuición, sensibilidad y habilidades comunicativas. Este componente se hace visible en las interacciones que se dan en respuesta a las demandas de cuidado de personas o familias. Llevada a cabo por consentimiento mutuo de las personas que participan en ella, dado que lo contrario daría lugar a la desconfianza y al recelo. Dado porque la persona que demanda la ayuda, necesita información, instrucción, consejo, ayuda, comprensión o tratamiento por parte del otro. Un proceso de comunicación e interacción porque tanto el que ayuda como el que demanda la ayuda se ven afectados por la comunicación verbal y no verbal; así, cuanto más transparente sea la comunicación, más eficaz será la relación. Un proceso metódico y estructurado que será distinto según sea la relación de ayuda, pero las características esenciales, es decir, las

pautas de estímulo-respuesta, están siempre presentes; la persona que ayuda siempre está accesible y se muestra segura, mostrando siempre una disposición interna al otro, libre de prejuicios, temores, dudas y ansiedades, y con conocimiento de sí misma. El objeto de la relación de ayuda es el cambio; cuando termina la relación, las personas no son las mismas, sino que han mejorado: ya no sufren tanto, no se sienten tan indefensos, se conocen mejor y sus comportamientos son más adecuados a las circunstancias. Los elementos que participan en la relación de ayuda son: Roles: uno es el que proporciona la ayuda y el otro el ayudado. Lugar definido por el ejercicio de la profesión: en enfermería son varios escenarios como el hospital, el domicilio, la escuela, el trabajo, etcétera. Naturaleza del encuentro: consciente, intencionado, controlado y metódico. Competencia del que proporciona la ayuda: relación centrada en la persona de un modo holístico. Concluyendo, la relación de ayuda en enfermería es el intercambio personal y humano que tiene lugar cuando el profesional interactúa con la persona o familia que necesita de sus servicios o sufre y pone a su disposición el conjunto de actitudes internas y habilidades en las que se fundamenta el conocimiento de la competencia relacional de su disciplina, con el fin de que sean capaces de explorar y comprender mejor su problema y de utilizar sus recursos internos para hacerle frente. Todo en el marco de unos cuidados humanizados y humanizadores que conciben a la persona como un ser holístico.

ORIENTACIÓN CENTRADA EN LA ENFERMEDAD Y UNIDA A LA PRÁCTICA MÉDICA

Surge cuando comienzan a poder controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. El significado de los elementos que forman el metaparadigma según esta orientación es el siguiente:

- La persona, es un todo formado por la suma de partes independientes entre sí y además, no participa en su cuidado.
- El entorno, es independiente de la persona y algo que se puede controlar y manipular.
- La salud, es la ausencia de enfermedad, un estado deseable.

- El cuidado, es aquel que ofrece la enfermera experta en conocimientos y habilidades, con el fin de suplir las incapacidades y déficits que surjan en la persona.
- La representación principal del paradigma con la orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica está reflejada en *F. Nightingale*, por el interés del control del medio ambiente demostrado en sus escritos y la importancia de la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas.
- Otros enfermeros como *Henderson, Hall y Watson* suponen la transición entre los diversos paradigmas, especialmente porque dan paso al de la integración, en ellos ya se avisa que la experiencia de salud-enfermedad supera la linealidad y comienza a considerar la persona en su integralidad, en interacción con el entorno.

2.3 Etnia y cultura

La enfermería puede definirse como el conjunto de actividades profesionales destinadas al cuidado, promoción, mantenimiento o restablecimiento de la salud óptima tanto para la persona como para la sociedad, basándose en fundamentos teóricos y metodológicos. La enfermería puede considerarse, por tanto, una disciplina social ya que se ocupa tanto del individuo como de la salud del grupo, se trata de una profesión al servicio de la comunidad.

Es decir, la enfermería conjuga dos aspectos importantes: la técnica médica y el trato al paciente. Para el profesional sanitario el organismo humano se asemeja a una máquina que hay que mantener, y reparar en ocasiones. Pero hay algo importante que no se debe perder de vista, y es la interacción del paciente con su propia enfermedad. Él debe colaborar en la prevención y lucha contra la enfermedad, y es aquí donde el trato con la paciente cobra sentido, en la fundamental interrelación que se establece entre los y las enfermeras y el paciente.

La transculturalidad se define como “aquellos fenómenos que resultan cuando los grupos de individuos, que tienen culturas diferentes, toman contacto continuo de primera mano, con los consiguientes cambios en los patrones de la cultura original de uno de los grupos o de ambos.” (Herskovits, 1995: 565). La transculturalidad, al igual que la multiculturalidad o

interculturalidad, son conceptos que comprenden en su interior el término cultura, si bien cada uno de ellos hace referencia a algún aspecto concreto de ella, así la transculturalidad incide más en los sistemas de creencias y valores. Las ciudades, incluso los pueblos hoy en día, se han convertido en auténticos mosaicos multiculturales. La relativa homogeneidad del pasado pierde terreno frente a una creciente heterogeneidad. Los grandes movimientos internacionales de población, ya sea debido a fenómenos migratorios con una fuerte motivación económica, así como los derivados de las guerras o de las grandes hambrunas que azotan periódicamente el continente africano y asiático, ponen en contacto poblaciones de muy diversa, y en ocasiones enfrentada, cultura. Estos factores implican nuevas formas de entender la disciplina y el cuidado de las personas. Hasta ahora el profesional de la enfermería ha tendido a cuidar de una forma uniforme, sin embargo, los factores mencionados, y otros muchos que me he dejado en el tintero, implican la necesidad de nuevos conocimientos que hasta ahora no se veían como imprescindibles, así como de nuevas formas de interpretar y aplicar las prácticas y los cuidados sanitarios. La cultura, el conocimiento de la diversidad cultural, es la clave que permite un mejor adecuamiento de las prácticas sanitarias a las necesidades de la sociedad contemporánea. Y es aquí donde la Antropología presta su colaboración a la enfermería.

En síntesis, se puede afirmar que la cultura es desarrollada por los seres humanos y a la vez ella influye a las personas en su pensar y en su actuar. Dentro de la cultura, las creencias orientan (mas no siempre condicionan) las prácticas; y estas a su vez pueden modificar las creencias. Entonces, la cultura actúa como guía dinámica que orienta y modula la convivencia grupal humana. Por consiguiente, para la autora, al brindar cuidados de salud, es prudente tener en cuenta la cultura dentro de la cual la persona o el grupo poblacional están inmersos, ya que es de esperarse que cada cultura implique un repertorio distinto de creencias y de prácticas de cuidado de la salud, que deben respetarse y considerarse para lograr el objetivo terapéutico del cuidado.

Todos los modelos anteriores contemplan desde una u otra perspectiva los distintos aspectos culturales que influyen en el cuidado de la salud y que deben tener en cuenta tanto el receptor de los cuidados como el proveedor de los mismos al momento de planear,

organizar, ejecutar, evaluar o reajustar los cuidados de la salud de las personas. Generalmente estos aspectos pasan inadvertidos pues forman parte de la cotidianidad de las personas. Así que estos modelos vienen a ser herramientas útiles para identificar, valorar y alcanzar elementos que nos permitan brindar un cuidado terapéutico o, según Leininger, "un cuidado culturalmente congruente". Estos modelos son un aporte importante de la disciplina de enfermería al cuidado puesto que favorecen la toma de conciencia de la importancia de estos asuntos en el cuidado de la salud, a la vez que proponen herramientas validadas a través de investigaciones en todo el mundo, en diferentes culturas y contextos, y se genera un cuerpo de conocimientos que respalda el quehacer de enfermería y de los cuidadores en general.

2.3 Espiritualidad y religión

Incorporando nuevos valores presentes en los entornos familiares, sociales y culturales La expresión afectiva de acuerdo con M. M. Montes "es el punto de llegada y de partida del cuidado". Es colocarse en el lugar del otro, intentando descubrir sus sentimientos y emociones. El amor es cuidar con generosidad, desprendimiento, humildad, paciencia y delicadeza. Necesita del otro en una relación directa, dialógica e intencional. El tema de la relación interpersonal en la práctica de enfermería ha sido estudiado permanentemente, por ser éste el marco de referencia del quehacer profesional: el cuidado. La relación interpersonal posee una intencionalidad dirigida a la recuperación o mantenimiento de la salud. La comunicación interpersonal nos permite llegar al otro a través de una interrelación marcada por la empatía. La empatía es aquella condición básica de relación. Es la capacidad de mirar y descubrir al otro, de sumergirse en el mundo del otro y participar de su. Experiencia. El establecimiento de procesos de comunicación permite operacionalizar la acción de cuidar en un proceso dinámico y único. El hombre por naturaleza es un ser gregario, necesita del otro. En este sentido, la comunicación le permite llegar al otro e interactuar con él. Todas estas virtudes y actitudes han estado presentes en el acto de cuidado a través de la historia de la profesión, profesión que ha sido llamada "la más bella de las artes". La relación interpersonal es más que algo tácito o implícito. No es la información, el saludo y las acciones que permiten cuidar. Es fundamentalmente la transmisión del afecto, enmarcada en el respeto por el otro. Esta no debe darse como un proceso frío, mecánico y carente de

intencionalidad. La observación y las expresiones de complacencia y dolor también son formas de comunicación. Las intervenciones de enfermería permiten establecer relaciones de afecto, confianza y seguridad. En este orden de ideas, el contacto físico como abrazar, apretar la mano y acoger al otro amorosamente, se convierten en manifestaciones de afecto, intencionalidad y ternura. El contacto físico es una forma de comunicación amorosa. La persona recibe sentimientos de apoyo, seguridad y confianza que le hacen posible afrontar las crisis del momento. Los silencios, gestos y otras formas de lenguaje no verbal, transmiten más que las palabras la acción concreta del hacer. La enfermería se preocupa por la persona como un ser totalitario, holístico, no únicamente como un conjunto de partes o de procesos. Hablar de la totalidad del ser y del cuidado de la persona desde esta perspectiva promueve la integralidad. Es reconocer la condición de persona en el otro, como un ser único, dotado de características propias y particulares.

Espiritualidad

La definición de espiritualidad varía dependiendo de quién cuestione o de quién responda. En el mundo actual, difiere su significado en cada situación. Espiritualidad es aquella dimensión del ser básica y trascendente formada por creencias y valores. La espiritualidad incluye la religión pero no es igual a ella; es un concepto más amplio, un fenómeno no confinado a templos, iglesias o ritos. Es una dimensión única de la persona. Se caracteriza por la relación con el yo, con el otro, con la naturaleza y con la vida. La religión, la fe y la espiritualidad son conceptos aislados, unidos por la concepción de la trascendencia del ser; sin embargo se utilizan indiscriminadamente, creando confusión en su naturaleza. La espiritualidad es una fuerza que da sentido a la vida. Busca respuestas a aquello que no podemos explicar con la razón y con el conocimiento. En determinados momentos y circunstancias de la vida adquiere una mayor importancia o significado, como en situaciones de enfrentar la enfermedad y la muerte.

2.3 Sexualidad.

Muchos estudios reflejan que las carencias en materia de educación sexual son muy frecuentes (3, 7), que los adolescentes manejan diferente y abundante información, mucha de ella sobre biología, reproducción... pero que sigue habiendo desconocimiento o ideas erróneas tanto en métodos anticonceptivos como prevención de ITS, lo que se refleja en la siguiente cita: "Hoy en día, el incremento de las fuentes de información y la mayor accesibilidad a dichas fuentes no garantiza que los jóvenes estén educados: educación no es sólo tener la información, sino saber utilizarla y sacarle el mayor provecho.

Todo ello, debemos unirlo a la idea de "inmunidad" característica de la adolescencia, el "a mí no me va a pasar" o "eso sólo les ocurre a personas marginales"; un cóctel explosivo que no hace más que exacerbar la probabilidad de que se lleven a cabo prácticas sexuales de riesgo en este colectivo (3,7). De hecho, son muchos los estudios que demuestran la ausencia en el uso del preservativo u otro método anticonceptivo en la primera relación sexual (3, 4,7). ¿Qué es lo que ocurre entonces para que estos adolescentes no usen preservativo?, ¿qué es lo que estamos haciendo mal?, ¿en qué fallamos como educadores?

Si en nuestra ideología perdura la idea de que no hablar de sexualidad es la mejor opción para prevenir "conductas perversas", o que nuestro trabajo como enfermeros se limita a la educación para la salud en la consulta, continuaremos incurriendo en un aumento en la incidencia de END, IVE, ITS, y el mantenimiento de prácticas sexuales no satisfactorias. No contribuiremos a desmitificar la creencia del "rol de sumisión del sexo femenino en las relaciones sexuales", pensamiento aún vigente hoy día en la sociedad, o la idea de que la sexualidad se limita a la relación coital como única práctica satisfactoria; ya que los datos sobre END, IVE, ITS, implicaciones psicosociales de la maternidad en adolescentes e inclusive agresiones sexuales, ponen de manifiesto que nuestra sociedad no está abordando adecuadamente la vivencia de la sexualidad en el adolescentes y jóvenes, como bien comenta Jorge Araujo.

Como hemos citado antes, vivimos en un entorno donde aún vislumbran resquicios de desigualdad de género en relación con la sexualidad. Algunos autores hablan de pensamientos declarados por adolescentes como que "la mujer debe unir amor y sexo" (3,5) y de cómo

esto va ligado a que son los hombres los únicos que toman la decisión de usar o no preservativo. Los usan basándose en la confianza en su pareja y los chicos por la búsqueda de un mayor placer"

2.6 Liderar, dirigir e influir en el cambio de paciente.

El Liderazgo es un constructo complejo y multideterminado, el cual se ha investigado desde hace muchos años y es definido como “un proceso natural que ocurre entre una persona Líder y sus seguidores, existiendo consenso que éste es necesario para guiar a las organizaciones hacia objetivos estratégicos”. El líder, a través de sus propias acciones, debe crear una cultura, donde el cambio no sea considerado una amenaza, sino una posibilidad de crecimiento y desarrollo para los integrantes, Liderazgo para el Cambio Fase II, del Consejo Internacional de Enfermeras, sostiene que se debe tener “una actitud proactiva, visionaria y asertiva hacia los procesos de la Reforma”, es decir tener un rol protagónico como líder, ampliar su horizonte, con un enfoque multisectorial y multidisciplinario, mostrar el valor de la disciplina y conducir los cambios con la gestión oportuna de los cuidados. El legislador asigna tres nuevas funciones: “Gestión del Cuidado, el ejecutar acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico; y el deber de velar por la mejor administración de recursos de asistencia para el paciente” En consecuencia, el Liderazgo se expresa cuando se le encomienda a las(os) Enfermeras(os) velar por la mejor administración de los recursos asistenciales, asumiendo un papel garante en la asistencia y derechos de los pacientes se observa en las(os) Enfermeras(os) pocas acciones que reflejen el Liderazgo como una competencia. Se muestra un déficit en la conducción del personal, falta de claridad al entregar información, escasa empatía-carisma, inexistencia de análisis de situaciones y toma de decisiones, lo que conlleva a conflictos con el equipo, sin logros en la planificación del trabajo en los servicios. Lo anterior puede deberse a factores, tales como: presencia de profesionales jóvenes, inexperiencia, dificultades de tipo relacional, objetivos no claros, ausencia de confianza y de apoyo de la autoridad, lo que repercute claramente en la atención directa de los usuarios. Asimismo, existe la percepción de no ser consideradas(os) y enfrentar factores externos del medio que obstaculizan su desarrollo, como los problemas de relaciones con médicos, sindicatos, autoridades, personal de salud. Se visualiza un ambiente conflictivo

donde no se reconoce a Enfermería como disciplina, lo que origina condiciones adversas para desarrollar un efectivo liderazgo. Con el propósito de contribuir al fortalecimiento del liderazgo en el ejercicio de la profesión.

2.7 Filosofía de la profesión de enfermería.

Las enfermeras monásticas. Las mujeres de estos monasterios estaban amparadas por la iglesia, que proporcionaba libertad y seguridad para seguir estudios intelectuales o interés prácticos. Muchas mujeres famosas de la Alta Edad Media estuvieron relacionadas con la vida monástica. Hildegarde, cuyos conocimientos médicos y visión política fueron muy notables. Otras mujeres asumieron la labor médica y de enfermería en los hospitales. El cuidado de los enfermos era la tarea principal. Radegunda cuidó personalmente a los pacientes en el hospital que había fundado. Era particularmente sensible con los leprosos, que eran marginados sociales, y se la vio besando sus cuerpos enfermos. No existen indicios de que hubiera médicos relacionados con este hospital. Al parecer, los cuidados de enfermería eran la base para la recuperación de la salud.

Santa Brigida se convirtió en una abadesa famosa en Irlanda, y era respetada como erudita, educadora, consejera y experta en las artes de curación. También se conocía por cuidar a los enfermos y haber curado leprosos. Se dio el título de “patrona de la curación”

El trabajo teórico hecho por Nightingale la ubica dentro de la Filosofía de la Enfermería. La filosofía explica los significados de los fenómenos de la enfermería a través del análisis, del razonamiento y del argumento o exposición lógica. La filosofía proporciona una explicación general y se utilizan para ampliar la disciplina y aplicarla a la profesión. De esta forma, a través de las primeras definiciones que Nightingale proporciona permite que las enfermeras puedan desarrollar teorías, modelos y marcos conceptuales. Estos trabajos han contribuido al desarrollo del conocimiento proporcionando una dirección o creando una base para desarrollos posteriores.

La teoría de Nightingale se centró en el entorno. Todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte (Murray y Zenther, 1975). Si bien

Nightingale no utilizó el término entorno en sus escritos, definió y describió con detalles los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos que integran el entorno.

Su preocupación por un entorno saludable no incluía únicamente las instalaciones hospitalarias en Crimea e Inglaterra, sino que también hacían referencia a las viviendas de los pacientes y a las condiciones físicas de vida de los pobres. Creía que los entornos saludables eran necesarios para aplicar unos cuidados de enfermería adecuados.

Su teoría sobre los 5 elementos esenciales de un entorno saludable (aire puro, agua potable, eliminación de aguas residuales, higiene y luz) se consideran tan indispensables en la actualidad como hace 150 años.

Que todos los pacientes tuvieran una ventilación adecuada parecía ser una de las grandes preocupaciones de Nightingale. Instruía a sus enfermeras para que los pacientes pudieran respirar un aire tan puro como el del exterior. Rechazaba la teoría de los gérmenes (recientemente creada en esa época). El énfasis en la ventilación adecuada hacía reconocer a este elemento del entorno tanto como causa de enfermedades como también para la recuperación de los pacientes.

El concepto de iluminación también era importante en su teoría. Descubrió que la luz solar era una necesidad específica de los pacientes: la luz posee tantos efectos reales y tangibles sobre el cuerpo humano. Se enseñaba a las enfermeras a mover y colocar a los pacientes de forma que estuvieran en contacto con la luz solar.

La higiene como concepto es otro elemento esencial de la teoría del entorno de Nightingale. En este concepto se refirió al paciente, a la enfermera y al entorno físico. Observó que un entorno sucio (suelos, alfombras, paredes y ropas de camas) era una fuente de infecciones por la materia orgánica que contenía. Incluso si el entorno estaba bien ventilado, la presencia de material orgánico creaba un ambiente de suciedad; por tanto, se requería una

manipulación y una eliminación adecuadas de las excreciones corporales y de las aguas residuales para evitar la contaminación del entorno. Nightingale era partidaria de bañar a los pacientes a menudo, incluso todos los días. También exigía que las enfermeras se bañaran cada día, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran las manos con frecuencia.

También incluyó los conceptos de temperatura, silencio y dieta en su teoría del entorno. Por lo que elaboró un sistema para medir la temperatura corporal con el paciente palpando las extremidades, con la finalidad de calcular la pérdida de calor. Se enseñaba a la enfermera a manipular continuamente el entorno para mantener la ventilación y la temperatura del paciente encendiendo un buen fuego, abriendo las ventanas y colocando al paciente de modo adecuado en la habitación.

La enfermera también debía evitar el ruido innecesario, y valorar la necesidad de mantener un ambiente tranquilo.

Nightingale se preocupó por la dieta del paciente. Enseñó a las enfermeras a valorar la ingesta alimenticia, así como el horario de las comidas y su efecto sobre el paciente. Creía que los pacientes con enfermedades crónicas corrían el peligro de morir de inanición, y que las enfermeras debían saber satisfacer las necesidades nutricionales de un paciente.

Otro elemento de su teoría fue la definición del control de los detalles más pequeños. La enfermera controlaba el entorno física y administrativamente. Además controlaba el entorno para proteger al paciente de daños físicos y psicológicos: debía evitar que el paciente recibiera noticias que pudieran perturbarlo, que recibiera visitas que perjudicaran su recuperación y que su sueño fuera interrumpido. Nightingale reconoció que la visita de pequeños animales domésticos podría beneficiar al paciente.

Las “escuelas de formación” estadounidenses no favorecían el desarrollo del pensamiento crítico ni la resolución de problemas. No se daba a las mentes inquietas una disciplina rígida y una obediencia incuestionable. En la escuelas de enfermería, reducían el individualismo, la creatividad, el pensamiento crítico y la confianza. Servían para colocar a las estudiantes y enfermeras graduadas en un papel de sumisión, y así permanecieron durante muchos años.

La enfermería no era propicia para la investigación, como tampoco había enfermeras preparadas para emprenderla. La necesidad de la investigación de enfermería ya fue reconocida por las primeras dirigentes, que se comprometieron con el método científico de recoger e interpretar datos para generar nuevos conocimientos tendentes a mejorar los cuidados de enfermería.

Una serie de acontecimientos acabaron por conducir al compromiso firme de incorporar la investigación de enfermería a la estructura global de la profesión. La Association of Collegiate Schools of Nursing (ACSN) patrocinó un foro especial sobre investigación de enfermería en 1941. La Cámara de Delegados de la ANA aprobó un programa de investigación en 1950. Este programa estaba diseñado como un proyecto a largo plazo para estudiar:

Las funciones de la enfermería en distintos contextos y zonas geográficas.

La relación de las enfermeras con sus compañeros de trabajo y asociados.

El lanzamiento de la revista Nursing Research en 1952 fue un reflejo de la promoción y la comunicación de la investigación en enfermería. En 1955 se creó la American Nurses' Foundation como corporación miembro de la ANA. Esta fundación proporciona becas de investigación a las enfermeras graduadas para proyectos científicos y educativos; llevar a cabo estudios, revisiones e investigaciones; proporcionar becas a las instituciones educativas públicas y privadas sin fines lucrativos, y publicar trabajos científicos, educativos y literarios.

Entre 1940 y 1956, el Departamento de Salud, Educación y Bienestar concedió pequeñas becas a múltiples personas por diversos proyectos de investigación. En 1956, en la División de Recursos de Enfermería de los Servicios de Salud Pública de los Estados Unidos se formó un programa externo de becas para la investigación de enfermería. Se concedieron premios en metálico a los investigadores cualificados por sus proyectos. Fue la primera vez que ponían becas con fondos federales para la investigación de enfermería. También en otros dos ámbitos: a través de unas ayudas especiales de predoctorado creadas por la División de Recursos de Enfermería, y a través de becas de formación de enfermeras-investigadoras

graduadas. En los años 70 se logró la integración de la investigación de enfermería en todos los programas colegiados de formación.

El valor de la investigación de enfermería se irá haciendo cada vez más importante conforme la enfermería siga avanzando hacia la condición de profesión y de excelencia de ejecución. La investigación tendrá como resultado el asentamiento de la calidad de los cuidados. Las formas más eficientes y eficaces de la enfermería se pueden identificar a través de la investigación.

La necesidad de contar con teorías de la enfermería y poderlas desarrollar fueron cuestiones destacadas en la década de los 70.

La enfermería comienza a ser reconocida como una ciencia legítima, aunque sigue siendo necesario un impulso continuado para alcanzar esta meta. Los esfuerzos unidos de las estudiantes y de las practicantes de la enfermería son indispensables para poder identificar la base de conocimientos de la enfermería y formular una teoría o teorías que sustancien la práctica profesional.

Los avances en la formación

El desarrollo de los programas universitarios de enfermería se inició con los estudios de diplomado. La falta de enfermeras preparadas para puestos de docencia y administración era evidente. La Dra. Louise Fitzpatrick (1983) describe las siguientes cuatro fases:

Orígenes: 1939-1952. Esta fase se relaciona con la dificultad de rastrear el desarrollo de los programas de formación de las enfermeras. Sin embargo, se estaban produciendo varios acontecimientos importantes. Los programas de diplomado de diferentes tipos iban en aumento.

Etapas de transición: 1953-1964. Fue durante estos once años cuando la licenciatura fue reconocida como el nivel avanzado de la formación de enfermería. Se formularon unas pautas de organización, administración, plan de estudios y examen y se creó un Subcomité de Formación de Graduación de Enfermería (de la NLN). En los años 80 se está volviendo a

producir una nueva tendencia al ir ganando importancia la posición favorable a doble preparación.

Maduración de la licenciatura: 1964-1975. La licenciatura de enfermería maduró y se convirtió en una acreditación importante para las enfermeras que ostentaban puestos directivos en aquellos años. Interés por la investigación y una expansión del número de programas de diplomados dentro de las especialidades clínicas. El Acta de Formación de Enfermeras de 1964 proporcionó una asignación financiera amplia para la construcción, desarrollo del profesorado, becas para las estudiantes y préstamos.

El grado de licenciatura se ha asentado firmemente en la estructura de la formación de enfermería. Es evidente la revaloración de la formación, ya que el número de enfermeras que obtiene el grado de licenciatura está aumentando rápidamente.

Hubo otros factores que inhibieron el crecimiento rápido de la preparación de doctorado para las enfermeras: la enfermería se percibía exclusivamente como una disciplina práctica; existía temor a que las enfermeras fueran eruditas y supusieran una amenaza para las jerarquías médicas; el crecimiento retardado de los programas de licenciatura dio lugar a una promoción inadecuada de candidatas al doctorado hasta los años 60; la naturaleza, orientación y dirección del doctorado de enfermería no se habían definido claramente, y faltaba un cuerpo de conocimientos científicos.

El primer Doctorado en Ciencias de la Enfermería dentro de la rama de enfermería psiquiátrica se inició en la Boston University en 1960. La pedagogía era la disciplina más popular.

Los argumentos de Grace (1978) sobre la evolución de ciertos tipos específicos de programas de doctorado dentro de la enfermería. El primer tipo era el de la especialidad funcional, que subraya la base de metodologías y conocimientos necesarios para la enseñanza y la administración. El segundo tipo implicaba la preparación dentro de disciplinas científicas básicas sobre las que se apoyan la ciencia y el arte de la enfermería.

En la actualidad se ofrecen dos programas de doctorado en enfermería: el Doctorado Médico, o doctorado académico, que hace hincapié en la investigación de enfermería, y el

Doctorado en Ciencias de la Enfermería, o doctorado profesional, que se centra especialmente en la práctica de la enfermería.

La era de la especialización

El concepto de especialidades de enfermería era literalmente desconocido antes de la influencia de Florence Nightingale y el surgimiento de la enfermería moderna. Se esperaba que cada enfermera se ocupase del paciente sin tener en cuenta el tipo de enfermedad que justificaba los cuidados. Los enfermos no fueron separados por enfermedades hasta las primeras décadas del siglo XX. Puede que este cambio fuera el factor desencadenante del movimiento de la especialización, ya que los pacientes eran colocados en áreas específicas de acuerdo con los diagnósticos médicos. Sin embargo, hasta la II Guerra Mundial la de las enfermeras trabajaba como personal de enfermería general en los hospitales, como enfermeras de salud pública o como enfermeras de instituciones privadas.

Con el tiempo, la tendencia hacia las unidades de cuidados especializados fue cobrando importancia, y con ella evolucionaron dos papeles de enfermería: El papel extendido: se refiere a un médico extensor con una orientación de practicante; el médico mantiene la autoridad y el poder de tomar decisiones. El papel ampliado: es un ensanchamiento de la enfermería orientado a los cuidados en el cual la enfermera colabora con el médico cuando está indicado.

Las primeras especialidades de enfermería surgieron a finales del s. XIX y principios del XX: la enfermera partera y la enfermera anestesista. La formación de las enfermeras parteras fue una respuesta directa a la necesidad de mejorar los cuidados maternos infantiles, a la práctica incontrolada de comadronas sin preparación y a la falta de tocólogos en las zonas rurales más pobres. El papel de enfermera anestesista surgió como parte de la creciente sofisticación de la cirugía, cuando se reconoció que se necesitaban ayudantes preparados para administrar los anestésicos. Ya no resultaba seguro ni satisfactorio tener a estudiantes de medicina o ayudantes sin preparación administrando la anestesia. En la actualidad siguen vigentes los mismos tipos de luchas por la especialización de enfermería.

Ya desde un principio otra enfermera especialista que merece mención: la enfermera de empresa. Esta especialidad surgió como respuesta a los riesgos y condiciones anormales de salud de las tiendas, fábricas y demás campos del trabajo industrial. Ado Mayo Stewart fue la primera enfermera de esta especialidad. El crecimiento de la enfermería de empresa fue lento hasta el auge repentino de la industria de defensa durante la II Guerra Mundial. Entonces se empezó a contratar rápidamente enfermeras para todo tipo de plantas de fabricación, una práctica que, en la mayoría de los casos, se continuaría después de la guerra.

La década de los sesenta, fue testigo de otro período de notable crecimiento de la especialización de la enfermería, que ha continuado hasta la actualidad. En los hospitales se desarrollaron todo tipo de campos de especialidad (unidades de cuidados coronarios, unidades de cuidados intensivos quirúrgicos y médicos, unidades de quemaduras, unidades de diálisis, unidades de oncología), que obligaron a un cambio en los papeles de la enfermería. Determinaron que la enfermería empezase a experimentar con el papel de “especialista clínica” o “enfermera clínica”. Este nuevo concepto permitió que las enfermeras utilizaran su saber para la práctica de la enfermería avanzada. De nuevo, los esfuerzos de la enfermería se vieron parcialmente coartados, ya que a menudo las administraciones de los hospitales no estaban dispuestas a pagar por dichos servicios y asignaban tales responsabilidades a la supervisora o a la enfermera de plantilla especializada. De esta forma se prohibía o impedía que la especialista ejerciera un papel clínico. Todavía no se han podido vencer todos los obstáculos interpuestos a esta función, aunque actualmente las especialistas clínicas ya operaban en diversos tipos de emplazamientos, incluyendo hospitales, instalaciones ambulatorias, junto con médicos independientes o en grupos y en consultas privadas o conjuntas con otras enfermeras especialistas y/o médicos. En 1954 Hildegard E. Peplau desarrolló el primer programa con nivel de graduación para la preparación de especialistas clínicas en la Rutgers University; el área de especialidad del programa era la enfermería psiquiátrica.

En este periodo también se introdujo la “enfermera práctica” como resultado de una demostración específica subvencionada por la Fundación Commonwealth en la University of

Colorado en 1965. El Dr. Henry Silver, pediatra y la Dra. Loretta Ford, enfermera de salud pública de dicha universidad, colaboran en la empresa. Este proyecto de demostración dio lugar a la creación de un programa de enfermería práctica en pediatría que capacitaba a las enfermeras para impartir cuidados generales a los niños sanos en un contexto ambulatorio. Además, a las enfermeras se les enseñaba a emitir juicio sobre las enfermedades graves o crónicas de los niños y a ejercer como practicantes en urgencias infantiles. Uno de los efectos de estas innovaciones fue el desarrollo de numerosos nuevos títulos dentro de la enfermería, como enfermería clínica, especialista en enfermería clínica y enfermera práctica. Todos ellos diferían en su significado, en los requisitos de formación y en las funciones a desempeñar. Es evidente que falta una estandarización de los títulos, como demuestra la lista de más de 80 titulaciones de enfermería práctica confeccionada por Gripando. Además en la actualidad existen unas 27 organizaciones que representan a diversos tipos de práctica especializada de enfermería, y la lista sigue aumentando.

2.8 Postulados y principios científicos.

Solución a las necesidades de salud requiere una formación de elementos que conformen al personal de enfermería en sus diferentes niveles. Dicha formación debe contemplar varios aspectos para que el personal mencionado realice oportuna y eficientemente las medidas preventivas en los aspectos biológico, psicológico y social.

Algunos de los objetivos de la formación profesional en enfermería para llevar a cabo dicha filosofía estarán en relación con:

- Conocer al individuo sano.

- Participar en programas para la protección de la salud.

- Colaborar en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del individuo.
- Otorgar cuidados con calidez y calidad.
- Participar en programas

Plantea que las personas nacen con pulsiones biológicas que deben ser orientadas para poder vivir en sociedad.

Se propuso que la personalidad se forma en la niñez mientras los niños se enfrentan a conflictos inconscientes entre esos impulsos o pulsiones y las exigencias de la vida externa. Freud propuso tres partes hipotéticas de la personalidad o estructuras psíquicas: el ello, el yo y el súper yo. El ello opera bajo los instintos.

El yo, representa la razón, se desarrolla gradualmente durante el primer año de vida. El super yo, se desarrolla durante la niñez temprana.

Etapas del desarrollo psicosexual:

ORAL: del nacimiento a los 12-18 meses.

ANAL: de los 12-18 meses a los 3 años.

FÁLICA: de los 3 a los 6 años.

LATENCIA: de los 6 a la pubertad.

GENITAL: de la pubertad a la edad adulta.

Modelo conductual:

El énfasis está puesto en las conductas observables. Se sostiene que el desarrollo es producto del aprendizaje, un cambio duradero en la conducta basado en la experiencia o adaptación en el ambiente. Dentro de este modelo se encuentran el conductismo y la teoría del aprendizaje social.

Enfoque holístico. Teoría de las necesidades de Abraham Maslow.

Se originan en realidades, de las cuales pueden predecirse resultados.

Surgen como producto de investigaciones.

Precedidos de un periodo de experimentación.

Deben ser corroborados por otros investigadores.

Reflejan un razonamiento científico.

PROFESION ENFERMERÍA

Requiere de los fundamentos de muchas ciencias.

Las bases científicas se obtienen de las ciencias naturales, ciencias sociales y ciencias del comportamiento.

Estas ciencias son la clave que la identifica como profesión.

Tiene un sinnúmero de responsabilidades y técnicas que se ocupan de la salud y del cuidado.

UNIDAD III

PROMOCION DE LA SALUD FISICA

3.1 ACTIVIDAD Y EJERCICIO.

Patrón I: Percepción- Manejo de salud Que valora: Como percibe el individuo la salud y el bienestar. Como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación La adherencia a las prácticas terapéuticas. Incluye prácticas preventivas (hábitos higiénicos, vacunaciones)

Como se valora: Hábitos higiénicos: personales, vivienda, vestido Vacunas Alergias Percepción de su salud Conductas saludables: interés y conocimiento Existencia o no de alteraciones de salud (tipo de alteración, cuidados, conocimiento y disposición) Existencia o no de hábitos tóxicos Accidentes laborales, tráfico y domésticos Ingresos hospitalarios Resultado del Patrón:

El patrón está alterado si: La persona considera que su salud es pobre, regular o mala. Tiene un inadecuado cuidado de su salud. Bebe en exceso.

Fuma. Consume drogas. No tiene adherencia a tratamientos farmacológicos ni a medidas terapéuticas. No está vacunado La higiene personal o de la vivienda es descuidada. Aclaraciones: Tabaco: Se considera fumador cualquier persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de tabaco Alcohol: Se considera toma de alcohol excesiva 40 gr/día o 5 unidades/día o 280 gr/semana en hombres y 24 gr/día, 3 unidades/día o 168 gr/semana en mujeres. Drogas: si existe o no consumo y tipo de drogas. Repetidos accidentes domésticos y caídas pueden ser indicativos de violencia de género o doméstica por lo que es preciso estar atentos ante su presencia. Información que no condiciona el resultado del patrón: los ingresos hospitalarios nos dan información pero por sí solo, no alteran el patrón. Los test adjuntos nos aportan información adicional que pueden facilitar la valoración del resultado del patrón, de tal manera que cuando el resultado del test nos indica riesgo, igualmente el patrón estaría en riesgo de alteración.

3.2 Patrón 2: Nutricional

I- Metabólico Qué valora: Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas Horarios de comida. Preferencias y suplementos. Problemas en su ingesta. Altura, peso y temperatura. Condiciones de piel, mucosas y membranas. Cómo se valora: Valoración del IMC. Valoración de la alimentación: Recoge el nº de comidas, el lugar, el horario, dietas específicas., así como los líquidos recomendados para tomar en el día. Se deben hacer preguntas sobre el tipo de alimentos que toma por grupos: frutas, verduras, carnes, pescados, legumbres y lácteos... Valoración de problemas en la boca: Si tiene alteraciones bucales (caries, úlceras etc.) Valoración de problemas para comer: Dificultades para masticar, tragar..., alimentación por sonda ya sea alimentación enteral o con purés caseros. Valoración de otros problemas que influyen en el patrón: Problemas digestivos (náuseas, vómitos, pirosis) Dependencia Inapetencias Intolerancias alimenticias Alergias Suplementos alimenticios y vitaminas Valoración de la piel: Alteraciones de la piel: fragilidad de uñas y pelo, falta de hidratación, prurito, edemas, lesiones, temperatura, cicatrización, coloración. Lesiones cutáneas: abscesos, lipomas, nevus, verrugas, patología de las uñas. Resultado del patrón: El patrón estará alterado si: Manual de valoración de patrones funcionales 7 Con respecto al IMC: Patrón alterado superior al 30% o inferior a 18,5% Patrón en riesgo: entre 25 y 30 Patrón eficaz: entre 18,6 y 24,9 Tiene una nutrición desequilibrada Los líquidos consumidos son escasos. Existen problemas en la boca Hay dificultades para masticar y/o tragar. Necesita sonda de alimentación. Existen lesiones cutáneas o en mucosas, alteraciones de la piel o falta de integridad tisular o cutánea Presencia de problemas digestivos, dependencias, inapetencias, intolerancias alimenticias, alergias. Aclaraciones: Hidratación Saludable según la Declaración de Zaragoza: una persona tiene que ingerir 10 vasos de líquidos al día: agua mineral/del grifo, refrescos sin azúcar añadido, té, café o infusiones sin azúcar; otros autores consideran de 8 a 10. Información que no condiciona el resultado del patrón: Los ítems relativos a:

- ♣ Lugar de comidas,
- ♣ Número,
- ♣ Horario,
- ♣ Tipo de dieta Nos dan información pero por si solos no condicionan el patrón. El número de calorías se refiere a las que ingiere habitualmente, no las que le hayan sido pautadas; dado que es muy

difícil de valorar no se realiza de forma cotidiana. Estado nutricional normal o anormal se valorará teniendo en cuenta el IMC y/o juicio de la enfermera en base a observación. Puede usarse el test de MNA, adjunto en el protocolo, que valora el riesgo de malnutrición. Los “problemas dieta” nos dan información, pero no todos condicionan el resultado del patrón:

- ♣ Patrón alterado: “dieta no equilibrada”

- ♣ Patrón en riesgo: “dieta insuficiente” y “comer entre horas” dependerá de las características del individuo.

- ♣ Información que no condiciona el resultado del patrón: “consumo escaso de lácteos” dependerá de la etapa evolutiva de la persona; “cena abundante” nos da información pero por sí mismo no nos conduce a una alteración del patrón.

- ♣ Otros problemas:

- ♣ Patrón alterado: “digestivos”, “inapetencia”, “intolerancia” o “dependencia”, Manual de valoración de patrones funcionales 8

- ♣ Patrón en riesgo: “comer sin hambre” es un indicador de riesgo de alteración si el IMC es adecuado y

- ♣ “sedentarismo” se valorará en el patrón de actividad- ejercicio. Nutrición equilibrada se refiere a nutrientes, no a grupos de alimentos, puede darse el caso de personas que no tomen proteínas animales pero las tomen vegetales, como es el caso de los vegetarianos. El test de Norton inferior a 14 nos indica un riesgo de desarrollar úlceras por presión, y por tanto, nos informa de un patrón en riesgo de alteración.

3.3 Patrón 3: Eliminación.

Qué valora: Describe las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel Como se valora: Intestinal: Consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en heces, uso de laxantes, presencia de ostomias, incontinencia. Urinaria: Micciones/día, características de la orina, problemas de micción, sistemas de ayuda (absorbentes, colectores, sondas, urostomías), incontinencias Cutánea: Sudoración copiosa Resultado del patrón: El patrón está

alterado si: Intestinal: existe estreñimiento, incontinencia, diarrea, flatulencia, o la persona precisa sistemas de ayuda (laxantes, enemas, ostomías). Urinario: si presenta incontinencias, retención, disuria, Nicturia, poliuria, polaquiuria o utiliza sistemas de ayuda (absorventes, colector, sondas o urostomías) Si sudación excesiva. Aclaraciones: Estreñimiento: es la emisión de heces con una frecuencia inferior a 3 veces por semana. El dolor durante la defecación, fisuras, hemorroides suponen riesgo de alteración del patrón. Los drenajes y las heridas muy exudativas conducen a un riesgo de alteración del patrón. La distensión y el dolor abdominal no alteran por si solos el patrón si no están relacionados con la eliminación intestinal ya que puede ser debido a otros motivos.

3.4 Patrón 4: Actividad /ejercicio.

Qué valora: El patrón de ejercicio La actividad Tiempo libre y recreo Los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria (higiene, compra, comer, mantenimiento del hogar, etc.) La capacidad funcional El tipo, cantidad y calidad del ejercicio. Las actividades de tiempo libre Como se valora: Valoración del estado cardiovascular: Frecuencia cardiaca o PA anormales en respuesta a la actividad, cambios ECG que reflejen isquemia o arritmia, etc. Manual de valoración de patrones funcionales II Valoración del estado respiratorio: Valorar antecedentes de enfermedades respiratorias, ambiente laboral, disnea, molestias de esfuerzo, tos nocturna, expectoración, indicación verbal de disnea, etc. Tolerancia a la actividad: Fundamentalmente en pacientes cardiacos y respiratorios Valoración de la movilidad: Debilidad generalizada, cansancio, grado de movilidad en articulaciones, fuerza, tono muscular Actividades cotidianas: Actividades que realiza, encajamiento, mantenimiento del hogar, Capacidad funcional (tests de Katz o Barthel) Estilo de vida: Sedentario, activo Ocio y actividades recreativas: El énfasis está en las actividades de mayor importancia para la persona; tipo de actividades y tiempo que se le dedica. Resultado del patrón: El patrón está alterado si existe: Síntomas respiratorios: frecuencia respiratoria alterada, disnea, cianosis, tos inefectiva, tiraje, uso de oxígeno domiciliario. Problemas circulatorios: Alteración de Tensión arterial y FC en respuesta a la actividad, pulsos periféricos inexistentes, edemas, claudicación intermitente Problemas de salud limitantes, incapacidad para la actividad habitual. La presencia de síntomas físicos: cansancio excesivo,

hipotonía muscular, inmovilizaciones, claudicación intermitente, pulsos periféricos disminuidos, parálisis, parestias. Deficiencias motoras. Problemas de movilidad Problemas de equilibrio, inestabilidad. Capacidad funcional alterada (Katz o Barthel) ver aclaraciones Incapacidad de ocio habitual, aburrimento manifestado por la persona. Aclaraciones: TA: la presencia de una TA ($\geq 140/90$) no es suficiente para considerar el patrón alterado, estaría alterado si condiciona la práctica de ejercicio. Manual de valoración de patrones funcionales

12 Deficiencias sensorial y emocional: habría que especificar características en sus patrones correspondientes (cognitivo-perceptivo y autoconcepto o adaptación tolerancia al estrés)

Falta de recursos: (=falta de recursos económicos para realizar las actividades indicadas para la persona) no condiciona el resultado de este patrón, aporta información y puede suponer un riesgo para algunas lesiones o mantenimiento de la salud o del hogar. Falta de conocimientos: de actividades físicas necesarias para la salud; no condiciona el resultado de este patrón, supondría un déficit de conocimientos que habría que abordar, pero que se evaluaría más en profundidad en su patrón (CognitivoPerceptivo) Actividad laboral solo aportan información. La conducta de riesgo de accidentes, supone un riesgo de alteración del patrón. El inadecuado mantenimiento del hogar supone un patrón alterado que puede conllevar el diagnóstico enfermero “Deterioro en el mantenimiento del hogar” Test de Capacidad Funcional: El test de Barthel inferior a 80 o el de Katz con resultado de B o menor, nos conducen a un patrón alterado. Las escalas de Tinetti (marcha y equilibrio) y la de caídas cuando son positivas para el riesgo de caídas, también nos informan de un riesgo de alteración en el patrón Barreras ambientales: Aquellas que imposibilitan el acceso a las infraestructuras o servicios Definiciones relativos al ejercicio: Ejercicio: Es un tipo de actividad física en el que se realizan movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos con el fin de mantener o de mejorar uno o más componentes de la condición física. Se considera práctica de ejercicio la realización de 30 minutos al menos 3 días a la semana de forma que produzca sudoración. En ancianos es el equivalente a andar una hora diaria al ritmo que le permita su condición física. Deporte: actividad física que implica situaciones de competitividad con normas Sedentarismo: concepto basado en NO realizar al menos 25-30 minutos diarios de ocio activo. Actividad física: Movimiento corporal producido por contracciones músculo esqueléticas que genera un gasto de energía, realizado con un

carácter de cierta continuidad. Actividades de ocio: el interés se centra en si la persona se entretiene o refiere aburrimiento, o no poder realizar sus actividades de entretenimiento habituales; se debe evitar transponer los conceptos propios de ocio-entretenimiento.

3.5 Patrón 5: Sueño.

Descanso Que valora: Describe la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día La percepción de cantidad y calidad del sueño – descanso La percepción del nivel de energía. Las ayudas para dormir (medicamentos, rutinas, etc) Como se valora: El espacio físico (ventilación, temperatura agradable y libre de ruidos) El tiempo dedicado al sueño u otros descansos diurnos Recursos físicos o materiales favorecedores del descanso (mobiliario..) Exigencias laborales (turnos, viajes) Hábitos socio culturales (hora de acostarse o levantarse, siestas, descansos) Problemas de salud física que provoquen dolor o malestar Problemas de salud psicológica que afecten al estado de ánimo (ansiedad, depresión) Situaciones ambientales que provoquen estados de ansiedad o estrés (duelos, intervenciones quirúrgicas) Tratamientos farmacológicos que puedan influir en el sueño (broncodilatadores, esteroides , betabloqueantes) Uso de fármacos para dormir. Consumo de sustancias estimulantes (cafeína, nicotina, abuso de alcohol) Presencia de ronquidos o apneas del sueño. Resultado del patrón: Se considera alterado: Si usa ayudas farmacológicas para dormir o descansar. Verbaliza la dificultad para conciliar el sueño, despertar precoz o inversión día/noche. Somnolencia diurna. Confusión o cansancio relacionado con la falta de descanso. Disminución de la capacidad de funcionamiento. Conducta irritable en relación a la falta de descanso. Manual de valoración de patrones funcionales 15 Aclaraciones: En adultos se recomienda un promedio de 7-8 horas de sueño. En niños, sus necesidades son mayores, varían en función de su etapa de desarrollo. El sueño en ancianos es un sueño fraccionado; en general suele ser de 6 horas como máximo de sueño nocturno y una y media horas diurnas. El objetivo de la valoración de este patrón es describir la efectividad del patrón desde la perspectiva del individuo, algunas personas están bien descansadas después de 4 horas de sueño, mientras que otras necesitan muchas más. Las apneas del sueño y los ronquidos pueden ser constitutivos de otros problemas de salud y habrá que tenerlos en cuenta en ese sentido, pero si no interfieren con la sensación de

descanso no alteran el patrón. Información que no condiciona el resultado del patrón: Los ítems relativos a horarios, siestas, regularidad, etc. son informativos, no condicionan el resultado del patrón pero pueden orientar la intervención enfermera.

3.6 Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo

Qué valora: Patrones sensorio- perceptuales y cognitivos Nivel de conciencia de la realidad Adecuación de los órganos de los sentidos Compensación o prótesis Percepción del dolor y tratamiento Lenguaje Ayudas para la comunicación Memoria Juicio, comprensión de ideas Toma de decisiones Cómo se valora: Nivel de consciencia y orientación. Nivel de instrucción: si puede leer y escribir. El idioma. Si tiene alteraciones cognitivas, como problemas para expresar ideas o de memoria, dificultades para la toma de decisiones, problemas de lenguaje, de concentración, síntomas depresivos, problemas de comprensión, fobias o miedos o dificultades en el aprendizaje. Si tiene alteraciones perceptivas por problemas de visión, de audición, de olfato de gusto o sensibilidad táctil. Recoge información sobre si la persona tiene dolor, tipo, localización, intensidad y si está o no controlado, así como su repercusión en las actividades que realiza. Si tiene alteraciones de la conducta, irritabilidad, intranquilidad o agitación Resultado del patrón: El patrón está alterado si: La persona no está consciente u orientada Presenta deficiencias en cualquiera de los sentidos, especialmente vista y oído. Hay dificultades de comprensión por idioma o por analfabetismo Presencia de dolor. Existen problemas de memoria, de concentración, de expresión o comprensión de ideas Manual de valoración de patrones funcionales 17 Hay depresión. Existen fobias o miedos injustificados. Se dan conductas de irritabilidad, agitación o intranquilidad. Aclaraciones: Se aconseja utilizar los diferentes test o escalas validadas ya que tienen un valor añadido en la determinación de si el patrón está o no alterado. Se debe realizar otoscopia. Idioma: procurar intermediación para lenguas extranjeras y prestar atención a las variedades dialectales de la lengua castellana en función de regiones y/o países de procedencia. La presencia de vértigo puede conllevar una alteración del equilibrio, no afecta el resultado de este patrón pero puede condicionar el de actividad-ejercicio. En este

patrón en el programa informático OMI-AP, se recoge la educación para la salud, bien grupal o individual; su respuesta no condiciona el resultado del patrón.

3.7 Patrón 7: Autopercepción- auto concepto.

Qué valora: Auto concepto y percepciones de uno mismo. Actitudes a cerca de uno mismo. Percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas. Imagen corporal, social. Identidad. Sentido general de valía. Patrón emocional. Patrón de postura corporal y movimiento Contacto visual, Patrones de voz y conversación. Como se valora: Se valora la presencia de: Problemas consigo mismo. Problemas con su imagen corporal. Problemas conductuales. Otros problemas. Cambios recientes. Datos de imagen corporal, Postura, Patrón de voz, Rasgos personales, Contacto visual, Si se siente querido, Cambios frecuentes del estado de ánimo, Asertividad / pasividad y Nerviosismo / Relajación. Resultado del patrón: El patrón está alterado si: Existen verbalizaciones auto negativas, expresiones de desesperanza, expresiones de inutilidad. Tiene problemas con su imagen corporal y le preocupan los cambios en su imagen corporal, el miedo al rechazo de otros y el sentimiento negativo del propio cuerpo. Existen problemas conductuales. Aclaraciones: Manual de valoración de patrones funcionales 19 “Problemas Conductuales”:

- Patrón Alterado: la presencia de irritabilidad, agitación y angustia
- Patrón en Riesgo: conducta indecisa, confusión, deterioro de la atención “Otros Problemas”:
- Patrón Alterado: la presencia de ansiedad y depresión o la respuesta negativa a autoestima.
- Patrón en Riesgo: Los fracasos, rechazos, ambiente familiar desfavorable, carencias afectivas, dificultad de concentración. Los “cambios recientes”, solo si se sienten como un problema alteran el patrón. Datos del examen (imagen y postura corporal, patrón de voz, contacto visual y rasgos personales), nos añaden información y ayudan a determinar si el patrón esta o no alterado. Patrón alterado: Ante la respuesta negativa a la pregunta de si se siente querido y los cambios frecuentes en el estado de ánimo. Las escalas de asertividad-pasividad y la de relax- nerviosismo que van de 5 a 1 aportan información que nos ayudará en la valoración. Las escalas de Golberg para ansiedad y depresión y la Yesavage nos ayudan en

la valoración de estos problemas y por tanto en definir el resultado del patrón. El test de Scoff para el cribado de la anorexia y bulimia nos puede mostrar un desorden alimenticio relacionado con un patrón alterado de la autoimagen.

3.9 Patrón 8: Rol- Relaciones.

Qué valora: El patrón de compromisos de rol y relaciones (las relaciones de las personas con los demás) La percepción de los roles más importantes (el papel que ocupan en la familia, sociedad...) Responsabilidades en su situación actual. Satisfacción o alteraciones en: familia, trabajo, relaciones sociales Como se valora: Familia: Con quién vive. Estructura familiar. Rol en la familia y si éste está o no alterado. Problemas en la familia. Si alguien depende de la persona y como lleva la situación. Apoyo familiar. Si depende de alguien y su aceptación. Cambios de domicilio. Grupo social: Si tiene amigos próximos, si pertenece a algún grupo social, si se siente solo Trabajo o escuela: Si las cosas le van bien en el ámbito laboral o escolar, entorno seguro, satisfacción Datos relativos a pérdidas, cambios, fracasos, conflictos, aislamiento social, comunicación, violencia Resultado del patrón: El patrón está alterado si: Presenta problemas en las relaciones: sociales, familiares o laborales (escolares) Se siente solo. No tiene personas significativas (amigos, familia) Refiere carencias afectivas, falta de comunicación Tiene dificultad en las tareas de cuidador, apoyo insuficiente, cuidados negligentes... Insatisfacción con el rol o falta de motivación o de capacidad para asumirlo. Conductas inefectivas de duelo. Violencia doméstica. Abusos. Aclaraciones: Manual de valoración de patrones funcionales 21 Patrón eficaz: La persona que vive sola y es autónoma. Patrón en Riesgo: las personas ancianas que viven solas pero son independientes Patrón alterado: persona que vive sola pero con la capacidad funcional esté alterada. Información que no condiciona el resultado del patrón: Los ítems: “convive en”, “nº de personas del grupo familiar”, “convive con”, “de quién cuida”, “de quién depende”, “rol familiar. Patrón en Riesgo: “red de apoyo familiar” contestado negativamente Información que no condiciona el resultado del patrón: La situación de la vivienda y la situación económica nos dan importante información pero no condicionan por sí mismos el resultado de este patrón, se deben tener en cuenta. Información que no condiciona el resultado del patrón: “comparte problemas”: aporta información, pero habría que relacionarlo con el patrón de cómo se enfrenta a los

problemas; su respuesta negativa no hace que el patrón esté alterado. Los Cambios de domicilio: está referido a los ancianos que rotan periódicamente por los domicilios de los hijos. Supondría, al menos, un patrón de riesgo. La pérdida de seres queridos; • Riesgo de alteración: la respuesta SI a pérdidas • Patrón alterado: tristeza prolongada, expresión de culpa, negación de la pérdida Información que no condiciona el resultado del patrón: La pregunta “pertenece a grupos”: la respuesta negativa no condiciona el resultado del patrón. La violencia doméstica y/ o abusos no está recogido como campo en el protocolo OMI, pero habría que estar atentos a su presencia y en ese caso registrar el patrón como alterado, se podría aclarar en el cuadro para comentarios. Tests Una puntuación entre 46 y 56 en el test de Sobrecarga del cuidador de Zarit indica sobrecarga leve, por tanto, podríamos considerar el resultado del patrón en alto riesgo de alteración. Por encima de 56 indica sobrecarga intensa y en consecuencia hablaríamos de un patrón alterado. El resultado del test de Apgar familiar entre 3 y 6 considera que existe una disfunción leve en la percepción familiar, es decir, hablaríamos de un riesgo de alteración del patrón; por debajo de 3 el test estima una disfunción grave y nos mostraría un patrón alterado. La escala de riesgo social no evalúa solo el patrón de rol- relaciones, es una escala más completa; si el valor está por encima de 16 indica riesgo social se debería contactar o derivar al paciente o familia a la trabajadora social La escala de apoyo social percibido, con un valor por debajo de 32 nos indica un patrón alterado. Varias preguntas de este test pueden estar relacionadas con otros patrones, especialmente con el patrón de autopercepción- auto concepto por lo que se deberá estar atento a ellas.

3.10 Patrón 9: Sexualidad.

Reproducción Qué valora: Los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad Alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales Seguridad en las relaciones sexuales. Patrón reproductivo Pre menopausia y posmenopausia Problemas percibidos por la persona. Como se valora: Menarquía y todo lo relacionado con ciclo menstrual. Menopausia y síntomas relacionados Métodos anticonceptivos Embarazos, abortos, problemas relacionados con la reproducción Problemas o cambios en las relaciones sexuales Resultado del patrón: El patrón está alterado si: La persona expresa preocupación respecto a su

sexualidad, trastornos o insatisfacción. Existen problemas en la etapa reproductiva de la mujer. Existen problemas en la menopausia. Relaciones de riesgo Aclaraciones: La sexualidad de una persona tiene componentes físicos, psicológicos, sociales y culturales, la enfermera debe valorar todos los elementos relevantes para determinar el estado de bienestar sexual del cliente. Patrón alterado:

- Alteraciones en el ciclo menstrual (duración, frecuencia, cantidad, síndrome premenstrual y dismenorrea) hay que tener en cuenta el uso de determinados métodos anticonceptivos que pueden alterar la duración, frecuencia o cantidad.
- Contactos de riesgo Manual de valoración de patrones funcionales 24
- Los problemas de fertilidad y los de identificación sexual nos confirman una alteración del patrón Existencia de sangrado vaginal post menopáusica. Información que no condiciona el resultado: La menopausia es un período más de la vida de la mujer que no debe tratarse como una enfermedad ni medicalizarse, así por ejemplo, las alteraciones percibidas: sofocos y sequedad, nos informarán de un patrón alterado, solo, si la mujer lo vive como un problema. La realización de revisiones nos dan información de cómo se cuida la persona pero no condicionan el resultado de este patrón. Los ítems información sobre anticoncepción y sobre enfermedades de transmisión sexual no valoran el patrón, sirven para recordar a la enfermera que debe realizar esa actividad.

3.11 Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés.

Qué valora: Las formas o estrategias de afrontamiento general de la persona. Las respuestas habituales que manifiesta el individuo en situaciones que le estresan y forma de controlar el estrés. La capacidad de adaptación a los cambios. El soporte individual y familiar con que cuenta el individuo. La percepción de habilidades para controlar o dirigir situaciones estresantes. Como se valora: La enfermera instará al paciente a recordar situaciones estresantes, describir como se ha tratado y evaluar la efectividad de la forma en la que se ha adaptado a esas situaciones. Preguntará por: Cambios importantes en los dos últimos años, si ha tenido alguna crisis. Si está tenso o relajado la mayor parte del tiempo. Qué le ayuda cuando está tenso. Si utiliza medicinas, drogas o alcohol cuando está tenso. Cuando ha tenido

cualquier problema en su vida, como lo ha tratado. Si esta forma de tratarlo ha tenido éxito. Si tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza y si lo hace cuando es necesario. Resultado del patrón: El patrón está alterado si la persona manifiesta tener sensación habitual de estrés y no dispone de herramientas para controlarlo. Si ante cambios o situaciones difíciles de la vida el individuo no es capaz de afrontarlo de forma efectiva. Si recurre al uso de medicamentos, drogas o alcohol para superar los problemas. Aclaraciones: Información que no condiciona el resultado del Patrón:

- El hecho de haya habido cambios importantes no es suficiente para decir que el patrón está alterado, lo importante es como la persona se ha adaptado a ellos o los ha superado; en ese sentido las preguntas de OMI del patrón: “Cambios”, Manual de valoración de patrones funcionales 26 “tipo”, “influencia” son orientativas. (Lo importante no es lo que ocurre, si no como lo percibe la persona).
- El “rechazo a la asistencia sanitaria”, la respuesta Si- No por si sola no nos dice nada, habría que indagar el motivo.
- Los ítems relativos al deficiente apoyo familiar habría que relacionarlos con el patrón rol-relaciones y evaluarlos conjuntamente; en este patrón el tener deficiente apoyo, por sí solo, no condiciona el resultado de este patrón ya que la persona puede solucionar sus problemas de forma autónoma
- El ítem “desencadenantes conocidos del estrés”, aporta información. Patrón Alterado:
 - La respuesta afirmativa a cualquiera de los siguientes ítems: Emociones inapropiadas, negación problemas, soluciones inadecuadas, minimizar los síntomas, incapaz afrontar situación, preocupación excesiva o prolongada.
 - La sensación actual de estrés, es significativa de patrón alterado.
 - La respuesta positiva a la pregunta si está normalmente tenso y a si tiene problemas en la resolución son definitorios del resultado de alteración del patrón. Estrategias de adaptación al estrés: Patrón eficaz: si la persona tiene estrategias de adaptación al estrés. Por el contrario, la respuesta negativa no determina la alteración, habría que indagar más en el resto

de aspectos que se valoran en el patrón. En cuanto a las ayudas para superar el estrés: la respuesta de uso de medicamentos/drogas nos confirmaría un patrón alterado; la respuesta negativa al uso de técnicas de relajación no es confirmatoria.

3.13 Patrón II: Valores y Creencias.

Qué valora: Los patrones de valores y creencias que guían las elecciones o decisiones. Lo que se considera correcto, apropiado; Bien y mal, bueno y malo. Lo que es percibido como importante en la vida. Las percepciones de conflicto en valores, creencias o expectativas relativas a la salud. Las decisiones a cerca de: tratamientos, prioridades de salud, vida o muerte. Las prácticas religiosas. Como se valora: Si tiene planes de futuro importantes; si consigue en la vida lo que quiere. Si está contento con su vida. Pertenencia a alguna religión, si le causa algún problema o si le ayuda cuando surgen dificultades. Preocupaciones relacionadas con la vida y la muerte, el dolor o enfermedad. Resultado de la valoración: El patrón está alterado: Cuando existe conflicto con sus creencias. Tiene problemas para sus prácticas religiosas. Existe conflicto / preocupación por el sentido de la vida, la muerte, el sufrimiento, dolor, enfermedad. Aclaraciones: La valoración de este patrón se enfoca a lo que es importante en la vida para el paciente ya sean ideas o creencias vitales o religiosas; no se valora si las tiene, sino, si suponen una ayuda o un conflicto. De esta manera los ítems que hablan de conflicto o problema nos determinan el resultado del patrón, mientras que los otros serán informativos.

UNIDAD IV

VALORACION DE LA SALUD

4.1 Técnicas especiales de enfermería.

Administración de Medicamentos

La administración de medicamentos son actividades de enfermería que se realizan bajo prescripción médica, en las cuales la enfermera (o) debe enfocarse a reafirmar los conocimientos y aptitudes necesarias para aplicar un fármaco al paciente, asimismo, saber evaluar los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de las drogas, los diversos tipos de prescripciones y vías de administración, así como los aspectos legales que involucran una mala práctica de la administración de medicamentos.

Para la administración de cualquier medicamento es de suma importancia que se considere las siguientes precauciones:



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL

Concepto

Es el procedimiento por medio del cual un medicamento es administrado por la boca y se absorbe en la mucosa gastrointestinal, entre estos medicamentos podemos citar: Tabletas, cápsulas, elíxires, aceites, líquidos, suspensiones, polvos y granulados.

Ventajas

Producen molestias al paciente durante su administración y es de fácil administración.

Desventajas

No se administra en pacientes inconscientes, con náuseas y vómitos, o con movilidad intestinal disminuida, algunos medicamentos irritan la mucosa gástrica o pueden estropear los dientes.

Objetivos

1. Lograr la absorción de las sustancias en el tracto digestivo.
2. Favorecer el tránsito del medicamento.

Fundamentación:

1. La presentación de olor y sabor son factores que influye en la aceptación o rechazo de los medicamentos
2. el frio bloquea los órganos gustativos
3. la concentración plasmática de un fármaco por vía oral, alcanza sus valores máximos entre 1y 3 horas después de su ingestión y dependiendo de la velocidad con que se verifica la absorción.

4. la absorción del medicamento en el aparato digestivo, se debe a difusión simple a través de la membrana
5. la absorción se modifica en condiciones patológicas (diarrea irritación , gastrointestinal , entre otras

Principios

- Las papilas gustativas y las terminaciones nerviosas del sentido del gusto son más numerosas en la punta y borde de la lengua.
- Los medicamentos se absorben en el estómago e intestino delgado, y cuando más diluidos estén, más rápida será la absorción.

Precauciones especiales

1. La administración de un medicamento por vía oral siempre requiere de una prescripción médica por escrito.
2. Verificar “Los Cinco Puntos Correctos”.
3. Verificar la caducidad del medicamento.
5. Verificar si el paciente padece alguna alergia.
6. Asegurarse de que el paciente ingiera el medicamento.
7. Registrar la administración del medicamento en el expediente clínico.

Equipo

- Bandeja o carrito para administración de medicamentos.
- Medicamento prescrito: Cápsulas, tabletas, jarabe, grageas, suspensión.
- Vaso con agua.
- Tarjeta de registro del horario del medicamento prescrito.
- Vasito o recipiente para colocar el medicamento.

Procedimiento

1. Rectificar la orden prescrita en el expediente clínico.
2. Lavarse las manos antes de preparar los medicamentos, se recomienda utilizar un antiséptico de amplio espectro antimicrobiano.
3. Trasladar el equipo a la habitación del paciente, y al mismo tiempo verificar el número de cuarto o cama con los registros del paciente (el medicamento se presenta en un vasito especial para medicamentos, el cual es preparado previamente evitando que al depositarlo en el vasito toque con las manos; en caso de suspensiones se debe agitar antes de preparar la dosis).
4. Identificarse con el paciente.
5. Colocar al paciente en posición Fowler (si no existe contraindicación).
6. Explicar al paciente el objetivo de tomarse el medicamento prescrito.
7. Verificar por medio de la tarjeta de registro del horario, si corresponde el medicamento, nombre, número de cama, medicamento prescrito y dosis a administrar. Llamar por su nombre al paciente.
8. Administrar el medicamento al paciente. Si está en condiciones de tomarlo por él mismo, ofrecer el medicamento, ya sea que se le proporcione agua, leche o jugo de fruta de acuerdo a su diagnóstico.
9. Desechar el vasito o recipiente que contenía el medicamento.
10. Colocar al paciente en posición cómoda una vez que ha ingerido el medicamento.
11. Registrar en el expediente clínico la administración del medicamento.

VÍA ORAL



Administración de medicamentos por vía intradérmica



Concepto

Es la introducción de agentes químicos y biológicos dentro de la dermis (por debajo de la piel).

Ventajas

La absorción es lenta (ésta es una ventaja cuando se realizan pruebas de alergia).

Desventajas

La cantidad de solución a administrar es muy pequeña. Rompe la barrera protectora de la piel.

Objetivo

Lograr una absorción más lenta en la piel que en el tejido celular subcutáneo y muscular. Se utiliza con fines de diagnóstico, investigaciones de insensibilidad, aplicaciones de alérgenos y aplicación de vacunas.

Principio

Por la vía intradérmica sólo se suministran pequeñas cantidades de solución no mayor a 1 ml.

Material y equipo

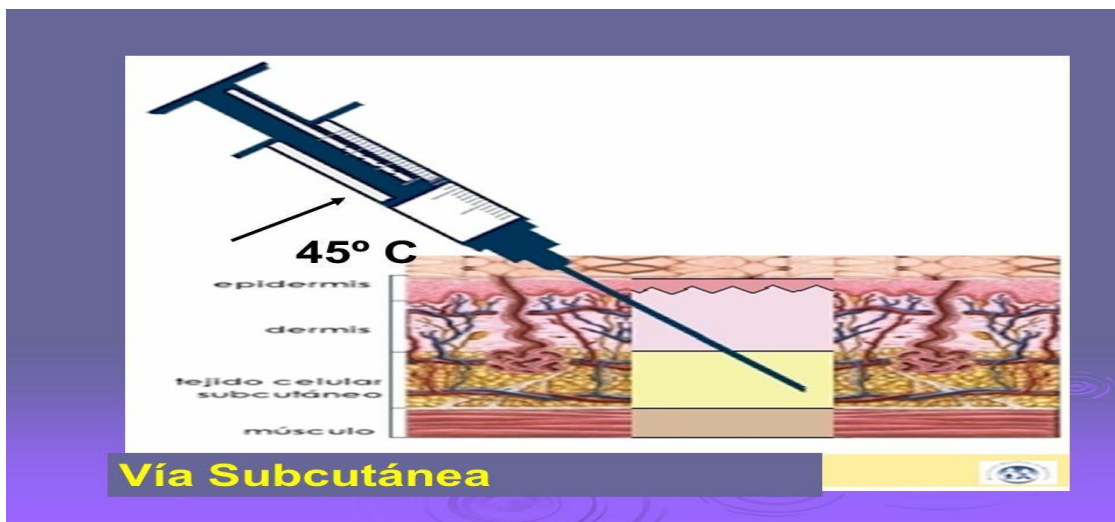
- Bandeja o charola para medicamentos.
- Tarjeta de registro del medicamento.
- Jeringa de 1ml (graduada en UI).
- Solución antiséptica.
- Gasas estériles de 5 x 5 ó torunda.
- Guantes estériles (es recomendable utilizarlos, sin embargo, se circunscribe a las normas de la institución).

Procedimiento

1. Trasladar el equipo o carro de medicamentos (medicamento ya preparado) al paciente, verificar el número de cama o cuarto, checar la identificación del paciente y la tarjeta del medicamento. Llamar al paciente por su nombre.
2. Explicar al paciente el objetivo de administrar el medicamento, asimismo, la sensación que va a presentar al suministrarlo.
3. Lavarse las manos antes de preparar el medicamento, se recomienda utilizar un desinfectante especial para las manos de amplio espectro antimicrobiano de acción rápida y prolongada.
4. Seleccionar el sitio de inyección: Parte interna del brazo y región escapular (cara anterior del borde externo del tercio superior del antebrazo) alternado los puntos de inyección cuando se administren inyecciones múltiples, cuidando que en el área no exista lesión o datos de infección o cambios de coloración de la piel.
5. Calzarse los guantes (según las normas de la institución). Tenerla en cuenta como una de las precauciones universales.
6. Realizar la asepsia del área seleccionada, aproximada de 5 cm alrededor de la punción utilizando las reglas básicas de asepsia con un antiséptico, se recomienda al 10% de amplio espectro antimicrobiano, de la familia de los productos clorados, hipoalergénica y que además permita visualizar el sitio de la inyección.
7. Retirar el protector de la aguja con cuidado de no contaminarla
8. Colocar el brazo del paciente en una superficie (para que sirva de apoyo y facilite la técnica) con el dedo índice y pulgar, estirar en forma suave la piel para mantenerla tensa y facilite la introducción de la aguja.
9. Introducir la aguja casi paralela al antebrazo en un ángulo de 10 a 15° con el bisel hacia arriba. No aspirar.
10. Inyectar lentamente el medicamento y observar la formación de una pequeña papulita y decoloramiento del sitio. Con esta reacción en la piel se comprueba que el medicamento fue aplicado en la dermis.
11. Extraer la aguja con cuidado. No dar masaje, ya que puede dispersar el medicamento.

12. Colocar al paciente en posición cómoda.
13. Desechar la jeringa en un recipiente especial para material punzocortante. De acuerdo a la NOM 087-ECOL-1995.
14. Registrar el medicamento y mencionar el sitio donde se administró.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA



Concepto

Es la introducción de un medicamento (sustancias biológicas o químicas) en el tejido subcutáneo.

Ventajas

Tiene un efecto más rápido que en la administración por vía oral.

Desventajas

Únicamente se pueden administrar pequeñas cantidades de solución. Es más lenta que la absorción de la administración intramuscular.

Objetivo

Lograr una absorción lenta en el tejido subcutáneo, para que la acción del medicamento se realice adecuadamente.

Principio

El efecto de la medicación subcutánea se absorbe rápidamente e inicia sus efectos después de media hora de haberse suministrado.

Material y equipo

- Bandeja o charola para medicamentos.
- Tarjeta de registro del medicamento.
- Jeringa de 1 ml (graduada en UI).
- Solución antiséptica.
- Gasas estériles de 5 x 5 ó torunda.
- Guantes estériles (es recomendable utilizarlos, sin embargo se circunscribe a las normas de la institución).

Procedimiento

1. Trasladar el equipo o carro de medicamentos a la unidad del paciente y verificar el número de cama o cuarto, checar la identificación del paciente y la tarjeta del medicamento. Llamar al paciente por su nombre.
2. Explicar al paciente el objetivo de administrar el medicamento, asimismo, la sensación que va a presentar al suministrarlo. Proporcionar un ambiente de privacidad cuando el sitio de aplicación del medicamento sea distinto a la administración en el brazo.

3. Lavarse las manos antes de preparar el medicamento, se recomienda utilizar un desinfectante especial para las manos de amplio espectro antimicrobiano de acción rápida y prolongada.
4. Seleccionar el sitio de inyección: Parte externa del brazo, cara anterior del muslo, tejido subcutáneo del abdomen y región escapular, alternando los puntos de inyección cuando se administren inyecciones múltiples, cuidando que en el área no exista lesión, equimosis, datos de infección o cambios de coloración de la piel.
5. Colocar al paciente en la posición correcta de acuerdo a la selección del sitio de inyección.
6. Calzarse los guantes (según las normas de la institución). Tenerla en cuenta como una de las precauciones universales.
7. Realizar la asepsia del área (seleccionada) aproximada de 5 cm alrededor de la punción utilizando las reglas básicas de asepsia con un antiséptico de amplio espectro antimicrobiano, de la familia de los productos clorados, hipoalergénica y que además permita visualizar el sitio de inyección.
8. Retirar el protector de la aguja con cuidado de no contaminarla y dejar libre de burbujas la jeringa.
9. Formar un pliegue con el dedo pulgar e índice. Esta maniobra asegura la introducción del medicamento al tejido subcutáneo.
10. Sujetar la jeringa con el dedo índice y pulgar (mano derecha).
11. Introducir la aguja en un ángulo de 45°, una vez introducida dejar de formar el pliegue.
12. Aspirar la jeringa con el fin de detectar si se puncionó algún vaso sanguíneo. Proceder a introducir el medicamento. En caso de presentar punción de un vaso sanguíneo será necesario volver a preparar el medicamento, o bien cambiar la aguja de la jeringa e iniciar el procedimiento.
13. Retirar la aguja y presionar en el sitio de inyección.
14. Colocar al paciente en una posición cómoda.
15. Desechar la jeringa en el recipiente especial para material punzocortante. De acuerdo a la NOM 087-ECOL-1995.

16. Registrar el medicamento administrado y mencionar el sitio donde se administró.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA INTRAMUSCULAR



Concepto

Es la introducción de sustancias químicas o biológicas en el tejido muscular por medio de una jeringa y aguja.

Ventajas

El medicamento se absorbe rápidamente. Se pueden administrar mayores cantidades de solución que por la vía subcutánea.

Desventajas

Rompe la barrera protectora de la piel. Puede producir cierta ansiedad al paciente

Objetivo

Lograr la introducción de sustancias donde existe una gran red de vasos sanguíneos, para que se puedan absorber con facilidad y rapidez.

Material y equipo

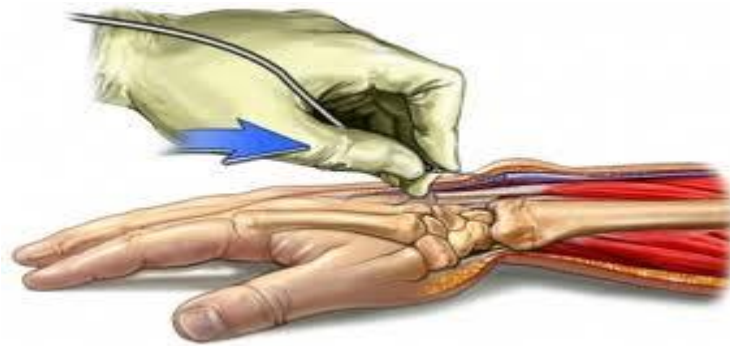
- Bandeja o charola para medicamentos.
- Tarjeta de registro del medicamento.
- Jeringa de 3 ó 5 ml con aguja 21 ó 22 (para pacientes adultos, en caso que sea obeso utilizar una aguja larga de 21 x 38) (paciente pediátrico aguja 23 x 32).
- Solución antiséptica.
- Gasas estériles de 5 x 5 ó torunda.
- Guantes estériles (es recomendable utilizarlos, sin embargo se circunscribe a las normas de la institución).

Procedimiento

1. Trasladar el equipo o carro de medicamentos a la unidad del paciente y verificar el número de cama o cuarto, checar la identificación del paciente y la tarjeta del medicamento. Llamar al paciente por su nombre.
2. Explicar al paciente el objetivo de administrar el medicamento, asimismo, la sensación que va a presentar al suministrarlo. Proporcionar un ambiente de privacidad cuando el sitio de aplicación del medicamento sea distinto a la administración al músculo deltoides.
3. Lavarse las manos antes de preparar el medicamento, se recomienda utilizar un desinfectante especial para las manos de amplio espectro antimicrobiano de acción rápida y prolongada.
4. Seleccionar el sitio de inyección la zona que generalmente se utiliza y primera en elección es el cuadrante superior externo de ambos glúteos, cara anterior externa del muslo, en el brazo la región del deltoides, alternando los puntos de inyección cuando se administren inyecciones múltiples, cuidando que en el área no exista lesión equimosis datos de infección o cambios de coloración de la piel.
5. Colocar al paciente en la posición correcta de acuerdo a la selección del sitio de inyección.

6. Calzarse los guantes (según las normas de la institución). Tenerla en cuenta como una de las precauciones universales.
7. Realizar la asepsia del área (seleccionada) aproximada de 5 cm alrededor de la punción utilizando las reglas básicas de asepsia con un antiséptico de amplio espectro antimicrobiano, de la familia de los productos clorados, hipoalergénica y que además permita visualizar el sitio de inyección.
8. Retirar el protector de la aguja con cuidado de no contaminarla.
9. Estirar la piel con el dedo índice y pulgar. Formar un pliegue con el dedo pulgar e índice en pacientes pediátricos y geriátricos, con el propósito de aumentar la masa muscular asegura la introducción del medicamento al tejido muscular evitando pinchar el hueso.
10. Sujetar la jeringa con el dedo índice y pulgar (mano derecha).
11. Introducir la aguja en un ángulo de 90° en forma directa con un solo movimiento rápido y seguro. De esta forma ayuda a reducir el dolor de la punción.
12. Aspirar la jeringa con el fin de detectar si se puncionó algún vaso sanguíneo. Proceder a introducir el medicamento lentamente, esto permite que el medicamento se disperse a través del tejido. En caso de presentar punción de un vaso sanguíneo será necesario volver a preparar el medicamento, o bien cambiar la aguja de la jeringa e iniciar el procedimiento.
13. Retirar la aguja con rapidez (con un solo movimiento) reduce la molestia de la extracción de la misma. Presionar en el sitio de la inyección.
14. Colocar al paciente en una posición cómoda.
15. Desechar la jeringa en el recipiente especial para material punzocortante. De acuerdo a la NOM 087-ECOL-1995.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAVENOSA



Concepto

Es la introducción de una sustancia medicamentosa directamente al torrente sanguíneo a través de la vena utilizando jeringa y aguja o por medio de venoclisis.

Objetivo

Introducir dosis precisas de un medicamento al torrente circulatorio para lograr una absorción rápida.

Ventajas

Rápido efecto.

Desventajas

La distribución del medicamento puede estar inhibido por problemas circulatorios.

Principios

La venopunción es un procedimiento invasivo en el que la piel no constituye una barrera de protección contra el acceso de microorganismos patógenos.

Consideraciones especiales

- No contaminar el equipo durante su preparación o antes y durante su aplicación (manipuleo de la aguja).
- No aplicar medicamentos sin orden escrita, únicamente en extrema urgencia y posteriormente pedir que se anote la indicación en el expediente clínico.
- No administrar medicamentos en una zona donde exista edema, flebitis o que se encuentre infectada.
- Evitar la punción sobre terminaciones o trayectos nerviosos.

- No administrar un medicamento de apariencia dudosa (fecha de caducidad borrosa o sin etiqueta, cambio de color, etc.).
- No introducir aire al torrente circulatorio (purgar bien la jeringa).
- No introducir rápidamente el medicamento (puede ocasionar choque).
- Preguntar al paciente si es alérgico a algún medicamento.

Material y equipo

- Jeringa de 5 ó 10 ml
- Medicamento indicado.
- Ligadura o torniquete
- Gasas chicas o torundas.
- Solución antiséptica.
- Guantes estériles.
- Ámpula de solución inyectable

Procedimiento

1. Trasladar el equipo o carro de medicamentos a la unidad del paciente y verificar el número de cama o cuarto, checar la identificación del paciente y la tarjeta del medicamento. Llamar al paciente por su nombre.
2. Lavarse las manos antes de preparar el medicamento, se recomienda utilizar un desinfectante especial para las manos de amplio espectro antimicrobiano de acción rápida y prolongada.
3. Explicar al paciente el objetivo de administrar el medicamento, asimismo, la sensación que va a presentar al suministrarlo (sensación de calor en el momento que entra el medicamento al torrente circulatorio). La explicación ayuda a disminuir la ansiedad del paciente.
4. Colocar al paciente en decúbito dorsal o sentado, apoyando el brazo sobre una superficie resistente (mesa puente)

5. Seleccionar la vena que se va a puncionar:
 - a) Generalmente se punciona en el brazo: Vena cefálica o basílica.
 - b) En la mano, venas superficiales del dorso y cara lateral.
6. Colocar la ligadura o torniquete a 10 cm arriba del sitio seleccionado para realizar la punción de la vena.
7. Colocarse rápidamente los guantes estériles.
8. Realizar la asepsia del área aproximada de 10 cm alrededor de la punción utilizando las reglas básicas de asepsia con un antiséptico, se recomienda uno de amplio espectro antimicrobiano, de la familia de los productos clorados, hipoalérgico y que además permita visualizar la vena.
9. Tomar la jeringa con el medicamento previamente ya identificado y purgarla (quitarlas burbujas de aire), dando pequeños golpecitos con la uña al cuerpo de la jeringa y empujar el émbolo con el dedo pulgar.
10. Tomar la jeringa con los dedos índice y pulgar de la mano derecha, apuntando el bisel de la jeringa hacia arriba y sujetar la vena con el dedo índice de la mano izquierda para evitar que se mueva en el momento de la punción.
11. Puncionar la vena, introduciendo el bisel de la aguja hacia arriba, tomado la vena por un lado formando un ángulo de 30° entre la jeringa y el brazo del paciente. Aspirar la jeringa una décima de cm para cerciorarse que la aguja se encuentra dentro de la vena.
12. Soltar la ligadura.
13. Introducir muy lentamente la solución del medicamento, haciendo aspiraciones periódicas de la jeringa y cerciorase que aún se encuentra la aguja dentro de la vena. Observar y preguntar al paciente si siente alguna molestia. En caso de que presente algún síntoma o signo adverso, suspender inmediatamente la aplicación, o bien, en caso de que no se encuentre dentro de la vena, suspender la aplicación e iniciar el procedimiento.
14. Terminar de administrar el medicamento, retirar la aguja y la jeringa con un movimiento suave y hacer hemostasia por espacio de 2 minutos (presión) en el sitio de la punción con una torunda impregnada de antiséptico, o bien, colocar una tira de

cinta adhesiva sobre la torunda para que haga presión (informarle al paciente que se la puede quitar después de 5 minutos).

15. Observar si existe alguna reacción adversa en el paciente, informarle que si presenta alguna reacción llame por el timbre. Dejarlo cómodo y tranquilo.
16. Desechar la jeringa en recipiente especial para material punzocortante. De acuerdo a lo establecido en la NOM 087-ECOL-1995.
17. Lavarse las manos antes de atender a otro paciente como una medida de seguridad para prevenir y controlar las infecciones intrahospitalarias.
18. Registrar en el expediente clínico el medicamento administrado con la hora, fecha y si hubo reacciones especiales en el paciente.

Administración de Medicamentos



4.2 VALORACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES PEDIÁTRICOS

SIGNOS VITALES:

Son las manifestaciones objetivas que pueden percibirse y cuantificarse en un organismo vivo de manera constante, como temperatura, respiración, pulso y presión arterial. Si el personal de enfermería está familiarizado en estas cifras, pueden reconocer los antecedentes de salud y los parámetros normales, además de identificar cambios positivos o negativos en evolución.



TEMPERATURA:

Es el grado de calor mantenido en el cuerpo mediante el equilibrio entre la termogénesis y la termólisis.

RESPIRACIÓN:

Es un proceso que hace posible captar y eliminar CO₂ (dióxido de carbono) en el ambiente que rodea a la célula viva.

PULSO:

Es la expansión rítmica de una arteria, producida por el aumento de sangre impulsada en cada contracción del ventrículo izquierdo del corazón.

PRESIÓN ARTERIAL.

Es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes arteriales a medida que fluye por ellas.

OBJETIVO:

Valorar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnóstico.

MATERIA Y EQUIPO

TEMPERATURA:

Termómetros digitales, hoja de registro, torundas con alcohol.



RESPIRACIÓN:

Reloj con segundero, hoja de registro y bolígrafo.

PULSO:

Reloj con segundero, hoja de registro y bolígrafo.



PRESIÓN ARTERIAL:

Esfigmomanómetro de brazalete acorde con la edad, estetoscopio, hoja de registro y bolígrafo.



TEMPERATURA CORPORAL:

Con mucha facilidad, los recién nacidos pierden calor, dado que son inmaduros y su sistema de regulación no es autónomo en su organismo. El niño metaboliza calor mediante el metabolismo de la grasa parda, situada en la región superior torácica, cuello y axilas.

La pérdida de calor se debe sobre todo a la gran superficie corporal y a su escaso peso (poseen muy poca grasa); los recién nacidos disipan calor por cuatro condiciones:

EVAPORACIÓN:

El neonato emerge mojado y por ello debe secarse y cobijarse de inmediato.

RADIACIÓN:

Las zonas de más calor se desplazan a las áreas donde hay menos, de tal forma que pueden equilibrarse las dos temperaturas. Por esta razón, nunca debe colocarse a un recién nacido cerca de una ventana si la temperatura exterior es menor que la anterior.



CONDUCCIÓN:

No se debe colocar a un neonato sobre una superficie fría, dado que el calor corporal se propaga por conducción a la superficie fría y viceversa.

CONVECCIÓN:

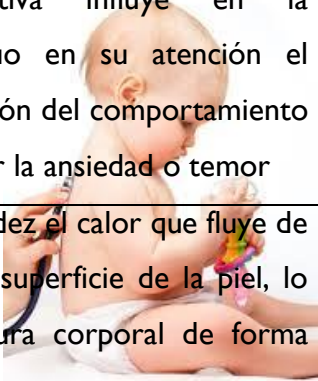
La temperatura ambiente que rodea al paciente es inferior a la de su cuerpo; en consecuencia, siempre es necesario protegerlo y cubrirlo.


Convección: la temperatura ambiente que rodea al paciente es inferior a la de su cuerpo; en consecuencia, siempre es necesario protegerlo y cubrirlo.

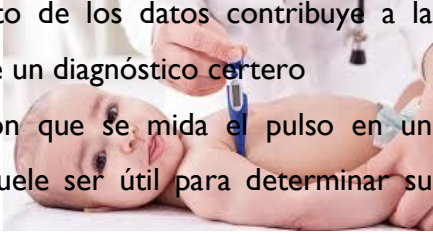
RECOMENDACIONES:


Antes de usar el termómetro deben consultar las instrucciones del fabricante y verificar que no haya ninguna lectura anterior en la pantalla al tomar la temperatura

MEDICIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

PASOS	FUNDAMENTO
Preparación del material	El orden del material ofrece rendimiento, seguridad, sin pérdida de tiempo para realizar las intervenciones.
Confirmar que el paciente no haya ingerido alimentos o practicado algún ejercicio en los últimos 30 min.	<p>La producción de calor es resultado de las reacciones químicas o térmicas.</p> <p>La actividad muscular, el tono muscular, la acción dinámica específica de los alimentos y los cambios del índice basal metabólico son los principales mecanismos que regulan la termogénesis.</p>
Explicar al paciente el procedimiento y colocarle el termómetro según sea el tipo de toma de temperatura a realizar	<p>La comunicación efectiva influye en la participación del individuo en su atención el conocimiento y comprensión del comportamiento humano ayudan a disminuir la ansiedad o temor</p> 
<p>Presionar una vez el botón de encendido/apagado esperar un sonido corto colocar el sensor dirigido hacia la frente o ponerlo en la región axilar esperar el siguiente sonido de alarma, que indica que ha registrado la temperatura</p> <p>Tomar la lectura que aparece en la pantalla del termómetro</p>	<p>El sensor detecta con rapidez el calor que fluye de los vasos sanguíneos a la superficie de la piel, lo cual registra la temperatura corporal de forma exacta</p>
Tomar la lectura del termómetro y anotarla	El registro correcto evita errores y contribuye a un buen diagnóstico
Limpiar la punta del termómetro con algodón	La asepsia es importante para evitar las infecciones cruzadas

Presionar el botón de encendido/apagado	
RESPIRACIÓN	
Colocar al paciente en posición sedente o decúbito dorsal. De ser posible, la respiración debe contarse sin que el paciente se percate de ello	<p>El individuo controla la respiración voluntaria con facilidad el bulbo raquídeo controla la respiración involuntaria</p> <p>En condiciones normales, los movimientos respiratorios deben ser automáticos, regulares y sin dolor</p>
Tomar un brazo del paciente y colocarlo sobre el tórax; poner un dedo en la muñeca de su mano como si se tomara el pulso	<p>La composición química de la sangre regula la frecuencia y profundidad de la respiración</p> 
Observar los movimientos respiratorios y examinar el tórax o el abdomen cuando se eleva y se deprime contar las respiraciones durante un minuto y anotar la medición en la hoja registro.	<p>La falta de oxígeno produce aprensión y ansiedad en el paciente</p> <p>La correcta forma de valoración del paciente depende de la correcta toma de los signos vitales</p>
PULSO	
Confirmar que el brazo del paciente descanse en una posición cómoda	<p>El pulso determina la frecuencia y tipo de latidos del corazón</p> <p>Los sitios para tomar el pulso son los correspondientes a las arterias: temporal, facial, carótida, femoral, poplítea, pedía y radial</p>
Colocarlas puntas de los dedos índice, medio y anular sobre la arteria elegida	Los latidos se perciben al tacto en el que el momento la sangre es impulsada a través de los vasos sanguíneos por la contracciones cardiacas
Oprimir los dedos con suficiente	Las paredes de la arteria son elásticas, ya que se

fuerza para percibir el pulso	contraen o se expanden a medida que aumenta el volumen de sangre que pasa por ellas.
Percibir los latidos del pulso y contarlos durante un minuto	En condiciones normales de reposo, el corazón bombea aproximadamente de 70 a 90 ml/kg de peso en menores de dos años de sangre por minuto
Registrar el pulso en la hoja y anotar las características encontradas	<p>El registro exacto de los datos contribuye a la determinación de un diagnóstico certero</p> <p>La frecuencia con que se mida el pulso en un paciente grave suele ser útil para determinar su tratamiento</p> 
PRESIÓN ARTERIAL	
Indicar al paciente que descanse, ya sea acostado o sentado. Se le ayuda a colocar el brazo izquierdo descubierto ligeramente flexionado, con la palma de las manos hacia arriba	<p>En un paciente tranquilo, la lectura de la presión sanguínea es más precisa</p> <p>La presión sanguínea es afectada por emociones, ejercicio, dolor y posición</p>
Acerca el esfigmomanómetro aneroide cerca de la cama del niño	
Colocar el brazalete al redor del brazo por encima de la articulación del brazo, a una altura que corresponda a la del corazón, sin presionar el brazo	<p>La aplicación de un brazalete muy ajustado produce zonas de isquemia</p> <p>El número de brazalete para el recién nacido es del 1 al 4 y ello depende del peso consecutivamente</p> <p>Para lactantes mayores y escolares, la medición comprende del hombro al codo y la medición se divide en tres partes; una tercera parte es la correcta para elegir el tamaño del brazalete</p> <p>La medición de la PA es muy importante y la</p>

	medición con un dispositivo menor o mayor produce errores en la cifra
Colocar el estetoscopio en posición de uso, en los conductos auditivos externos con las olivas hacia delante	El estetoscopio y el esfigmomanómetro limpios previenen infecciones cruzadas 
Con las puntas de los dedos medio e índice, se localiza la pulsación más fuerte y se coloca el estetoscopio en este lugar El esfigmomanómetro eléctrico se insufla y des insufla automáticamente con la lectura de la pantalla digital conectado mediante un tubo a la unidad eléctrica libre de mercurio	El endurecimiento de las arteria eleva la presión arterial Al disminuir el volumen circulante decrece la presión sanguínea
Se coloca el brazalete y el estetoscopio en el brazo	La circulación del brazalete se suspende por la presión del brazalete
Se identifica el primer latido audible que corresponde a ña sístole	El escape de aire demasiado rápido que no permite escuchar los sonidos La transmisión del sonido a través del estetoscopio es posible porque las ondas sonoras pasan por vidrio, líquidos y solidos Las fuerzas de contracción cardiaca está determinada por la acción del bombeo del corazón sobre el volumen de sangre circulante
Al detectar el segundo latido este corresponde a la diástole	Al disminuir la tensión arterial se reduce el flujo sanguíneo renal y la filtración glomerular La fuerza y la frecuencia del latido cardiaco

	<p>influyen en la presión arterial</p> <p>El instrumento que se utiliza para medir la presión sanguínea trasmite la presión que hay dentro de los vaso sanguíneos a la pantalla donde puede leerse el resultado</p>
Se realiza las anotaciones correspondientes en la hoja de registro	La evaluación correcta de los valores obtenidos contribuye a realizar un diagnóstico y tratamiento acertado



CIFRAS PROMEDIO NORMALES DE LOS SIGNOS VITALES				
Edad	Frecuencia cardiaca	Frecuencia respiratoria	Presión (tensión arterial)	temperatura
Recién nacido	140 a 150/min	40 a 50 /min	70/46	36.6 a 37.4 oc
Lactante menor	100 a 110/min	30 a 35/min	90/50	36.8 a 37.2 oc
Lactante mayor	100/min	25 a 30/min	90/60	36.5 a 37.2 oc
De dos a cuatro años	70 a 90/min	23 a 25/min	92/56	36.8 a 37.2 oc
De seis a ocho años	70 a 100/min	15 a 25/min	100/60	36.5 a 37oc
adolescente	70 a 100/min	12 a 20/min	110/70	36.8 a 37.2oc

4.3 Valoración de la salud en el adulto

Valoración Geronto Valoración Geronto Geronto -Geríátrica Integral: Geriátrica Integral: Geriátrica Integral: Es un Instrumento de evaluación multidimensional (biopsicosocial y funcional), que permite identificar y priorizar de manera oportuna problemas y necesidades del anciano con el fin de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento oportuno. La valoración Geriátrica Integral (VGI) es un proceso diagnóstico interdisciplinario multidimensional, enfocado en determinar el deterioro en las áreas médica, psicológica, funcional, social y familiar de una persona de edad avanzada así como sus recursos, con el fin de desarrollar un plan integral de manejo y seguimiento. Un metanálisis reciente concluyó que a los ancianos hospitalizados que se les realizó la VGI incrementaron la probabilidad de permanecer vivos en su propia casa, es decir, menor probabilidad de institucionalizarse, de presentar deterioro funcional o de morir, además de experimentar mejoría de la cognición en un máximo de 12 meses comparado con otros pacientes de mismas características. El enfoque de la VGI es más rentable (costo-efectivo) en comparación con el método convencional, existe una mejoría en la calidad de vida, mejoría en el estado funcional y una mejor satisfacción del paciente en el grupo que se le realiza la VGI comparado con el grupo convencional.

Se recomienda realizar una valoración geriátrica integral a todos los pacientes mayores de 60 y más años por lo menos una vez al año en atención primaria. Polifarmacia se refiere al uso de 5 ó más fármacos, incluyendo la terapia alternativa. Es más frecuente en ancianos y contribuye al incremento de reacciones adversas, iatrogenia e ingresos hospitalarios. Al uso de distintos medicamentos se conoce como polifarmacia, pero no hay una definición estándar para este término. Otra definición, es la administración de más medicamentos de los que están clínicamente indicados El envejecimiento altera la farmacocinética y la farmacodinamia e influye en la elección, dosis y frecuencia de la administración de muchos fármacos. La farmacoterapia puede complicarse por la incapacidad de los ancianos para comprar u obtener los fármacos, o para seguir los tratamientos prescritos. La multipatología en el anciano provoca un consumo mayor de fármacos y a su vez incremento en las reacciones adversas a medicamentos.

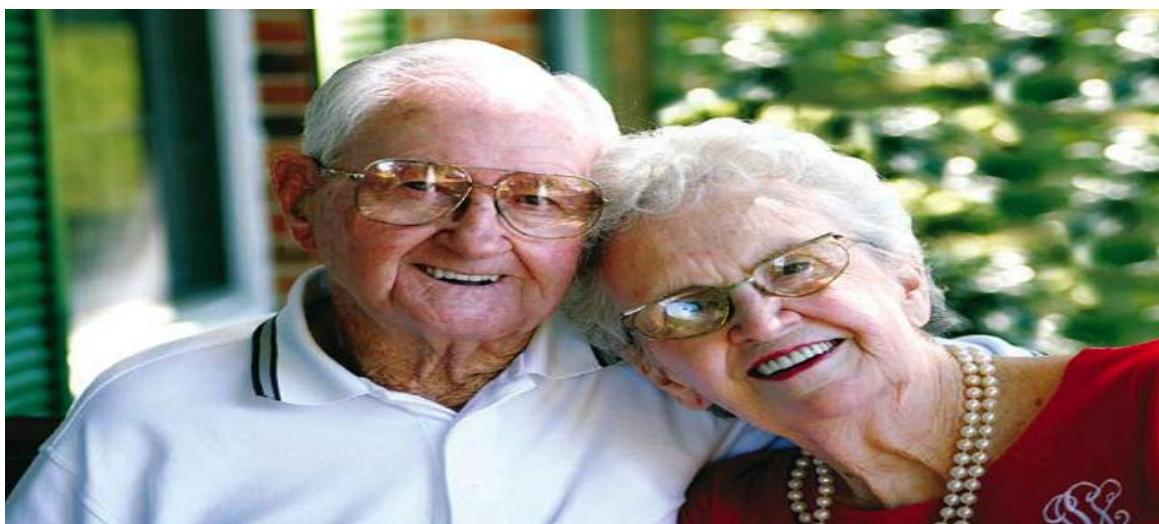
Diferentes estudios han demostrado que hasta 90% de los adultos mayores de 65 años ingieren uno o más medicamentos, 50% 2 o más y 12% 5 o más.

Alrededor del 12% de los pacientes geriátricos que se hospitalizan fue debido a una reacción adversa a fármacos. Se estima que de 1.9 millones de efectos adversos registrados en adultos mayores de 65 años, 180 mil pusieron en peligro la vida y de éstos, el 50% fueron prevenibles. La manera más eficaz de prevenir las reacciones adversas es disminuir la cantidad de fármacos prescritos.



Recomendaciones

Al aumentar el número de medicamentos se incrementa la frecuencia de efectos adversos y se empeora el cumplimiento terapéutico. En cada consulta analizar la lista de medicamentos prescritos y automedicados, incluso los herbolarios y homeopáticos, con el propósito de identificar las posibles interacciones medicamentosas o de fármacoenfermedad. Asegurarse de no prescribir los medicamentos considerados como inapropiados para pacientes geriátricos de acuerdo con los criterios de Beers. Se recomienda empezar el tratamiento farmacológico en pacientes geriátricos con dosis bajas dentro de los límites terapéuticos y ajustarlas progresivamente.



Se recomienda enumerar los medicamentos que toma actualmente el paciente, tomando en consideración el tiempo de uso de los medicamentos, presentaciones, dosis e intervalos de administración, así como posibles efectos adversos para poder ajustar dosis y retirar fármacos innecesarios o que pudiera provocar alguna reacción adversa. Se recomienda pedir al paciente traer la «bolsa» de todos los medicamentos que utiliza; de esta forma se pueden desechar medicamentos caducos o que el paciente no requiere.

Se recomienda en todo paciente anciano con polifarmacia recordar los tres principios de la prescripción apropiada:

- 1.- Disminuir la cantidad de fármacos
- 2.- Iniciar con dosis bajas e incrementar lentamente
- 3.- Al presentar un nuevo síntoma pensar en efectos secundarios.

4.4.- Tipos de baños en el paciente.

I Definición Conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad del paciente; incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas. Baño de regadera, de tina o bañera de esponja, baño parcial

Objetivos - Satisfacer las necesidades de higiene y confort del paciente durante su hospitalización, y tratar de ofrecerle buenos hábitos de higiene para el futuro - Mejorar la calidad de vida de la persona que lo recibe –

Recoger datos que permitan visualizar el estado general del paciente, así como el estado de su piel - Activar la circulación sanguínea - Establecer una relación con el paciente, alentándolo a ser tan independiente como le sea posible - Evitar las enfermedades de la piel más comunes, manteniendo una adecuada higiene de la piel del paciente.

Material necesario - Agua a temperatura adecuada - Toallas (Si se realiza lavado de cabeza se llevarán 2 dos toallas) - Pijama o camisón 3.1 **Material a aportar por el paciente**

- Esponja
- Peine

- Cepillo de dientes
- Dentífrico
- Jabón
- Colonia
- Crema Hidrat

Para el paciente encamado además Explicar al paciente lo que se le va a hacer, así como la importancia y necesidad de realizar una buena higiene, pidiéndole su colaboración. Respetar la intimidad del paciente, cerrando la puerta de la habitación, aislándolo cuando esté en la sala común o efectuando el aseo en cuarto de baño siempre que sea posible. Evitar corrientes de aire. Comprobar que el agua tiene la temperatura adecuada.

No someter al paciente a un aseo prolongado cuando el paciente se encuentre fatigado. Actuar con rapidez pero sin precipitaciones.

Procedimiento (paciente encamado).

Precauciones - Comprobar que la temperatura del agua es la adecuada - Tener especial precaución en el manejo de pacientes portadores de sistemas intravenosos u otros dispositivos. - Durante todo el procedimiento, mantener la puerta y la ventana cerradas, proteger la intimidad del paciente y procurar que no esté destapado innecesariamente.

Material - Guantes desechables - Palangana con agua templada - Esponjas desechables con y sin jabón - Toalla - Crema Hidratante - Ropa limpia para paciente (pijama, camión...) y para la cama

Preparación del paciente - Informarle del procedimiento a realizar

Adecuar la altura de la cama y colocar al paciente en posición adecuada - Fomentar la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades Preparación del personal Lavado higiénico de manos Guantes desechables Importante llevar uno o dos pares de guantes extra por si los que están usando se rompen

Técnica Lavarse las manos y colocarse los guantes Desnudar al paciente (procurar dejar expuesta solo la parte del cuerpo que se vaya a lavar, a ser posible, volviéndola a tapar inmediatamente después, para preservar la intimidad del paciente. Realizar el lavado siguiendo un orden desde las zonas menos contaminadas, hacia las más contaminadas Cara (sólo con agua), orejas y cuello Extremidades superiores (Brazos, manos y axilas) Torax y abdomen (poniendo especial atención en la región submamaria, área umbilical y espacios interdigitales).

Extremidades inferiores (piernas y pies). Poniendo especial atención en el área inguinal, huecos poplíteos y espacios interdigitales. Genitales y periné; lavar desde el pubis hacia el periné sin retroceder. DESECHAR ESPONJA Continuar con una esponja nueva por la parte posterior del cuello, espalda, glúteos muslos y región anal. Con el paciente en decúbito lateral, enrollar la sábana bajera longitudinalmente hacia el centro de la cama e irla sustituyendo progresivamente por la limpia. Aplicar crema hidratante con un ligero masaje, hasta su total absorción. Terminar de hacer la cama con ropa limpia y poner al paciente el pijama o camisón. En pacientes con vía periférica, sacar el camisón por el brazo que no tiene la vía; a la hora de colocar el camisón o pijama limpio, comenzar por el brazo que tiene vía periférica

- Cambiar el agua cuantas veces sea necesario
- Garantizar un lavado, aclarado y secado minucioso
- Poner especial a los pliegues cutáneos Zonas que requieren especial atención Axilas: Especial atención por la posible irritación, absteniéndose de

Zonas que requieren especial atención.

Axilas: Especial atención por la posible irritación, absteniéndose de poner polvos Debajo de las mamas: Especial atención a los pliegues mamarios, por posibles irritaciones y agrietamientos Ombligo: Limpieza minuciosa por posibles restos de suciedad.

Genitales: Tanto en el hombre como la mujer dejar realizar el aseo en ambos casos si el paciente es capaz de efectuarlo; si no realizar el aseo con minuciosidad, por la proliferación de gérmenes, limpiando primero el periné y después el ano.

Pies: Realizar el aseo poniendo especial atención en los espacios interdigitales, observar posibles durezas, grietas, o rojeces; poner atención a posibles uñas encarnadas y pacientes con diabetes.

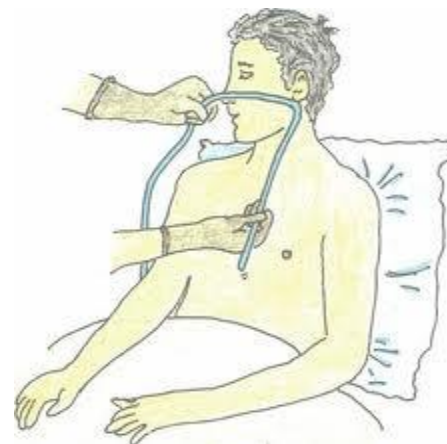
Manos: Fomentar el autocuidado del paciente en el aseo de sus manos, siempre que sea posible. Lavar las manos siempre que entren en contacto con genitales, orina, heces.

Nariz y ojos: Realizar el lavado en el caso de los ojos desde la cuenca interna hacia la externa, para no obstruir el drenaje de la glándula lacrimal; poner especial atención en pacientes comatosos, cuya limpieza de fosas nasales y ojos se realizará con una gasa y suero fisiológico
Cabello: Imprescindible peinar o cepillar el cabello una vez al día, preferiblemente coincidiendo con el aseo. Deberá lavarse la cabeza al menos una vez por semana
Higiene de la boca: Después de las comidas y cuantas veces sea necesario.

- Preparar en un vaso la solución antiséptica bucal
- Si el paciente lleva prótesis dental extraíble, retirarla para realizar la limpieza
- Inclinar la cabeza del paciente hacia un lado
- Preparar una torunda y mojándola en el líquido antiséptico, proceder a la limpieza de la boca (paladar, lengua, cara interna de los carrillos, encías y dientes)
- Secar los labios y zona peribucal, lubricándolos con vaselina
- Prótesis dentales: Sumergirlas 10 o 15 minutos en clorhexidina, aclarar con abundante agua y proceder a su colocación
- Lavado de cabeza: Se realizará como mínimo una vez a la semana.
- Adecuar la cama a la altura necesaria.

4.6.- Succión gástrica.

Es un procedimiento habitual en los cuidados de enfermería y utilizado durante décadas con el fin principal de evacuar sustancias tóxicas del [estómago](#). Su uso es más frecuente en los servicios de urgencias de los hospitales, donde las intoxicaciones agudas pueden llegar a representar entre el 0,5%-2% de los motivos de asistencia. En la



actualidad han variado los criterios para realizar este procedimiento y se desaconseja emplearlo de forma rutinaria.

4.7 Lavado vaginal.

El término "ducha" significa lavar o empapar. La ducha vaginal consiste en lavar o limpiar la parte interna de la vagina con agua u otras mezclas de líquidos. La mayoría de las duchas se venden en tiendas como mezclas, previamente preparadas, de agua y vinagre, bicarbonato de sodio o yodo. Las mezclas normalmente vienen en una botella o bolsa. Debes rociar el interior de la vagina, con la ducha vaginal hacia arriba, mediante un tubo o pico. Luego la mezcla de agua sale hacia el exterior de tu vagina.

La ducha vaginal es diferente a lavar la parte externa de tu vagina durante el baño o ducha. Enjuagar la parte externa de tu vagina con agua tibia no produce daños en la misma. Sin embargo, la ducha vaginal puede causar diferentes problemas de salud.

4.8 Enemas

Los enemas evacuantes y los enemas de retención. Los enemas evacuantes se utilizan como tratamiento del estreñimiento, fecalomas o retención fecal en general. El líquido suministrado suele ser de rápida acción, generando una respuesta en menos de veinte minutos.

El enema de retención, en cambio, está pensado para que el líquido introducido en el cuerpo sea retenido un mínimo de treinta minutos. Dicha sustancia puede ser un medicamento o un líquido que permita visualizar imágenes del tracto intestinal inferior con rayos X para realizar un diagnóstico. En este último caso, se habla de enema opaco.

Para poder llevar a cabo este enema opaco, se hace necesario tener en cuenta una serie de consideraciones de gran importancia:

- Va a tener como objeto lo que es el intestino grueso, desde el recto hasta el colon.
- Se trata de una acción que tiene que llevarse a cabo en el hospital o en cualquier otro centro médico pertinente.

- Para que pueda realizarse es imprescindible que el colon del paciente esté vacío por completo. De ahí que este individuo deba vaciarse bien con laxantes o enemas así como unos días previos de alimentación muy exhaustiva de líquidos. En concreto, en esta dieta toman especial protagonismo desde el café hasta el agua pasando por los zumos de frutas, el té, el consomé o la gelatina.
- En el recto se implanta una sonda y a través de ella se introduce en el cuerpo de la persona lo que sería sulfato de bario, un elemento de contraste que permite obtener imágenes más claras de determinadas partes del cuerpo.

- Lo habitual es que un enema opaco se realice con el claro propósito de detectar un cáncer de colon, descubrir las causas del estreñimiento de una persona o tener bajo control otras patologías similares.

BIBLIOGRAFIA

Ackley, B.J, Ladwig, G.B. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2006. § Alfaro-Lefebvre R. Pensamiento crítico y juicio clínico en Enfermería. 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009. § Carpenito I-J. Manual de diagnósticos de Enfermería. 9ª ed. Madrid: McGraw- Hill; 2002. § Carpenito LJ. Planes de cuidados y documentación en Enfermería. Madrid: Interamericana; 1994. § Doenges M. Planes y cuidados en Enfermería. 7ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2008.

ALFARO, R.: Aplicación del Proceso Enfermero. 5ª ed. Masson. Barcelona, 2003. - GORNDO, M: Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. Elsevier. Madrid, 2003. -LUIS, M. T.: "Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía practica". 7ª ed, Masson Elsevier. Barcelona 2006. -KÉROUAC, S. y otros." El pensamiento enfermero". Masson. Barcelona 1996. -Kozier, B: y otros."Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica". 7ª ed. MacGraw-Hill. Interamericana 2005. -Kozier, B: y otros."Técnicas en enfermería clínica". MacGraw-Hill. Interamericana 1999. -MOORHEAD S; JONSON M; MAAS M.: "Clasificación de Resultados de Enfermería" (NOC). 3ª ED. Mosby. Madrid 2005. - MCCLOSKEY DOCHTERMANA J; BULECHEK GAM. "Clasificación de Intervenciones de Enfermería" (NIC). 4ª ed. Mosby. Madrid 2005. -NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION: "Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2007-2008. Elsevier. Madrid, 2008