



**UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLAS DE HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERIA

**PROCESO DE ENFERMERIA Y METODOLOGIA DE VIRGINIA
HENDERSON APLICADOS A UNA USUARIA CON
ESQUIZOFRENIA**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

PRESENTA

MARTINA SALMERON RAMIREZ

ASESORA

L. E. O. MA. LILIA ALICIA ALCANTAR ZAVALA

MORELIA MICHOACAN NOVIEMBRE 2006

DIRECTIVOS

M. C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA

DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA.

L. E. MARIA DE JESUS RUIZ RECENDIZ

SECRETARIA ACADEMICA

L. E. O. ANA CELIA ANGUIANO MORAN

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

JURADO

PRESIDENTA

L. E. O. MA. LILIA ALICIA ALCANTAR ZAVALA

L. E. O. MA. MARTHA MARIN LAREDO

VOCAL 1

Dr.

VOCAL 2

AGRADECIMIENTO

ADIOS

Por haberme permitido llegar a mi más anhelado

Sueño de concluir esta nueva meta para obtener

El título como licenciada en enfermería.

Por darme una familia y por haberme dado vida y salud

Todo este tiempo por la posibilidad de obtener el conocimiento

El valor de seguir adelante y lograr algo tan grande en mi vida

Por darme el don de la vida y brindarme la oportunidad de elegir

Esta carrera como enfermera para cuidar de los enfermos

Con humanidad y respeto.

A MIS PADRES

Con cariño amor y agradecimiento Por la herencia que me han dado en la vida,

por confiar en mí y brindarme la oportunidad de seguir superándome como persona,

por estar siempre apoyándome y poner La fe en mí ya que con sacrificios y esfuerzos

he logrado llegar a este día tan importante, por sus tantas noches de desvelos dedicadas

pensando en mi, y porque sin escatimar esfuerzo alguno me han dado todo cuanto les ha

sido posible, por ello y por mucho más que por mi han hecho les viviré eternamente

agradecida, qué dios los bendiga y los colme de bendiciones hoy y siempre y les prometo

ejercer mi profesión con orgullo y dignidad.

A MIS HERMANOS

*Hermanas y hermanos les doy gracias
Por haberme brindado su apoyo en los
Momentos que más lo necesite, por confiar en mí
Y por haberme motivado de alguna manera a seguir
Adelante y así comprobar que lo que tanto se anhela
Se puede lograr.*

ASESORA

*Un especial agradecimiento
A Ma. Lilia Alcántar Zavala
Como asesora me marco los pasos para
Seguir en el presente trabajo
Por haberme dedicado su tiempo y
Compartir sus conocimientos.*

INTRODUCCIÓN

El Proceso de Enfermería es un método sistemático y planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería. Cuya finalidad es reconocer el estado de salud del cliente y los problemas de salud real, de riesgo e interdependientes del mismo; organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas y llevar a cabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades.

Para la realización del presente proceso de enfermería, primeo se realizó una revisión exhaustiva de los aspectos teóricos propios de la metodología de enfermería, del modelo de Virginia Henderson y de la patología presentada por la usuaria (esquizofrenia).

En el Proceso de Enfermería se aplicaron las cinco etapas que lo componen: la valoración, el diagnóstico, la planeación, la ejecución y la evaluación; se hace referencia a los datos importantes de la usuaria, posteriormente se realiza la valoración de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson y llevan a cabo las etapas mencionadas previamente. El proceso se realizó del ocho al 15 de agosto de 2006.

El presente trabajo también incluye las conclusiones y sugerencias de la aplicación del Proceso de Enfermería, la bibliografía consultada, el glosario de términos y los anexos utilizados.

INDICE

INTRODUCCIÓN	
I.- JUSTIFICACIÓN	1
II.- OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS.....	2
III.- MARCO TEORICO DEL PROCESO DE ENFERMERIA	3
3.1 ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO	
3.1.1 VALORACION	
3.1.2 DIAGNOSTICO	
3.1.3 PLANEACION	
3.1.4 EJECUCION	
3.1.5 EVALUACION	
3.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	
3.2.1 LAS CATORCE NECESIDADES	
3.3 MARCO TEORICO DE EZQUIZOFRENIA	
IV. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERTMERIA A UNA USUARIA CON EZQUIZOFRENIA	
V. CONCLUSIONES	
VI SUGERENCIAS	
VII. GLOSARIO	
VIII. ANEXOS	
IX. BIBLIOGRAFIA	

I. JUSTIFICACIÓN

El presente proceso de enfermería se lleva a cabo con el objetivo de brindar cuidados de calidad a una usuaria con esquizofrenia, tomando el modelo de Virginia Henderson, sus catorce necesidades, para detectar las que se encuentren alteradas y así poder contribuir a través de un plan de intervenciones sistematizadas logrando así una recuperación más rápida en su estado de salud.

Es de vital importancia elaborar un plan bien diseñado de intervenciones que puedan apoyarnos para brindar una atención eficaz a la usuaria, de hay la importancia de aplicar el proceso de enfermería a la o los usuarios.

Considerando que las enfermedades mentales constituyen un problema prioritario y su control un desafío para los servicios de salud en nuestro país, la atención oportuna y racional de los casos de esta enfermedad nos permite disminuir el riesgo de suicidios, apoyándonos en el manejo efectivo de la enfermedad mental y esto lo podemos lograr evaluando correctamente al usuario, seleccionando adecuadamente el uso de las terapias psicológicas y farmacológicas.

Educar a la población y a la familia para que continúen con el manejo de sus enfermos en el hogar y para iniciarlo en forma temprana y así evitar futuros episodios psicóticos y complicaciones que traen consecuencias graves y muchas veces e irreversibles.

II. OBJETIVOS DEL TRABAJO:

OBJETIVO GENERAL:

- Aplicar la metodología de enfermería y el modelo de Virginia Henderson a una usuaria con esquizofrenia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Valorar las condiciones de salud en las que se encuentra la usuaria.
- Identificar las necesidades alteradas, realizar los diagnósticos correspondientes por prioridades para brindar atención de calidad.
- Planear intervenciones de acuerdo a las necesidades alteradas en la usuaria y analizar y comprender los elementos psicopatológicos implicados en el trastorno esquizofrénico.
- Llevar acabo las acciones planeadas junto con la usuaria.
- Evaluar lo realizado y observar si se logro el objetivo deseado.

III. MARCO TEORICO DEL PROCESO DE ENFERMERIA

PROCESO DE ENFERMERIA.

DEFINICIÓN.

“El proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”¹

Yura y Walsh (1988) afirman que el proceso de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la institución exija, para llevarlo de nuevo al estado de bienestar.

En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el Proceso de Enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible.

OBJETIVO.

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia, y de la comunidad.

El Proceso de Enfermería consiste en una relación de interacción entre el cliente y el profesional de enfermería, con el cliente como centro de atención.

El profesional de enfermería valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta utiliza el Proceso de Enfermería.

Esto ayuda al cliente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.

IMPORTANCIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado; le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas.

¹Martinez Vallador, Carmen, Proceso y Diagnóstico de Enfermería, Tercera Edición En español, Editorial McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, México, 2003 Pág. 11.

A la otra parte, el profesional, le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propicia el crecimiento profesional; permite asignar los sujetos de atención en forma racional y le proporciona información para investigación.

LAS CARACTERÍSTICAS:

- Tiene una finalidad se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

LOS CINCO PASOS DEL PROCESO DE ENFERMERIA.

Según el modelo más aceptado en la actualidad, las fases en las que se estructura de forma sistemática el proceso de enfermería son cinco: Valoración, Diagnostico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

La secuenciación ordenada de las mismas así como su interrelación permanente aporta un encuadre de trabajo claro, que brinda al profesional la herramienta adecuada para proporcionar una asistencia personalizada al paciente, considerado de forma holística, es decir, teniendo en cuenta tanto su dimensión física, como psicológica y social.

BENEFICIOS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

- Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales
- Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico.
- Evita que se pierda de vista el factor humano.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente
- Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad).

Ayuda a que:

- Los usuarios y sus familiares se den cuenta de que su aportación es importante y de que sus puntos fuertes son recursos.
- Las enfermeras tengan la satisfacción de obtener resultados.

EL PROCESO DE ENFERMERIA

- Tiene enfoque holístico, amplio, que valora el cuerpo, la mente y el espíritu y pretende potenciar al máximo la capacidad de las personas para hacer actividades que para ellas son importantes.
- Considera principalmente, como se ven afectadas las personas por los problemas de funcionamiento de los órganos y sistemas (respuestas humanas).
- Se centra en enseñar a mejorar el funcionamiento y a ser independiente
- Requiere la consulta con los médicos para el tratamiento de la enfermedad o traumatismo
- Le interesan las personas, sus seres allegados y los grupos.
-

RAZONAMIENTO CRÍTICO.

DEFINICIÓN

“El pensamiento critico de enfermería, supone un pensamiento deliberado, dirigido al logro de un objetivo”.²

- Se orienta al paciente, a la familia y a las necesidades de la comunidad
- Se basa en los principios del proceso enfermero y del método científico
- Constantemente está reevaluándose, auto corrigiéndose y esforzándose por mejorar.
- Requiere conocimientos habilidades y experiencia.
- Requiere estrategias para desarrollar al máximo el potencial humano.

3.1. ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA.

3.1.1. VALORACIÓN:

“Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud del usuario a través de diversas fuentes”³

Fuentes primarias, estas incluyen al usuario, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al usuario.

³ Opus Citem www.terra.es/personal/duenas/pae.htm - 87k –

Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales.

Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc.

Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.

Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad.

Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.

Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.

Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recolectarse.

Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos.

Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería.

LA SISTEMÁTICA A SEGUIR PUEDE BASARSE EN DISTINTOS CRITERIOS:

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el usuario.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, se tendrá en cuenta

Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.

Análisis y comparación del progreso o retroceso del usuario.

Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.

Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del usuario.

LA RECOLECCIÓN DE DATOS REQUIERE:

- Conocimientos científicos
- (anatomía, fisiología, etc.)
- básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
Convicciones (ideas, creencias, etc.)
- Capacidad creadora, sentido común, flexibilidad.

RECOLECCIÓN DE DATOS:

“Podemos definir dato: como la información concreta sobre varios aspectos que identifican el estado de salud de un individuo; estos datos se pueden diferenciar en 4 tipos”⁴

- Datos subjetivos.
- Datos objetivos.
- Datos antecedentes.
- Datos actuales.

Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe.

Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).

⁴ Ibidem Opus Citem www.terra.es/personal/duenas/pae.htm - 87k –

Datos objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).

Datos actuales: Son datos sobre el problema de salud actual.

MÉTODOS PARA OBTENER DATOS:

ENTREVISTA CLÍNICA

“Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos”⁵.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del usuario.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera / paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

⁵ Opus Citem www.terra.es/personal/duenas/pae.htm - 87k –

La entrevista consta de tres partes: iniciación, cuerpo y cierre

Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas.

Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

Cierre: Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario.

Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos.

Tres tipos de interferencias:

Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.

Interferencia emocional Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar.

Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso desresponsabilización de las obligaciones, Borrell (1986),

Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

LAS TÉCNICAS VERBALES SON:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

LAS TÉCNICAS NO VERBALES:

Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- Expresiones faciales,
- La forma de estar y la posición corporal,
- Los gestos,
- El contacto físico,
- La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.

Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal

Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador

La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal

Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador

La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

B) LA OBSERVACIÓN:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables.

La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) LA EXPLORACIÓN FÍSICA:

La obtención de datos objetivos que completen o confirmen la información suministrada por el usuario se logra básicamente mediante la exploración física.

Los cuatro procedimientos básicos para la realización de la exploración física son: la inspección, la auscultación, la palpación, y la percusión.

- La inspección visual del paciente permite obtener información sobre su constitución corporal, la existencia de deformidades congénitas o adquiridas (amputaciones, cicatrices de antiguas intervenciones quirúrgicas, etc.), la coloración y el estado de la piel y las mucosas, el estado de la conjuntiva (coloración amarillenta en los trastornos hepáticos, p, Ej.), la presencia de temblores u otras anomalías funcionales, posibles alteraciones de la marcha, etc.

- La auscultación con un fonendoscopio permite escuchar los latidos del corazón, explorar la función respiratoria, los órganos abdominales con los movimientos de aire en su interior, etc.
- La palpación manual posibilita apreciar la temperatura de la piel, su textura, la existencia de dolores localizados, etc. También se calibra con ella la posición y consistencia de los órganos (p. Ej. Palpando el abdomen se puede detectar la existencia de tumoraciones voluminosas o la presencia de irregularidades o anomalías en la superficie del hígado o los intestinos).
- La percusión, consiste en golpear suave pero firmemente con los dedos sobre el cuerpo del paciente, posibilita la obtención de datos como la presencia o ausencia de líquido en la cavidad abdominal (ascitis) o de un exceso de gases, por ejemplo.

Al realizar la exploración física, el profesional de enfermería debe observar atentamente el comportamiento general del usuario, a fin de obtener información complementaria sobre sus rasgos psicológicos y su estado mental.

Conviene fijarse, por ejemplo, en si está orientado respecto al tiempo y espacio (si sabe que día de la semana es y donde se encuentra), qué grado de coordinación de movimientos presenta, si colabora activamente o no, o cuál es el nivel de comprensión de las indicaciones que se le hacen.

Aunque la exploración general incluye todo el cuerpo, se debe de realizar más detenidamente en aquellas zonas donde el usuario localice su dolencia y en todas las que permitan confirmar los datos subjetivos que haya proporcionado o, en caso contrario, detectar posibles incoherencias que obliguen a revisar la información hasta entonces obtenida (p, Ej., si el paciente ha comentado que le duele en la zona del hígado y al palparle lo niega, o si primero refiere un síntoma y objetivamente no hay datos que lo avalen).

Solo mediante esta tarea de confirmación y contraste de datos se garantiza la fiabilidad de la valoración y de la historia de enfermería.

Por ultimo cabe señalar que la información facilitada por los familiares o acompañantes del usuario, constituye muchas veces una valiosa fuente de datos para completar la historia de enfermería, al indicar determinadas peculiaridades del enfermo que convenga tener en cuenta (p, Ej., su propensión a abandonar los tratamientos, su miedo ante determinados procedimientos, etc.).

Igualmente y sobre todo en algunos casos (ancianos, niños, personas con dificultades de comunicación, etc.), los familiares podrán informar sobre datos objetivos de interés, tales como la medicación que el usuario está tomando, sus hábitos de sueño, alimentación, etc., y, en general, facilitar información privilegiada sobre aspectos del usuario en su entorno habitual.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:

“Es el cuarto paso en la recolección de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas”.⁶

El modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc.

La información ya ha sido recolectada y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.

Para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

LOS COMPONENTES DE LA VALORACIÓN DEL USUARIO QUE HEMOS SELECCIONADO COMO NECESARIOS HOY EN DÍA SON:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamiento prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994).

Los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas.

DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN:

- Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:
- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad.
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería
- Permite la formación pregrado y postgrado.

⁶ enfermeria.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm - 55k -

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal, «regular, etc.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- La anotación debe ser clara y concisa.
- Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso.

3.1.2. ETAPA DE DIAGNOSTICO

“Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una “función intelectual compleja”.⁷

Para realizar esta etapa se requieren de cuatro pasos fundamentales:

Razonamiento diagnóstico.

Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
Validación.

Registro de diagnostico enfermeros y problemas interdependientes.

RAZONAMIENTO DIAGNÒSTICO

“Es la aplicación del pensamiento critico a la solución de problemas”⁸

(Alfaro 1999; 88).

La enfermera (o) durante el razonamiento diagnostico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

⁷ Bertha Alicia Rodríguez Sánchez, Antología de enfermería, Año 2004 Pág. 51

⁸ Opus Citem, Bertha Alicia Rodríguez Sánchez, Antología de enfermería, Año 2004, Pág. 51

TIPOS Y COMPONENTES DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

Existen cuatro tipos de diagnósticos de enfermería: Reales, de Riesgo, Posibles, De bienestar o de síndrome.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA REALES.

“Un diagnóstico de enfermería real describe un problema que ha sido confirmado por la presencia de las características principales que lo definen”.⁹

Este tipo de diagnósticos de enfermería consta de cuatro componentes: Etiqueta, definición, características que lo definen y factores relacionados.

Etiqueta

La etiqueta debe constar en términos claros y concisos que comuniquen el significado del diagnóstico.

Definición

La definición debe añadir precisión a la etiqueta.

Además debe ayudar a diferenciar un diagnóstico determinado de otros diagnósticos parecidos.

Características definitorias

En un diagnóstico de enfermería real, las características definitorias son los signos y los síntomas que, en conjunto constituyen ese diagnóstico.

Las características definitorias se dividen en dos grupos: Principales y secundarias.

Principales

En los enunciados que no han sido investigados: para confirmar el diagnóstico debe aparecer al menos una característica principal.

En los diagnósticos investigados: debe aparecer al menos una característica principal en el 80% al 100% de los casos.

Secundarias

Proporcionan datos que corroboran el diagnóstico, pero pueden estar ausentes.

⁹ Linda y Juan II Carpenito, Diagnósticos de Enfermería Aplicaciones a la práctica Clínica, 9ª Edición, Editorial Macgraw-Hill Interamericana, Año 2003, Pág. 7,8.

Factores relacionados

Los factores relacionados son aquellos que han contribuido al cambio del estado de salud.

Estos factores pueden agruparse en cuatro categorías: fisiológicos (biológicos o psicológicos) relacionados con el tratamiento.

De situación (ambientales, personales) y de maduración. Ejemplo de dichas categorías:

Fisiopatológicos (biológicos y psicológicos)

Sistema inmunitario comprometido

Circulación periférica inadecuada

De situación

Ambientales

Comunitarios

Personales

De rol

Domicilio

institución

Experiencias vitales

Relacionados con el tratamiento

Medicamentos

Pruebas diagnosticas

Intervenciones quirúrgicas

Tratamiento

De maduración

Influencias relacionadas con la edad.

Redacción del diagnóstico de Enfermería Real

Redacte el enunciado diagnóstico en relación con los factores relacionados específicos. Ejemplo:

Intolerancia a la actividad, relacionada con un aporte energético deficiente, manifestado por disminución del gasto cardiaco, disnea, y una incapacidad para recuperar el pulso basal de 78-84 después de 3 minutos.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA DE RIESGO Y DE ALTO RIESGO.

Un diagnóstico de enfermería de riesgo, según la definición de la NANDA, " es un juicio clínico de que un individuo, una familia o una comunidad están más predispuestos a desarrollar el problema que otros en una situación igual o parecida".¹⁰

¹⁰ Ibidem Pág. 9,10, 12.

El concepto de riesgo tiene una utilidad clínica: las enfermeras, de forma sistemática, previenen problemas en poblaciones que no son de alto riesgo.

Por ejemplo, todos los clientes operados son vulnerables a las infecciones en relación con la pérdida de la barrera protectora secundaria a la incisión.

Etiqueta

En un diagnóstico de enfermería de riesgo, la descripción concisa de la alteración del estado de salud del cliente viene precedida por el término “riesgo de “para las poblaciones de alto riesgo se utiliza la expresión “Alto riesgo de”

Definición

Al igual que en el diagnóstico de enfermería real, la definición en el diagnóstico de riesgo expresa un significado preciso y claro del diagnóstico.

Factores relacionados

Los factores relacionados de los diagnósticos de enfermería de riesgo identifican aquellas situaciones que incrementan la vulnerabilidad de un cliente o grupo.

Estos factores distinguen a los clientes y grupos de alto riesgo del resto de la población que corre un cierto riesgo.

Redacción del diagnóstico de riesgo y de alto riesgo.

Anote “riesgo de “antes del enunciado diagnóstico en relación con los factores de riesgo ejemplo:

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada con la inmovilidad y fatiga.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA POSIBLES.

Los diagnósticos de enfermería posibles: “son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales”.¹¹

La enfermera debe confirmar o excluir.

Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).

La palabra **Posible** en los diagnósticos de enfermería, se emplea para describir problemas que pueden existir pero que necesitan datos adicionales para ser confirmados o descartados.

¹¹ Ibidem Pág. 9,10, 12.

Los diagnósticos de enfermería posibles son enunciados de dos partes consistentes en:

El diagnóstico de enfermería posible.

Los datos “relacionados con” que conducen a la enfermera a sospechar el diagnóstico.

Ejemplo:

Posible trastorno del auto concepto relacionado con una pérdida reciente de las responsabilidades del rol. Secundaria a una exacerbación de esclerosis múltiple.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA DE BIENESTAR.

Un diagnóstico de enfermería de bienestar: “es un juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado”.¹²

Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces.

Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación.

No contienen factores relacionados.

Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz.

La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud.

Los diagnósticos de bienestar se escriben como enunciados de una parte, conteniendo solo la etiqueta.

Empiezan por “potencial de favorecer”, y a continuación se expresa el grado superior de bienestar que la persona o grupo desean.

Ejemplo.

Potencial para favorecer los procesos familiares.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA DE SINDROME

Los diagnósticos de síndrome: “Los diagnósticos de enfermería de síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica”.¹³

¹² Ibidem

¹³ Ibidem Pág. 9,10, 12.

Comprenden un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados.

Síndrome deriva de la palabra griega que significa “que marchan juntos”, los síndromes suelen tener una causa única o representar un grupo de características coincidentes cuya etiología se desconoce.

Hasta hoy en día, la NANDA ha formulado cinco diagnósticos de síndromes: Síndrome traumático de violación, Síndrome de desuso, Síndrome postraumático, Síndrome de estrés por traslado y Síndrome de interpretación alterada del entorno.

Estos síndromes aglutinan signos y síntomas no diagnósticos de enfermería real o de riesgo.

LOS PASOS PARA LA FORMULACIÓN DE UN DIAGNOSTICO SON:

- Identificación de problemas:

Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis

Síntesis es la confirmación o la eliminación de las alternativas.

- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional.

La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

Investigación:

Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros.

Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos.

En este momento los diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.

Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.

Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.

Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada

Identificar nuevas áreas de competencia en enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos diagnósticos.

Docencia:

La inclusión de diagnósticos de enfermería en el currículo básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el currículo.

Permite:

- Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos.
- Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

Asistencial:

El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:

- identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
- Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia
- Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
- Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional.

- Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
- Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
- Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
- Mejorar y facilitar la comunicación Inter. e intra disciplinaria.

Gestión:

Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:

- Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
- Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
- Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los diagnósticos de enfermería que se dan con mayor frecuencia.
- Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas.

Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores Fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

Directrices a considerar en la redacción de un diagnóstico.

Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por".

No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.

La primera parte del Diagnóstico, identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.

Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.

Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recolectado y validado con el usuario.

Evitar invertir el orden de las partes del diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.

No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.

No indique el diagnóstico de enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.

No escriba un diagnóstico de enfermería que repita una orden médica.

No rebautice un problema médico para convertirlo en un diagnóstico de enfermería.

No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

COMPRENSIÓN DE LOS PROBLEMAS INTERDISCIPLINARIOS.

TIENE 3 NIVELES

ENFERMERA

- **SUSTITUTA:** Compensa lo que falta.
- **AYUDANTE:** Establece cuidados.
- **COMPAÑERA:** Entender, escuchar y comprender.

Si las funciones de enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye: aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras.

La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere: a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud.

Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería y que no requiere la supervisión, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer (1989), las que siguen:

Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.

Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.

Serán individualizados para cada situación en concreto.

Los cuidados de un usuario difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.

Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.

Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.

Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

COMO SE ESTRUCTURAN LOS PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

Los problemas interdependientes precisan del empleo de terminología médica y de la participación conjunta de los integrantes del equipo sanitario, razón por la cual “no debe emplearse la taxonomía diagnóstica enfermera para renombrar situaciones fisiológicas, que ya tienen un nombre” (Luís 1998:7).

En la redacción de problemas interdependientes reales se necesita del problema, etiología del problema y sintomatología; los problemas interdependientes de

Riesgo únicamente requieren del problema y etiología, así como de las palabras riesgo de: al inicio de su formulación.

Para unir el problema a la etiología se recomienda utilizar las palabras secundario a: y para integrar la sintomatología a la formulación se emplean las palabras manifestado por:

Ejemplo:

Insuficiencia respiratoria secundaria a enfermedad pulmonar obstructiva crónica, manifestada por: disnea, taquipnea, taquicardia, cianosis, y aleteo nasal.

VALIDACIÓN.

“La validación consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes”¹⁴

1. La información recolectada del usuario /familia fue suficiente.
2. El análisis y la agrupación de datos se hicieron en forma correcta.
3. Las deducciones realizadas fueron acertadas.
4. La identificación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue correcta.
5. Para asignar el nombre a la respuesta humana se compararon los datos obtenidos con las características definitorias y factores relacionados de las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.
6. Para asignar el nombre a la respuesta fisiológica se consultaron fuentes bibliográficas y a otros profesionales del área de la salud.
7. Los factores relacionados o de riesgo corresponden al problema que se identifico.
8. La estructura de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes se apegó a lo establecido.

Durante la validación, la enfermera (o) debe consultar al usuario para corroborar que está en lo cierto, también es recomendable solicitar asesoría cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes.

COMO REALIZAR EL REGISTRO DE LOS DIAGNOSTICOS ENFERMEROS Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

Una vez validados los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

¹⁴ Opus citem Antología elaborada por Bertha Alicia Rodríguez Sánchez Año 2004 Pág. 69, 70, 71,72.

- El diagnóstico enfermero real:

- o Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- o Promover mayor nivel de bienestar.
- o Controlar el estado de salud.

- Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- o Reducir o eliminar los factores de riesgo,
- o Prevenir que se produzca el problema.
- o Controlar el inicio de problemas.

- Para el diagnóstico enfermero posible:

- o Recolectar datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

- o Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

- Para problemas interdependientes:

- o Controlar los cambios de estado del paciente.
- o Manejar los cambios de estado de salud.
- o Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico.

3.1.3. ETAPA DE PLANEACIÓN

“Es el proceso de diseñar estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del usuario y que se han identificado durante el diagnóstico”¹⁵

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

Esta fase se inicia después de la formulación del diagnóstico de enfermería y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

La fase de planeación consiste en la determinación del curso concreto de acción que habrá de fijarse el profesional de enfermería.

Realizar el diseño u organización de elementos para alcanzar un objetivo.

ETAPAS DE LA PLANEACIÓN

¹⁵ Opus Citem.I

1. Establecimiento de prioridades
2. Establecimiento de objetivos y criterios de resultados
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería
4. Registrar el plan de cuidados.

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES

Determinar prioridades: Es una habilidad esencial del pensamiento crítico que requiere que la enfermera sea capaz de decidir.

1. Qué problemas necesitan atención inmediata.
2. Qué problemas son responsabilidad de enfermería y cuales debe referir a otros profesionales.
3. Qué problemas puede tratar aplicando los planes de cuidados estándares.
4. Qué problemas no están cubiertos por los planes de cuidados estándares pero deben tratarse para garantizar la seguridad del paciente durante su estancia en el hospital.

PRINCIPIOS BASICOS PARA LA DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES

- Elegir un método para asignar prioridades y emplearlo de forma sistemática, ejemplo. La pirámide de Maslow.
- Asignar una alta prioridad a los problemas que son factores contribuyentes de otros: Ejemplo. Paciente que presenta dolor articular por lo que tiene limitación para la movilidad, se deberá dar prioridad al alivio del dolor ya que este contribuirá a dar solución al problema de movilidad.
- Capacidad para determinar con éxito las prioridades; está influida por la comprensión de:

La percepción de las prioridades de la persona: si el usuario no está de acuerdo con las prioridades que la enfermera ha fijado, es poco probable que el plan tenga éxito difícilmente.

La imagen general de los problemas detectados: si al contemplar la imagen general se da cuenta que el usuario tiene problemas respiratorios debido a un ataque de ansiedad, entonces hay que resolver la ansiedad, que es el problema más importante en éste caso.

El estado general de salud del usuario y los objetivos para el alta: la educación sanitaria es de alta prioridad, pero para el usuario es más importante su situación actual.

La duración estimada de estancia: en las estancias cortas es preciso centrar la atención en lo que debe hacerse, más que lo que le gustaría hacer.

Cómo se aplican los planes de cuidados en relación con los estándares: documento que determina el nivel mínimo de cuidados habituales proporcionados a todos los usuarios en ciertas situaciones.

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

Es establecer un orden preferencial para las estrategias.

Adquirir la capacidad de valorar en conjunto todos los problemas y cómo estos afectan al usuario.

ETAPAS

1. Estructurar una lista de diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes.
2. Decidir lo más importantes
3. Determinar el orden (jerarquizar)

EJEMPLO:

1. Problemas que ponen en riesgo la vida del paciente.
2. Problemas que ponen en riesgo la función.
3. Calidad de vida.

DETERMINACIÓN DE OBJETIVOS (METAS ESPERADAS)

“Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería”¹⁶.

Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema; deben quedar siempre por escrito con el fin de que todo el personal que atiende al sujeto conozca claramente lo que se desea lograr con él y, por tanto, determinar si se alcanzó o no el objetivo.

Los resultados esperados, o metas, deben estar centrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, ser observables y medibles, e incluir indicadores de desempeño; además, deben estar limitadas en el tiempo a corto y largo plazo, y ser ajustadas a la realidad definidas en forma conjunta con el sujeto de atención.

Las metas pueden abarcar múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funciones del cuerpo), los síntomas, los conocimientos, las habilidades psicomotrices y los sentimientos o estados emocionales.

¹⁶ Opus citem , enfermeria.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm - 55k

OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS

PRIMER PASO DE LA PLANIFICACIÓN

El primer paso en la planeación de los cuidados está constituido por los objetivos. Su elaboración constituye la fase de decisión por excelencia en el proceso de cuidados.

A Partir de las conclusiones aportadas por el diagnóstico de enfermería, la enfermera elige en este momento la orientación que va a seguir, decide el cambio que va a provocar en el cliente para que pueda resolver sus problemas de dependencia.

Es, por lo tanto, el momento en que decide dar una orientación determinada a su acción.

Pero para poder llegar a una meta, es muy importante tener claro a donde se quiere llegar, porque, como dice Mager, “si usted no sabe a o donde va” “posiblemente no llegara a ningún sitio”.

Por eso, antes de decidir las intervenciones que se van a ejecutar, es esencial que la enfermera determine a dónde quiere llegar, que elabore unos objetivos de cuidados.

DEFINICIÓN

“Un objetivo de cuidados puede definirse como una meta a la que se quiere llegue el cliente”¹⁷.

Se trata de una intención dada a los cuidados, expresada por medio de la descripción de un comportamiento esperado en el cliente, o de un resultado que se desea obtener, después de la puesta en marcha de una serie de medidas o de intervenciones.

El objetivo de los cuidados tiene como punto de mira el comportamiento, la actitud o la acción del propio cliente, en este momento el proceso es el cliente el que está en el primer plano.

CARACTERÍSTICAS DE UN OBJETIVO DE CUIDADOS

El objetivo de cuidados debe permitir a la enfermera identificar con claridad el punto hacia donde desea conducir al cliente, es decir, debe describir cuál es el resultado que persigue con su acción.

Para que sea así tiene que evitar cualquier tipo de formulaciones imprecisas o vagas.

¹⁷ U .M. S. N H. Antología de las Necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson
Curso de el proceso de Enfermería, Escuela de Licenciatura en Enfermería, Año 2006, Pág. 131, 132, 133, 134, 136, 137.

Debe expresar sus objetivos de forma específica, en función del comportamiento del cliente, es decir, en función de la meta y grado de implicación que se espera de él.

Estos objetivos deben ser igualmente realistas y observables.

COMPONENTES DE LOS OBJETIVOS

1. Especificidad (sujeto)
2. Acción esperada (verbo)
3. Nivel de compromiso (condiciones)
4. Realismo (posible)
5. Criterio de medición.

COMPONENTE DE UN OBJETIVO

Las características enunciadas anteriormente indican cómo ha de ser la composición de un objetivo; llevan a la enfermera a incluir en los objetivos que se marca determinadas precisiones esenciales.

Sujeto único

Para que un objetivo sea específico debe orientarse hacia un solo sujeto cada vez, es decir, hacia el mismo cliente.

En algunos casos, es el esposo, en otros es la familia o en sentido más amplio, una colectividad.

Debe de responder a esta pregunta:

¿Quién realiza la acción?

Verbo activo o pasivo

Generalmente se admite que la formulación de un objetivo ha de utilizar un verbo en voz activa que exprese, a ser posible, un solo comportamiento cada vez.

(Ejemplo: Levantarse, comer, hacer flexiones de rodilla, realizar inspiraciones profundas, elegir los alimentos del menú, etc.).

Cuando varias acciones se suelen realizar al mismo tiempo pueden juntarse en un solo objetivo (Ejemplo: El cliente se levantará y dará algunos pasos por la habitación).

Como puede uno darse cuenta, estos verbos representan acciones objetivamente observables.

Estas acciones permiten responder a la pregunta:

¿Qué tiene que hacer el cliente?

Puede ocurrir que, dada, la dependencia del cliente, la utilización del verbo activo sea exagerada, ya que la suplencia de la en la satisfacción de sus necesidades es casi total.

Puede igualmente darse el caso de un problema potencial que se desea prevenir; en este caso el cliente no siempre puede manifestar el mismo grado de implicación.

Entonces el objetivo adquiere un carácter más pasivo; en todo caso, el cliente es siempre el sujeto.

Se expresa en función de la urgencia o de las necesidades de la situación.

Ejemplos:

Lise será vigilada cada hora en relación con los signos y síntomas de hipo o hiperglucemia.

El señor Libel (cliente con tendencia suicida) será vigilado constantemente por un miembro del personal.

Aquí el objetivo ha de responder ala pregunta:

¿Qué se ha de hacer para el cliente?

No hay que olvidar, sin embargo, que incluso en estos casos, el objetivo debe ser evaluable y expresado con toda precisión.

Elementos descriptivos de la acción.

El objetivo debe igualmente expresar de qué forma se realiza la acción del cliente.
Con o sin asistencia Con qué medios

- Ejemplos. El cliente caminará con ayuda.
- El objetivo responderá ala pregunta:

¿Cómo se hace la acción?

Criterios de observación

El objetivo debe expresar también criterios precisos de observación, es decir debe determinar en que momento y en qué medida debe realizarse la acción.

- Ejemplo: El cliente caminará con ayuda, tres veces al día, durante cinco minutos.

El objetivo deberá responder también a la pregunta:

¿En qué medida se realiza la acción?

CAMPOS A LOS QUE PUEDEN PERTENECER LOS OBJETIVOS DE CUIDADOS

Los objetivos de cuidados pueden pertenecer a campos muy diferentes.

Pueden ser:

- **De naturaleza psicomotriz**, cuando lo que está implicado es el movimiento (por ejemplo, ejecutar rotaciones de espalda, girarse con ayuda, pronunciar consonantes, etc.).
- **De naturaleza cognitiva**, cuando se refiere al conocimiento. (Por ejemplo: enumerar cuatro frutas que contengan potasio; describir dos posibles complicaciones derivadas de una comprensión de escayola, etc.).
- **De naturaleza afectiva**, cuando están interesadas las sensaciones, las emociones y los sentimientos. (por ejemplo: expresar su inquietud frente al estado en que se encuentra, aceptar el tratamiento. Etc.)

Para un mismo problema de cuidados pueden elaborarse objetivos relacionados con distintos campos.

Por ejemplo, para un cliente al que se quiere preparar para una intervención quirúrgica, un objetivo puede ser que esta persona verbalice sus sentimientos; otro, ofrecer información sobre la intervención a que se va a ser sometido, un tercero, explicarle los ejercicios posteriores que tendrá que practicar.

OBJETIVOS A CORTO, MEDIO Y LARGO PLAZO

Los objetivos describen cambios esperados en el comportamiento del cliente, pero el plazo previsto para que se lleven a cabo no tiene por qué ser necesariamente el mismo para todos.

Algunos de ellos se podrán conseguir a corto plazo, en horas o en pocos días.

Ejemplo:

La señora María permanecerá sentada en el sillón durante una hora tres veces al día.

Se trata de un objetivo que la cliente debe ejecutar con cierta prematuro y que, dentro de unos días tendrá que ser evaluado y probablemente modificado.

Se trata de un objetivo a corto plazo.

Es evidente que un objetivo a largo plazo requiere otros a corto y medio plazo que le permitan conseguirlo.

Ejemplo:

La señora Guadalupe deberá hacer cada día tres veces, ejercicios de flexión de los dedos y de las muñecas (corto plazo).

De aquí a una semana, será, capaz de presionar una pelota de goma de forma alternativa con ambas manos (mediano plazo).

Los objetivos acumulados conducen poco a poco al objetivo a largo plazo fijando previamente.

Probablemente en un mes esta persona podrá ponerse a tricotar un poco.

OBJETIVOS CONSTANTES

Otro tipo de objetivos que la enfermera debe elaborar con frecuencia son los que deben mantenerse constantemente en el plan de cuidados, porque las intervenciones que originan tienen que proseguir sin descanso durante largo tiempo.

Se trata de los objetivos constantes.

Ejemplo:

El señor Mario mantendrá siempre su pierna derecha bien alineada.

Estos objetivos no siempre dan lugar a intervenciones de la misma naturaleza.

INTERVENCIONES: SEGUNDO PASO DE LA PLANIFICACIÓN**ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:**

“Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al cliente al logro de los resultados esperados”¹⁸.

Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

El cliente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos.

Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del cliente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

¹⁸ Opus citem, citem www.terra.es/personal/duenas/pae.htm - 87k –

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción.

Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.

- Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja.

La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, también influyen los recursos financieros.

Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.

Estarán basadas en principios científicos.

Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente.

La enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.

Serán individualizados para cada situación en concreto.

Los cuidados de un cliente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.

Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.

Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.

Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades ,
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de Pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método.

Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles.

El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema / diagnóstico posibles,

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema / diagnósticos de enfermería

Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.

Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.

Consulta y remisión a otros profesionales.

Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería

Ayudar a los clientes a realizar las actividades por sí mismos.

Y también, la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, según Carpenito (1987) son:

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico).

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Iyer (1989):

- La fecha.
- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quién (sujeto).
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto.
- Las modificaciones a un tratamiento estándar
- La firma

Las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería.

Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente / cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación, y
- La evaluación, Bower (1982).

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria.

Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones que ya no tengan validez, deben ser eliminados.

PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería / problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recolecta la información de la valoración.

- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS:

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»
- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Kahl et al (1991) nos indican que con la informatización de los servicios de salud, la documentación tiende a disminuir.

Veamos cuales son los objetivos de la informatización de los planes de cuidados, mediante la revisión de autores que hace Serrano Sastre, M. R . (1994), recolecta de autores como Hannah (1988), Hoy (1990), Kahl (1991) y otros, los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,
- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la informatización de la documentación enfermera son según Kahl et al (1991):

- Eliminación del papeleo.

- Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.

Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.

3.1.4. ETAPA DE EJECUCIÓN

“La ejecución de los cuidados constituye el momento de la realización del plan de intervención”.¹⁹

En esta fase, los factores son múltiples.

En primer lugar, se encuentra el cliente que lleva a cabo las acciones planificadas para el.

Está también la enfermera que supervisa estas acciones. Anima, afirma, enseña, manifiesta su empatía, aporta su ayuda y procede a todo tipo de cuidados destinados al cliente.

Sin embargo, ella no actúa sola, sino que forma parte de un equipo de cuidados de enfermería, que desarrolla un trabajo importante, augurando la complejidad y la eficacia de las actividades profesionales.

También se puede encontrar miembros de la familia del cliente, que en algunas circunstancias colaboran en los cuidados.

De acuerdo con el marco conceptual de Virginia Henderson, el objetivo principal de los cuidados consiste en conducir al cliente a un estado óptimo de independencia en la satisfacción de sus necesidades.

Pero, según la condición del cliente, el estado de dependencia puede ser variable.

En consecuencia, antes de ejecutar cuidados, es esencial evaluar que puede hacer el cliente por sí mismo a fin de procurar que conserve toda la autonomía posible.

Sin embargo, en algunas situaciones, puede ocurrir que resulte imposible que el cliente avance hacia una independencia más completa.

En este caso, los roles deberán, permanecer compartidos

Igualmente puede ocurrir que se den situaciones en las que el agravamiento del problema de salud obligue a la enfermera a hacerse cargo de una forma casi total de la situación de las necesidades del cliente.

La fase de ejecución de cuidados de los cuidados es el momento más importante para el cliente.

¹⁹ J Hernández Conesa, M. Esteban Albert, Fundamentos de la Enfermería, Teoría y Método, Editorial MC Graw Hill, Interamericana, País, España, Año 2001, Pág., 138, 139.

Es el momento por excelencia para establecer una relación significativa con el.

Durante los cuidados de higiene o los tratamientos, la enfermera está en una situación privilegiada.

Existe un intercambio con el enfermo, lo escucha, lo toca, responde a sus preguntas, comparte con él en determinados momentos el peso de la enfermedad y le comunica su comprensión empática.

Si ella quiere, estos contactos con el cliente pueden ser pretexto para una relación calurosa, lo que confiere a los cuidados un carácter humano.

Ciertas situaciones críticas, sin embargo, parecen a primera vista las menos propicias para establecer una relación.

La enfermera, preocupada por la tarea que tiene cumplir, se centra en estos momentos en el problema de salud del cliente.

Con frecuencia se observa el nivel de relación entre cuidadora y persona cuidada es inversamente proporcional a la cantidad e importancia al tratamiento en curso.

Hay que darse cuenta, sin embargo, de que cuanto más crítica sea la situación al cliente, corre el riesgo de que sea mayor su ansiedad y su dolor, y se incrementa la necesidad que tiene del apoyo y de la comprensión de la enfermera.

Así pues, incluso en los momentos cruciales desde el punto de vista de los cuidados, la enfermera debería, preocuparse de cómo está viviendo el cliente la situación, y tener la preocupación constante de establecer con él una relación de ayuda.

En el curso de su trabajo junto al cliente, la persona que cuida debe comunicarse con él en múltiples circunstancias.

Debe hacerlo cuando llega al hospital; cuando realiza la entrevista para la recolección de datos; y en todo proceso la ejecución de los cuidados diarios, explicándole las rutinas de la unidad, informándole los tratamientos, de las exploraciones y de las intervenciones que ha de someterse; y finalmente, cuando el enfermo se marcha, prepararlo y proporcionarle todo lo que necesita.

Esta comunicación debe ser clara, eficaz y expresiva.

La comunicación verbal, no verbal y el tacto desempeñara aquí un papel importante.

La actitud de escuchar, el arte de hacer preguntas y responderlas, centrando la atención en el cliente, son algunas de las características de esta forma de comunicación, que ha de presidir los intercambios diarios entre la enfermera y el cliente.

Las diversas situaciones que experimenta el ser humano en el curso de su vida llevan a unos hacia una regresión y a otros a un crecimiento.

Un problema de salud, con todas las dificultades que los rodean, constituye un periodo de crisis, determinante para el individuo, ya que su desarrollo depende, en cierta medida, de lo que el haga frente a este problema o de lo que se hace por el para ayudarlo.

En estos momentos la persona más indicada para prestar ayuda es, sin duda alguna. La enfermera.

Esta forma de relación susceptible de ayudar a la persona en el proceso de su evolución, personal, de su desarrollo, es la relación de ayuda o la comunicación terapéutica.

Consiste en establecer un clima de confianza, de aceptación, de respeto y comprensión.

No consiste en aconsejar al cliente, sino en iluminarle y apoyarle en sus dificultades, aportarle el suficiente calor y comprensión para que él mismo pueda encontrar dentro de sí, fuerzas para volver a tomar las riendas de su propia vida.

SITUACIONES O REACCIONES DEL CLIENTE DURANTE LA EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS.

El estrés es un sentimiento de incomodidad de tensión que experimenta a persona frente a la vida.

Se presenta en forma aguda ante el dolor, el miedo, la inquietud, etc.

Sus manifestaciones físicas son importantes.

Puede ir desde una modificación ligera del pulso, de la respiración o de la tensión arterial, hasta una elevación muy significativa de los signos vitales.

La enfermera aprende a descubrir y evaluar el grado de intensidad de dichas manifestaciones, su presencia debe ofrecer seguridad al cliente, y su relación de ayuda puede ser un apoyo importante para la persona que tiene ansiedad.

El miedo se trata de un sentimiento que experimenta el sujeto ante el peligro de un daño físico o psicológico.

El dolor es un fenómeno con el que la enfermera se encuentra casi a diario en su trabajo.

Se trata de una sensación penosa percibida en uno o varios puntos del organismo.

Viene acompañado de reacciones psicológicas, de preocupaciones sociológicas e incluso, de interrogantes de carácter religioso o filosófico que pueda aumentar su intensidad.

La soledad es otro de los sentimientos que la enfermera encuentra en sus clientes.

El padecimiento, la enfermedad y la vejez no siempre son atractivos para los demás.

Los parientes y amigos de los enfermos se olvidan con demasiada frecuencia de la importancia que tiene su presencia para ellos.

La inmovilidad o la disminución de la actividad normal, puede ser muy difícil de aceptar y tolerar por una persona.

Este estado conduce, según su gravedad, a ciertos grados de dependencia que, además de múltiples repercusiones físicas, pueden afectar la percepción de la propia imagen y de la estima de sí mismo.

Así como estas dificultades la enfermera se puede encontrar con muchas más y ante todas, la enfermera cuenta con medios para actuar.

Naturalmente debe aplicar los tratamientos y los cuidados que puedan aliviar a la persona enferma y aportar un poco más de confort y de bienestar.

3.1.5. ETAPA DE EVALUACIÓN

“La evaluación como última fase del proceso de enfermería, se considera siempre en relación con la respuesta del cliente a la acción planificada.”²⁰

Puesto que las actuaciones enfermeras específicas se planean para resolver problemas del cliente, cualquier juicio relativo a la forma en que tales problemas se están resolviendo debe basarse en la situación presente de aquél.

En esta fase, el diagnóstico y los objetivos propuestos para la resolución de problemas se utilizarán como marco teórico para la evaluación, así pues, las consecuencias que producen en el cliente todas las acciones intelectuales interpersonales y técnicas, así como los cambios que se derivan de ellas, constituyen el objeto de la evaluación.

Por tanto, se ha de considerar la evaluación como la actividad intelectual que completa las otras fases del proceso, pues, indica el grado en que el diagnóstico y la intervención enfermera correspondiente han sido correctos.

En este sentido, y como objetivo de esta actividad, el profesional de enfermería determina si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o si necesita revisión.

Si el cliente no ha conseguido los objetivos, se dedicará a la resolución del problema para determinar cómo revisar el plan de cuidados.

Para facilitar esta labor, es interesante el planteamiento de preguntas tales como:

²⁰ J Hernández Conesa, M. Esteban Albert, Fundamentos de la Enfermería, Teoría y Método, Editorial MC Graw Hill, Interamericana, País, España, Año 2001, Pág., 138, 139.

1. Se consiguió el objetivo establecido en el plan de cuidados
2. Si la respuesta es no, eran adecuados los objetivos
3. Se resolvió el diagnóstico de enfermería
4. Si la respuesta es no, eran exactas las respuestas humanas y los factores relacionados del diagnóstico de enfermería
5. Eran adecuadas las actuaciones
6. Si la respuesta es no será necesario revisar el plan de cuidados

En ocasiones ocurre que el objetivo definido puede no ser ya aplicable debido a que los cambios en las circunstancias o el estado del paciente exigen un cambio en el plan de cuidados. En otros momentos, el cliente no consigue el objetivo porque el diagnóstico de enfermería no es exacto, aplicable o adecuado. Ante esta situación se debe revisar si dicho diagnóstico describe con precisión el estado del cliente, comparando las características definitorias asociadas al diagnóstico con los síntomas del cliente, que podremos comprobar utilizando las habilidades de valoración para obtener más datos. Cuando el diagnóstico de enfermería no se resuelve y se han revisado los objetivos, el profesional de enfermería debería revisar las actuaciones especificadas en el plan de cuidados y determinar por qué no fueron eficaces en el cuidado del cliente. El análisis meticuloso de los enfoques utilizados puede indicar estrategias alternativas que ayudarán al cliente a conseguir el objetivo.

3.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson, la quinta hija de una familia de ocho hermanos, nació en 1897 en Kansas (Missouri).

Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente.

Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y Psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Durante la primera guerra mundial, Henderson empezó a interesarse por la enfermería.

En 1918, ingreso en la Army School of Nursing de WASHINGTON DC.

Henderson tuvo una larga carrera como autora y como investigadora. Henderson murió en marzo de 1996 a la edad de 98 años.

Su definición de enfermería es conocida en todo el mundo y su trabajo continúa influyendo en la práctica, la enseñanza y la investigación enfermera en todo el mundo.

La primera vez que Henderson publicó su definición de enfermería fue en 1955 en la revisión de The Principles and Practice of Nursing.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la

realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

UTILIZACIÓN DE PRUEBAS EMPIRICAS

Henderson incorporó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de enfermería.

Sus conocimientos en estas áreas se basan en las enseñanzas de Stackpole y Thorndike durante la época que estudió en el Teachers College.

Henderson no especificó las teorías que Thorndike defendía; sólo dijo trataban sobre las necesidades básicas de los seres humanos.

A pesar de ello, en las 14 necesidades básicas de Henderson, que van desde las necesidades físicas hasta las psicológicas, puede observarse una correlación con la jerarquía establecida por Abraham Maslow.

Henderson no cita a este autor como fuente de influencia, pero describió su teoría de la motivación humana en la sexta edición de The Principles and Practice of Nursing en 1978.²¹

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como:

“La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”

Los elementos más importantes de su teoría son:

La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para alcanzar la muerte en paz.

²¹ Modelos y Teorías en enfermería, quinta edición, año 2003, impreso en España, Autores, Ann Martinez Tomey, Martha Raile Alligood, Editorial MMLL Mosby.

²² ww.terra.es/personal/suenas/teorias2.htm - 13k -

Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.²²

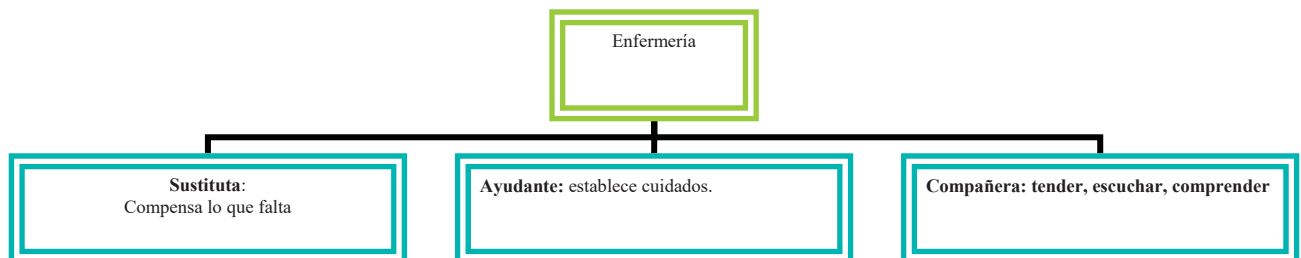
Habla del campo académico, investigador y clínico en la enfermería.

Se preocupa por las funciones de la enfermería y nuestra situación jurídica.

ENFERMERÍA

- ✓ Es la primera teoría.
- ✓ Cuida enfermos y sanos.
- ✓ Tiene que lograr mantener la salud, recuperarse de la enfermedad y lograr una **muerte tranquila**.
- ✓ Hace 14 necesidades.
- ✓ Debemos conocer las ciencias sociales, humanidades, entorno, prácticas religiosas y necesidades.

- ✓ **Plan cuidados escrito.**
- ✓ Tiene 3 niveles:



CAUSAS DE LA DEPENDENCIA

PERSONA

- ✓ Necesita asistencia para salud e **independencia**.
 - ✓ La persona **y la familia** son un todo.
 - ✓ Estamos influidos por cuerpo y mente.
 - ✓ Seres biológicos, sociológicos y espirituales.
 - ✓ Necesita independencia y la consigue con **fuerza de voluntad**.
-

ENTORNO

- ✓ No define.
- ✓ Implica a familia
- ✓ La sociedad espera mucho de nosotros.
- ✓ **Debemos evitar lesiones mecánicas.**
- ✓ Pueden afectar: edad, aire, inteligencia, temperatura y cultura.

SALUD

- ✓ Calidad de vida- capacidad del individuo
- ✓ Funciones con independencia.
- ✓ Fuerza de voluntad y conocimiento.
- ✓ **Debemos favorecer más la salud que cuidar al enfermo.**

CONCEPTO DE CUIDADO.

Suple el déficit de autonomía personal, para actuar de manera independiente, en la satisfacción de las necesidades, sustituimos lo que le falta al paciente.

- Necesidad: existe un problema.
- Independencia: nivel óptimo de satisfacer necesidades básicas.
- Dependencia: el estado del sujeto no esta desarrollado.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Son los que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función, actuando de manera independiente, **son cuidados individuales.**

Procesos:

- ✓ **Nivel de sustitución:** se sustituye al usuario en todo lo que no puede hacer por él mismo.
- ✓ **Nivel de acompañamiento:** a su lado, asesorándole.
- ✓ **Nivel de ayuda:** ayudas de manera puntual.

EQUIPO DE ATENCIÓN

Incluye al **paciente y a su familia**, modificando la participación en función de las condiciones de cada momento.

Tanto el paciente como la familia deben alcanzar el máximo nivel de independencia en el menor tiempo posible.

3.2.1 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

FISIOLÓGICAS:

- ❖ Respirar con normalidad.
- ❖ Comer y beber adecuadamente.
- ❖ Eliminar desechos del organismo.
- ❖ Movimiento y mantenimiento postura adecuada.
- ❖ Descansar y dormir.
- ❖ Seleccionar ropa adecuada.
- ❖ Mantener temperatura adecuada.

SEGURIDAD:

- ❖ Mantener higiene corporal.
- ❖ Evitar peligros del entorno.

ESTIMA:

- ❖ Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos, opiniones.

PERTENENCIA:

- ❖ Vivir según creencias.

AUTORREALIZACIÓN:

- ❖ Trabajar para sentirse realizado.
- ❖ Participar en formas de recreo y ocio.
- ❖ Estudiar, descubrir o satisfacer curiosidad para el desarrollo de la salud.

CUIDAR: Poner atención y solicitud en hacer algo, asistir o atender.

(Cuando una persona está limitada o incapacitada para asumir acciones que suponen sus cuidados necesita un cuidador).

El cuidar tiene tres aspectos:

- Teórico: modelos conceptuales.
- Perspectiva sociológica: profesión cuidar.

Perspectiva asistencial: ante los cambios de salud y procesos vitales.²³

²³ FALTA BIBLIOGRAFIA

3.3. MARCO TEORICO DE ESQUIZOFRENIA

HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA.

Psiquiatría.

Éste ha sufrido avatares terminológicos, políticos y científicos a lo largo del tiempo.

Nació como alienismo en medio de la Revolución Francesa, se transformó en medicina mental con el crecimiento del campo anatomoclínico y luego pasó francamente a ser psiquiatría con Kraepelin y Magnan.

Vemos que la psiquiatría (de: psyche = alma, iatréia = curación, iatros = médico), es una práctica teórica altamente tecnificada.

Actualmente se le considera la rama antropológica o humanista de la Medicina.

Según el diccionario de Littré, la psiquiatría es la parte de la medicina que trata de las enfermedades mentales, mientras que la neurología trata a las del sistema nervioso.

Según Jorge Sauri, la denominación nace en centroeuropa a mediados del siglo XIX, psicosis, psicopatía, sicopatología, psiquiatría crecen desde un centro creencial común, basado en la idea del progreso ilimitado y en el avance extraordinario de la ciencia experimental.

Para algunos, el término es utilizado por primera vez por Johann Cristian Reil en 1803.

Aquí, y ya en su origen, la psiquiatría toma como emblemática a la psicoterapia (terapias psíquicas, tratamiento moral, etcétera).

“La psiquiatría se ha definido como: Rama de la medicina, que se ocupa del estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos, entendiendo como tales tanto las enfermedades propiamente psiquiátricas como patologías psíquicas, entre las que se incluyen los trastornos de la personalidad”.²⁴

Para la mayoría de los autores, la psiquiatría es una rama de las ciencias médicas, cuyo carácter científico se alcanza a través de la sicopatología.

Según Jaspers por ejemplo, es una "práctica teórica", altamente sofisticada que en su esencia técnica es heteróclita, es decir, se vale de distintos procedimientos.

Desde el punto de vista teórico y más aún epistemológico, la psiquiatría es heterológica (Castilla del Pino).

²⁴ www.herrerros.com.ar/historia.htm - 6k -

Se debe a que siendo una rama de la patología médica, su "corpus" doctrinario es la psicopatología (y su aplicación práctica, la semiología propedeútica) siendo su objeto el ser humano en cuanto a la historia de su devenir, siempre sujeto social, ser social por antonomasia.

Dentro de lo dicho anteriormente se desprende que la psiquiatría entonces se maneja dentro de un amplio campo, en estrecha relación con: 1) la patología médica general, 2) la neurología, con la que comparte una base neurofisiológica cada vez más amplia 3) la psicología, principalmente en el área de Psicología médica y Psicopatología Clínica; y 4) la sociología, en la búsqueda de elementos psicopatógenos ambientales y sociales.

Todas ellas se diferencian claramente de la psiquiatría, pero todas a su vez, mantienen importantes conexiones con el cuerpo doctrinario de la misma.

ESQUIZOFRENIA

HISTORIA

Es difícil encontrar en los libros de historia de la psiquiatría los inicios de la esquizofrenia como una enfermedad diferente de las otras en las épocas remotas, ya que la nomenclatura y descripción empleadas, solo nos permiten encontrar síntomas que en la actualidad podrían corresponder a esta enfermedad.

Sin embargo, ha sido objeto de estudio por numerosos médicos, psicólogos, filósofos, sacerdotes y artistas a través del tiempo.

Ya en el año de **1400 A. C.** en el Ayur-Veda de la antigua India se describe una condición que podría corresponder a la actual esquizofrenia y para la que recomendaba "meditación" y "técnicas de encantamiento" para su tratamiento.

Durante la Edad Antigua y hasta el siglo XIX, no ocurre nada sobresaliente en el campo de la esquizofrenología.

En el año de 1856, Morel que fue un contemporáneo de Krepelin, introduce el término demencia precoz, para catalogar a un adolescente que era brillante activo y que luego se volvió aislado, apático y callado.

En el año 1868, se introduce el término catatonia para designar un cuadro clínico en el que predomina la tensión motora (muscular) y que posee dos fases:

- una estuporosa o inhibida (estupor cata tónico)
- y otra excitada (agitación cata tónica).

Es este mismo año que Sander introduce el término paranoia para catalogar a un grupo de personas en las que sobresalen sentimientos de ser perjudicados, maltratados, perseguidos o humillados.

En 1870, Hecker introduce el término hebefrenia para describir un cuadro de inicio en la adolescencia, en donde hay una perturbación mental y que irremisiblemente conduce al deterioro del individuo.

En 1896, Krepelin utiliza nuevamente el término demencia precoz y hace una descripción de esta condición mental cuya descripción aún tiene vigencia en la actualidad.

Pone de manifiesto su inicio temprano, su evolución hacia el deterioro y su oposición a la psicosis maniaco-depresiva en donde éste no existe: Identifica tres subgrupos:

- paranoide
- catatónica
- Hebefrénica.

En 1911, Bleuler introduce el término esquizofrenia para sustituir al de demencia precoz ya que éste se consideró inexacto porque no siempre conduce al deterioro y el mismo Krepelin aceptaba que un 13% se recuperaban.

Esquizofrenia significa mente dividida (mente escindida), poniendo un énfasis mayor en la fragmentación de la personalidad que en la evolución.

Para Bleuler la esquizofrenia era la enfermedad de cuatro fases:

- Autismo
- Ambivalencia,
- Asociaciones laxas y
- Efecto incongruente.

En 1933, Kasanin introduce el término esquizoafectivo para designar un grupo de esquizofrenias en las que además del trastorno formal de pensamiento, presentan alteraciones afectivas importantes tanto en el sentido de la manía como en el de la depresión.

En 1939, Langfeldt hace distinción entre proceso esquizofrénico que significa para él inicio temprano, una gran desorganización mental y un curso irremisible hacia el deterioro y la reacción esquizofrénica que consiste en un cuadro menos severo, con una personalidad premórbida más adecuada, mejor ajuste social y laboral y capaz de remitir parcial o totalmente sin conducir a un deterioro progresivo.

En 1949., Polatín introduce el término pseudoneurótica para designar un tipo de esquizofrenia en las que el trastorno del pensamiento no era tan sobresaliente, pero se mostraban con un frente de síntomas ansiosos que podían hacer pensar en una neurosis de ansiedad pero que no evolucionaban como ella.

En 1952 en la primera edición del "Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders de la Asociación Psiquiátrica Americana se clasifica a la esquizofrenia como "reacciones esquizofrénicas" y se incluyen los tipos:

- Simple
- tipo hebefrénico
- catatónico
- paranoide
- agudo indiferenciado
- crónico indiferenciado
- tipo esquizo-afectivo
- tipo infantil y tipo residual.²⁵

EZQUIZOFRENIA

“Es un trastorno mental corriente y grave caracterizado por la pérdida de contacto con la realidad (psicosis), presencia de alucinaciones (percepciones falsas), ideas delirantes (concepciones erróneas), pensamiento anormal, aplanamiento afectivo (restricción de la gama de emociones), abulia y deterioro de la actividad social y laboral del individuo”²⁶

Incidencia y Prevalencia de la Enfermedad

Hay aproximadamente 2 millones de nuevos casos reportados cada año en todo el mundo.

En países industrializados se hallan 16 a 28 nuevos casos cada 100.000 pacientes.

Las tasas de prevalencia parecen similares en todo el mundo, no pareciendo haber grandes diferencias cuantitativas entre diferentes culturas y países.

La prevalencia estimada se halla entre el 0,2 y el 2 % de la población.

Dicho de otro modo, asumiendo un 1 % de prevalencia de la enfermedad en nuestro país, debemos estimar unos 380.000 esquizofrénicos.

La esquizofrenia suele hacer su irrupción en la segunda década de la vida, pero se reportan episodios agudos en niños y adultos mayores.

Se discute en que medida la herencia juega un rol en el desarrollo de esta enfermedad.

En un extremo se ha visto que en los gemelos, si uno desarrolla la enfermedad el otro presenta mayor probabilidad de enfermar que la población general.

Pero aún en gemelos homocigotos la probabilidad de que ambos enfermen no es del 100 %.

²⁵ www.esquizo.com/modules.php?name=Sections&sop=viewarticle&artid=14 - 56k -

²⁶ Manual MERCK, 10ª edición del centenario.

Los hijos de pacientes esquizofrénicos tienen una probabilidad mayor de padecer la enfermedad que la población general, pero los hijos de ambos padres –

Esquizofrénicos no necesariamente enfermarán.

Estos datos (en permanente investigación) reflejan que la Esquizofrenia se desarrolla a partir de un terreno genéticamente preparado pero requiere la aparición de circunstancias vitales estresantes para su irrupción.²⁷

La prevalencia es similar para hombres y mujeres.

La edad álgida de comienzo se sitúa entre los 18 y los 25 años en hombres y los 26 a 45 en las mujeres.

Sin embargo, no es infrecuente el inicio de la enfermedad durante la infancia, principios de la adolescencia o últimas fases de la vida.

La notable influencia que ejerce la obra de Bleuler da lugar a que la Demencia Precoz fuera denominada Esquizofrenia.

Bleuler asoció la disociación de pensamientos, emociones y comportamientos a disociaciones o pérdidas de "la fábrica del pensamiento".

Bleuler mencionó cuatro Síntomas Fundamentales de la Esquizofrenia:

- Pérdida Asociativa (por la cuál los procesos del pensamiento devenían desordenados y desconectados)
- Embrutecimiento Afectivo (por la cuál la respuesta emocional a los estímulos externos e internos se volvía disminuida e inapropiada)
- Autismo (el que involucra un pensamiento peculiar y paulatinamente empobrecido con aislamiento del medio)
- Ambivalencia (lo que denota indecisión el tener pensamientos o sentimientos contradictorios y simultáneos)

Y dos síntomas accesorios:

- Alucinaciones
- Delusiones

Ya aceptada universalmente la expresión Esquizofrenia, corresponde a Kurt Schneider (1887-1967) la delimitación once síntomas positivos o productivos de la esquizofrenia. Entre estos síntomas se incluyen:

Alucinaciones Auditivas: voces o ruidos claramente audibles provenientes de "adentro de la cabeza". Estos toman la forma de pensamientos del usuario dichos en voz alta, comentarios, críticas, advertencias o insultos mortificantes sobre el paciente o sus acciones, o bien de voces que dialogan entre sí acerca del usuario.

²⁷ www.cofa.org.ar/esquizofrenia.htm - 34k -

Percepciones delusionales: son creencias fijas que están en conflicto con la realidad.

El usuario se vuelve inferencial o interpretativo, es decir todo lo que percibe tiene un gran significado o valor sobre sí.

Los sucesos cotidianos son interpretados como mensajes destinados al usuario.

Experiencias de alienación: son la sensación de que los propios pensamientos y sentimientos no le pertenecen, sino que provienen de una fuente externa o bien el paciente se ve forzado a sentir emociones ajenas.

Experiencias de influencia: son percepciones de que las acciones propias se hallan bajo influencia externa.

Experiencias de pasividad: es la sensación de que las propias acciones se hallan bajo control externo, cómo si fuera el usuario un muñeco.

Delusiones sobre los pensamientos: son la sensación de que los pensamientos son transmitidos, obtenidos o sacados de la mente del usuario.

En consonancia con eso, Strauss y otros propusieron en 1974 que la Esquizofrenia comprendía tanto síntomas positivos (que representan distorsiones activas del funcionamiento cerebral) y negativos (que representan la pérdida o disminución de las funciones cerebrales normales).

Hacia esa década la Organización Mundial de la Salud (OMS) instituyó un programa de estandarización de la clasificación de las Enfermedades incluyendo los desordenes mentales, que daría lugar a la Clasificación Mundial de las Enfermedades (cuya sigla en Inglés es ICD).

Paralelamente varios países desarrollan sus propios estándares de clasificación.

Estados Unidos preparó su Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

Ambos sistemas clasificatorios han sido varias veces revisados, hallándose en vigencia el ICD 10 y el DSM IV.

En nuestro medio, las clasificaciones ICD y DSM (esencialmente similares) son ampliamente aceptadas.

En los últimos 20 años, los resultados de la investigación básica y aplicada en Neurociencias han permitido que se considere a la Esquizofrenia como una patología compleja, con cuatro dimensiones involucradas y que aúnan las observaciones parciales que hemos considerado arriba.

Así se habla de que la Esquizofrenia incluye:

- a) Una dimensión de síntomas positivos
- b) Una dimensión de síntomas negativos
- c) Una dimensión de síntomas del humor
- d) Una dimensión de síntomas cognitivos.

La Esquizofrenia es una enfermedad crónica y compleja que incluye una constelación de síntomas.

Librada a su propia evolución produce un daño permanente en el usuario que se manifiesta en su capacidad de pensar, sentir y actuar adecuadamente.

Curso de la Enfermedad

Existen cuatro fases en el curso de la Enfermedad:

Fase Prodrómica: Puede ser evidente o no para el usuario o los demás.

Sus manifestaciones son sutiles y pueden variar entre días o años.

Se caracterizan por aislamiento social, cambios en el comportamiento o en la respuesta emocional a estímulos.

Fase Aguda: Está marcada por severos síntomas psicóticos.

Habitualmente requiere medicación y/o hospitalización.

Cuando esta fase aparece más de una vez en el transcurso de la Enfermedad, se habla de fase de Reagudización.

Fase de Continuación: En este período, que puede abarcar más de seis meses desde el comienzo o brote de la Enfermedad, se produce el decremento en gravedad de los síntomas.

Fase de Estabilización: Durante esta fase los pacientes pueden estar asintomáticos o exhibir síntomas tales como tensión, irritabilidad, depresión, síntomas negativos y de deterioro cognitivo.

La mayor parte de los pacientes alternan episodios agudos y estables con remisión parcial o total.

Es habitual que el paciente esquizofrénico experimente síntomas residuales entre los brotes.

La completa curación de la enfermedad es, actualmente, un resultado no esperable dentro de la evolución.

Se han identificado predictores asociados con mejor pronóstico para los pacientes esquizofrénicos:

- Comienzo agudo
- Comienzo a edad adulta o mayor
- Género femenino
- Eventos precipitantes identificables
- Duración breve de los síntomas de fase aguda
- Buen funcionamiento ínter crisis
- Ausencia de anomalías cerebrales estructurales
- Falta de Historia familiar de Esquizofrenia.

TRATAMIENTO PARA LA ESQUIZOFRENIA.

Medicamentos antipsicóticos.

Las personas con esquizofrenia casi siempre necesitan medicamentos para controlar sus síntomas psicóticos. Los medicamentos usados para tratar la esquizofrenia se denominan medicamentos antipsicóticos.

“La palabra antipsicótico. Significa algo que bloquea o detiene los síntomas psicóticos”.²⁹

Los medicamentos antipsicóticos ayudan a controlar las alucinaciones, los delirios, y algunos de los problemas de pensamiento que forma parte de la enfermedad.

Los medicamentos antipsicóticos afectan a los componentes químicos del cerebro que están desequilibrados y que causan los síntomas psicóticos.

Es importante recordar que a menudo las personas con esta enfermedad necesitan probar diferentes tipos de medicamentos antipsicóticos antes de que encuentren el medicamento, o combinación de medicamentos, que les haga mayor efecto.

Existen dos tipos de medicamentos antipsicóticos: los antipsicóticos convencionales y los antipsicóticos atípicos.

Medicamentos antipsicóticos convencionales.

Este tipo de medicamentos se han usado durante mucho tiempo. El más antiguo se ha usado desde los años cincuenta.

Estos medicamentos ayudan a corregir problemas en los componentes químicos cerebrales bloqueando algunos de los efectos de la dopamina en el cerebro.

Aunque los medicamentos antipsicóticos convencionales son eficaces a la hora de controlar los síntomas positivos de la esquizofrenia, tiene más probabilidad de causar efectos secundarios motores, como temblores o rigidez.

Estos efectos secundarios motores, llamados síntomas extrapiramidales (SEP), pueden suponer un grave problema.

²⁹ Dr. Peter J. Weiden . Recursos Para Comprender La Terapia y El Tratamiento de la Esquizofrenia. Pág. 16-17-18-19-20-21-22-23-24. Año. 2005. Impreso en México. Editorial Interamericana.

A causa de estos efectos secundarios, generalmente los médicos recomiendan usar primero uno de los medicamentos antipsicóticos más nuevos.

Medicamentos antipsicóticos atípicos.

El tratamiento de la esquizofrenia ha mejorado extraordinariamente con un grupo de antipsicóticos más nuevos que a menudo se denominan medicamentos antipsicóticos atípicos.

Estos medicamentos se llaman atípicos porque funcionan de forma diferente a los medicamentos convencionales.

Los medicamentos antipsicóticos atípicos afectan a dos transmisores diferentes en el cerebro. Afectan la dopamina, al igual que los medicamentos convencionales, y también afectan a la serotonina.

Este tipo de medicamentos tienen menos probabilidad de causar efectos secundarios motores que pueden ser un problema con los medicamentos antipsicóticos convencionales.

Los medicamentos atípicos pueden ser también mas útiles para controlar los síntomas negativos (por ejemplo, falta de energía e interés, retraimiento social) y los síntomas cognoscitivos (por ejemplo, problemas para prestar atención, concentrarse y recordar) que los medicamentos antipsicóticos convencionales.

Existen cinco antipsicóticos atípicos disponibles actualmente. Aunque todos ellos forman parte de la misma categoría, pero no todos son iguales.

Se ha visto que todos son eficaces, lo importante es pedirle al medico que aquel medicamento que prescriba cause menos efectos secundarios, tales como obesidad, diabetes, o colesterol alto.

Terapia y rehabilitación

Además de los medicamentos, algunos tipos de terapias conversacionales y programas de rehabilitación pueden ayudar a que las personas con esquizofrenia mejoren.

Asimismo, cuanto mas sepan los familiares sobre la enfermedad, mejor podrán entender los que le esta pasando a su persona querida y podrán ayudarle mejor a controlar los síntomas y los medicamentos.

A medida que se mejoran, las personas con esquizofrenia a menudo se pueden beneficiar de terapia de conserjería, que proporcionan apoyo emocional y les ayuda a aprender a afrontar su enfermedad.

Asistencia y apoyo

A menudo las personas con esquizofrenia necesitan ayuda para encontrar maneras de pagar sus medicamentos, obtener una pensión de incapacidad, o un lugar donde vivir.

Cuando están más enfermos, puede que necesiten ayuda con actividades diarias como cocinar, hacer las compras, asearse, lavar la ropa y administrar el dinero.

A veces las personas con esquizofrenia se resisten a obtener esta ayuda, quizás por vergüenza u orgullo. Sin embargo, recibir ayuda forma parte del tratamiento al igual que tomar los medicamentos o ir a terapia conversacional.

Efecto del tratamiento

A menudo los síntomas positivos empiezan a mejorar bastante rápido después de que la persona empieza a tomar los medicamentos antipsicóticos.

Cuando los síntomas positivos mejoran, puede que las personas con esquizofrenia puedan terminar sus estudios, conseguir un trabajo y vivir independientemente.

Es importante recordar que las mejoras con los medicamentos pueden ocurrir poco a poco. Si una persona a estado enferma durante un largo periodo de tiempo tardara un tiempo en volver a las actividades que hacia antes. La espera puede ser frustrante. Cuando las personas empiezan a sentirse mejor por los medicamentos que están tomando, a menudo se apresuran a recuperar el tiempo perdido.

Pero no es recomendable tratar de hacerlo todo muy rápido, ya que demasiado estrés puede aumentar las probabilidades de enfermarse de nuevo (recaída).

La importancia de seguir el programa de tratamiento

Muchas personas con esquizofrenia no se dan cuenta de que padecen una enfermedad y que necesitan tratamiento esto forma parte de su enfermedad. A las personas les cuesta comprometerse a tomar los medicamentos si no creen que estén experimentando síntomas ni padeciendo una enfermedad. De alguna manera, puede que le resulte todavía más difícil tomar los medicamentos para prevenir los síntomas.

No tomarse los medicamentos tal como se han preescrito (incumplimiento) es un problema muy común entre las personas con esquizofrenia. Pero tomarse los medicamento antipsicóticos es la cosa mas importante que puede hacer para mejorar y mantenerse bien.

COMO CONTROLAR LOS EFECTOS SECUNDARIOS

Se debe de comentar al medico los efectos secundarios que le molestan. Si desea dejar de tomar los medicamentos a causa de estos efectos secundarios, no lo mantenga en secreto.

Puede que sufra efectos secundarios de abstinencia producidos por el abandono de los medicamentos, y estos pueden ser un gran problema. Muchos de estos efectos se pueden tratar y existe una buena probabilidad de que su medico pueda hacer algo al respecto.

Algunos de los efectos secundarios de los medicamentos antipsicóticos más comunes incluyen:

- ❖ Sentirse cansado y sedado.
- ❖ Rigidez o pesadez en los músculos de los brazos y de las piernas.
- ❖ Temblores en las manos.
- ❖ Movimientos incontrolables de la lengua o de la boca.
- ❖ Sentirse intranquilo o tener dificultad para permanecer quieto.
- ❖ Disminución del apetito sexual.
- ❖ Sentirse triste.
- ❖ Aumento de peso.

Como prevenir una recaída

- Continué tomando los medicamentos.
- Coopere con el equipo de tratamiento y manténgalo informado.
- Aprenda lo máximo posible acerca de la enfermedad.
- Reduzca el estrés.
- Pida ayuda especial si la necesita.

Las primeras señales de advertencia de una recaída.

Es importante reconocer las señales de aviso. A menudo algunos tipos de problemas señalan una posible recaída.

Cada persona es diferente y cada persona puede tener distintas señales de aviso.

Algunas de las primeras señales de aviso de una posible recaída se enumeran a continuación:

- ✓ Tener dificultad para dormir
- ✓ Sentirse ansioso, preocupado o asustado sin poder entender por qué.
- ✓ Tener problemas para pensar claramente, acordarse de cosas o concentrarse.
- ✓ Perder interés en los demás o hacer actividades.
- ✓ Sentirse de mal humor o irritable sin ninguna razón aparente.

CASO CLINICO

Se trata de una usuaria del género femenino, de 24 años de edad, originaria de Oaxaca y residente de esta ciudad de Morelia Michoacán.

Usuaria dedicada al hogar, casada, actualmente separada por problemas mentales, vive con sus papas y una hija de 8 meses, en casa tipo urbano que cuenta con todos los servicios.

Es una usuaria diagnosticada de esquizofrenia, que ingresa de forma involuntaria en el Hospital Psiquiátrico Dr. José Torres Orozco.

Desde hace 13 años ha sido ingresada en varias instituciones psiquiátricas del estado, presentando en general, una mala respuesta a los tratamientos.

En la actualidad presenta aplanamiento afectivo, discurso lento y distorsionado y abandono de hábitos de higiene y del tratamiento, alucinaciones auditivas...

Durante su ingreso en la unidad se observa confundida, sin conciencia de enfermedad, aislada de sus compañeras y el personal.

No muestra mucha colaboración con el régimen terapéutico y se torna renuente a realizar cualquier actividad en la unidad.

IV. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA A UNA USUARIA CON ESQUIZOFRENIA

VALORACIÓN

VALORACIÓN GENERAL:

Femenina de 24 años de edad, separada. Actualmente vive con sus padres y su hija en Morelia Michoacán.

Ingresa a la Unidad de sección mujeres del Hospital Psiquiátrico Dr. José Torres Orozco, el 8 de agosto del 2006, Viene acompañada por sus padres.

Antecedentes familiares:

Su tía abuela tiene la enfermedad de Alzheimer. No se conocen más antecedentes familiares destacables.

Antecedentes personales:

Sonia está diagnosticada de esquizofrenia paranoide, los antecedentes indican que los síntomas se iniciaron más notables tras el nacimiento de su hija (empieza a hablar sola y dice que puede leer el pensamiento de los demás).

Desde marzo de 1998 presenta episodios ocasionales. En agosto del 2000 realiza varias fugas de su domicilio.

El último ingreso fue en esta unidad el 23 de marzo del 2005.
Hace un año (antes del nacimiento de su hija).

Problema actual:

Diagnosticada de un trastorno esquizotípico de varios años de evolución.

Actualmente presenta un abandono de hábitos sociales, aseo, aplanamiento afectivo, clínica alucinatoria y mala respuesta a tratamientos psicofarmacológicos (abandono en varias ocasiones).

Exploración física:

Buen aspecto general, su función motora es buena.

T. A: 110/65 mm Hg; F. C: 72 Lat. /min; T^a: 36.7 °C; F. R: 16 resp./min; peso: 55 kg; talla: 1.62 m.

Fuma unos 2 cigarrillos al día, no bebe y no tiene alergias conocidas.

VALORACIÓN POR NECESIDADES SEGUN VIRGINIA HENDESON:

1.- Necesidad de oxigenación

La respiración tiene un ritmo y amplitud normal. F. R: 16 resp/min.

T. A: 110/65 mm Hg. F. C: 72 Lat. /min. Pulso rítmico.

Piel y mucosas bien hidratadas y coloreadas. Fuma unos 2 cigarrillos diarios desde hace 16 años. No presenta edemas ni varices.

2.- Necesidad de nutrición e hidratación

Peso: 55 Kg.

Talla: 1.62 m.

No existen evidencias de deshidratación. Signo del pliegue negativo.

Realiza una dieta normal de 3 comidas diarias (desayuno, comida, cena).

Bebe aproximadamente 1.5 - 2 litros de agua al día. No suele tomar bebidas alcohólicas ni café y no presenta intolerancia a ningún alimento.

Habitualmente come con sus padres y su hija. Su madre se encarga de comprar y de hacer la comida.

No presenta dificultad de masticación ni deglución.

3.- Necesidad de eliminación

Su hábito intestinal es adecuado (cada 24 - 48 h). Heces de aspecto y consistencia normal.

Su frecuencia urinaria es de 4 - 5 veces al día.

No presenta incontinencia fecal ni urinaria, ni ningún otro problema relacionado.

Sudoración cutánea normal. Menstruación normal.

4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Tiene autonomía total para moverse, aunque su modo de andar es lento y decaído.

Su expresión facial es inadecuada. Presenta además incoordinación e inhibición de movimientos.

No hace ejercicio ni practica ningún deporte, manifestando desinterés por las actividades recreativas.

5.- Necesidad de descanso y sueño

Suele dormir 3 - 4 horas y nunca duerme la siesta. El sueño es interrumpido, se despierta varias veces durante la noche (3 ó 4) y después tiene dificultad para quedarse dormida.

Tiene historia anterior de insomnio que fue tratado con fármacos.

6. - Necesidad de vestirse adecuadamente

Presenta autonomía parcial para vestirse debido a su dificultad para obtener y sustituir la ropa.

Su aspecto es descuidado y no le da importancia a la forma de vestir.

7.- Necesidad de termorregulación

Temperatura corporal y sudoración cutánea son normales. Tª: 36.7 °C.

Refiere adaptarse bien a los cambios de temperatura ambiente.

8. - Necesidad de higiene y protección de la piel

El aspecto de su piel es bueno, con coloración e hidratación adecuada.

Se ducha cada tercer día, aunque presenta dificultad para lavarse algunas partes del cuerpo. También presenta dificultad para manejar algunos útiles de higiene.

Su pelo está limpio, pero sin peinar y sus uñas largas y descuidadas.

9.- Necesidad de evitar los peligros

Está desorientada en espacio y tiempo y no reconoce a personas significativas de su entorno. Se encuentra confusa y distraída y sólo sigue instrucciones (aunque de manera imprecisa), siendo incapaz de iniciar una actividad por iniciativa propia. Presenta alteraciones perceptivas de tipo auditivo “oigo lo que piensan los demás”. No tiene alergias conocidas. No piensa en dejar de fumar y no muestra preocupación por los riesgos que supone el consumo del tabaco.

10.- Necesidad de comunicarse y sexualidad

No es capaz de establecer una conversación fluida, contestando mejor a preguntas cerradas. Se expresa de manera desorganizada y el contenido es distorsionado. Su lenguaje es lento y escaso mostrando durante todo la entrevista un tono tranquilo. Su humor es generalmente apático.

Vive acompañada de sus padres y su hija y no mantiene relación con personas de su entorno (vecinos, amigos...). Está separada desde hace 7 meses y no se habla con su marido.

No tuvo problemas durante el embarazo ni el parto.

11.- Necesidad de vivir según creencias y valores

Se define como católica y tiene creencias religiosas.

12.- Necesidad de trabajar y realizarse

No trabaja fuera de casa, por lo que a veces realiza las tareas de la casa. Su situación económica es buena.

Sus padres toman las decisiones en la familia, ya que actualmente no tiene capacidad de resolución de problemas.

13.- Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas

Presenta una pérdida de interés por las actividades recreativas y un notable empobrecimiento en sus habilidades y funciones, tanto mentales como motoras. Además dice: “antes me gustaba leer pero ahora ya no me apetece”.

14.- Necesidad de aprendizaje

No muestra interés y parece indiferente ante todo tipo de información (incluido su problema de salud). Presenta alteración de la capacidad de retención y dificultad para aprender conceptos nuevos.

También tiene dificultad para recordar hechos pasados y realizar habilidades previamente aprendidas.

ETAPA DE DIAGNOSTICO

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE REAL.

- 🚦 Esquizofrenia secundaria a factores genéticos, manifestada por alucinaciones auditivas y visuales, confusión, desorientación, facilidad de distracción, incapacidad para resolver problemas, aislamiento, insomnio, ansiedad, lenguaje escaso y desorganizado.

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE DE RIESGO.

- Riesgo de suicidio secundario a esquizofrenia.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA REAL No. 1

- 🚦 Manejo inefectivo del régimen terapéutico, relacionado con la no aceptación al tratamiento, manifestado por una falta de seguimiento en el tratamiento y cuidados, falta de atención de la enfermedad y presencia de complicaciones.

Manejo inefectivo del régimen terapéutico/persona/familiar/comunidad:

DEFINICION: La persona, familia o comunidad no siguen en forma satisfactoria los cuidados o tratamientos para el logro de objetivos relacionados con la salud.

DIAGNOSTICO REAL DE ENFERMERIA No 2

- 🚦 Déficit de auto cuidado: baño / higiene, relacionado con problemas en la movilidad y fuerza física, deterioro cognitivo perceptual y alteraciones emocionales, manifestado por dificultad para realizar prácticas higiénicas e higiene personal insuficiente.

Déficit de autocuidados: baño/ higiene

DEFINICION: Estado en que la persona experimenta un deterioro de la habilidad para realizar o completar por si misma las actividades de baño/ higiene.

DIAGNOSTICO REAL DE ENFERMERIA No 3

Conflicto del rol parental, relacionado con separación del niño por hospitalización y tratamientos, manifestado por alteraciones en el funcionamiento familiar y sentimientos de culpa.

Conflicto del rol parental

DEFINICIÓN: Estado en que el padre/ la madre experimenta confusión del rol y conflicto en respuesta a una crisis.

DIAGNOSTICO REAL DE ENFERMERIA No 4

Fatiga, relacionada con falta de energía, enfermedades y uso de medicamentos, manifestado por expresión de falta de energía, incapacidad para realizar actividades diarias, dificultad para concentrarse, desinterés, trastornos emocionales y tendencia a los accidentes.

Fatiga

DEFINICIÓN: Estado en que un individuo experimenta una sensación abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DE RIESGO No 5.

Riesgo de intolerancia a la actividad secundario a enfermedad crónica y efectos de medicamentos.

Riesgo de intolerancia ala actividad.

DEFINICIÓN: Estado en que una persona está en riesgo de experimentar una falta de energía psicológica para tolerar o completar las actividades requeridas o deseadas.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DE RIESGO No 6

Riesgo de traumatismo secundario a problemas mentales

Riesgo de traumatismo.

DEFINICIÓN: Estado en el que un individuo tiene un mayor riesgo de lesión hística accidental asociada a factores internos y externos.

ETAPA DE PLANEACION

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE REAL.

Esquizofrenia secundaria a factores genéticos, manifestada por alucinaciones auditivas y visuales, confusión, desorientación, facilidad de distracción, incapacidad para resolver problemas, aislamiento, insomnio, ansiedad, lenguaje escaso y desorganizado.

OBJETIVO

La usuaria mejorará sus funciones mentales.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

- ❖ Esquema de medicamentos: haloperidol (haldol 10mg vía oral- 6-14-22 hrs), Carbamazepina (tegretol 200mg vía oral 6-14-22hrs), zypasidona (geodon 80mg vía oral 14 hrs) risperidona (risperdal 2mg vía oral –10-22 hrs), clonazepam (rivotril, 2mg vía oral - 22hrs).
- ❖ Charla de 30 minutos en relación a su enfermedad a las 12:30 del día (lunes, miércoles y viernes).
- ❖ Medicamento de deposito (piportil 25mg, cada día primero de mes).
- ❖ Terapia recreativa (básquet- boll) de 16-17 hrs, dos veces por semana (martes y jueves).
- ❖ Vigilar siestas.
- ❖ Terapia ocupacional pintar cerámica los viernes de 13 a 14 hrs.
- ❖ Elaborar un rompecabezas, lunes 11 horas.

Criterios de resultados.

En 4 días se observaran cambios en las funciones mentales de la usuaria.

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE DE RIESGO.

Riesgo de suicidio secundario a esquizofrenia.

OBJETIVO

La usuaria disminuirá el riesgo de suicidio.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

- ❖ Técnica de lluvia de ideas en relación a la esquizofrenia, miércoles de 14:30-15hrs.
- ❖ Vigilancia estrecha.
- ❖ Elaborar rosarios, en un transcurso de una hora, lunes de 17-18hrs.
- ❖ Colocar en su lugar objetos punzo cortantes como, cuchillos, tijeras, navajas, agujas, u otros objetos que puedan causar un peligro para la usuaria, como hilos, lazos, pintura al finalizar la terapia, levantar todo lo que se uso.
- ❖ Jugar básquet boll, en la cancha del hospital por un tiempo de una hora, martes de 15-16 horas.
- ❖ Acudir a sección hombres a convivir con los demás usuarios en un espacio de 25 minutos, sábado a las 17 horas.

Criterios de resultados.

En una semana la usuaria disminuirá el riesgo se suicidio

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA REAL No. 1

Manejo inefectivo del régimen terapéutico, relacionado con la no aceptación al tratamiento, manifestado por una falta de seguimiento en el tratamiento y cuidados, falta de atención de la enfermedad y presencia de complicaciones.

OBJETIVO:

La usuaria mejorará el manejo de su régimen terapéutico.

PLANEACION DE CUIDADOS:

- ❖ Técnica lluvia de ideas en relación ala esquizofrenia, domingo 12hrs.
- ❖ Charla acerca de la importancia que tiene que los usuarios no abandonen el tratamiento, lunes de 8-9 hrs., en el área de consulta externa por medio de rotafolios, folletos.
- ❖ Visitas periódicas por parte de la familia, lunes de 15-17hrs.
- ❖ Brindar a la usuaria cariño, comprensión y paciencia en los momentos de la visita.
- ❖ Esquema de medicamentos: haloperidol (haldol 10mg vía oral- 6-14-22 hrs), Carbamazepina (tegretol 200mg vía oral 6-14-22hrs), zyprasidona (geodon 80mg vía oral 14 hrs) risperidona (risperdal 2mg vía oral –10-22 hrs), clonazepam (rivotril, 2mg vía oral - 22hrs).
- ❖ Incentivar a la usuaria para que recuerde que tiene indicados medicamentos a la 6-10-14-22, así como su número de kardex 14.
- ❖ Lectura acerca de los efectos de los fármacos, martes 20-20:30 hrs.

Criterios de resultados

En una semana la clienta mejorara notablemente el manejo de su régimen terapéutico, y la familia conocerá la importancia del mismo en el periodo mencionado.

DIAGNOSTICO REAL DE ENFERMERIA No 2

Déficit de auto cuidado: baño/ higiene, relacionado con problemas en la movilidad y fuerza física, deterioro cognitivo perceptual y alteraciones emocionales, manifestado por dificultad para realizar prácticas higiénicas e higiene personal insuficiente.

OBJETIVO

La usuaria mejorará sus condiciones de higiene.

PLANEACION DE CUIDADOS

- ❖ Incentivar una participación adecuada por parte de la usuaria, en todas las actividades relacionadas con el auto cuidado.
- ❖ Evaluar la capacidad de participación en cada actividad de auto cuidado, como peinarse, cepillares los dientes, elegir la ropa adecuada ala época.
- ❖ Proporcionarle seguridad en el cuarto de baño (alfombras, antideslizantes, barra para agarrarse), explicándole como protegerse al salir de regadera cubrirse perfectamente, utilizar chancletas.
- ❖ Baño diario a las 10 de la mañana.
- ❖ Fomentar la independencia en el vestido mediante la practica continua y sin ayuda, después de tres días que lo haya realizado con ayuda.

Criterios de resultados

La usuaria realizara sin ayuda las acciones relacionadas con su autocuidado e higiene en un transcurso de tres días.

DIAGNOSTICO REAL DE ENFERMERIA No 3

Conflicto del rol parental, relacionado con separación del niño por hospitalización y tratamientos, manifestado por alteraciones en el funcionamiento familiar y sentimientos de culpa.

OBJETIVO

La usuaria mejorará el rol parental.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

- ❖ Escuchar a la usuaria y observar su expresión facial, gestos, posición del cuerpo y tono de voz cuando habla acerca de su hija.
- ❖ Ofrecer apoyo cuando habla.
- ❖ Terapia de relajación (imaginería), domingo de 11-12 hrs.
- ❖ Película cuidados de los lactantes, sábado de 14-15 hrs.
- ❖ valorar el grado de impregnación de La usuaria y avisar al medico para que valore la necesidad de modificar las indicaciones.
- ❖ Charla para los familiares de la usuaria en relación a los riesgos que corre la menor al lado de la madre, jueves 8-9 hrs., en el área de visita.

Criterios de resultados

La clienta conocerá y comprenderá la importancia de desempeñar su rol con responsabilidad, durante su estancia en el hospital.

DIAGNOSTICO REAL DE ENFERMERIA No 4

Fatiga, relacionada con falta de energía, enfermedades y uso de medicamentos, manifestado por expresión de falta de energía, incapacidad para realizar actividades diarias, dificultad para concentrarse, desinterés, trastornos emocionales y tendencia a los accidentes.

OBJETIVO

La usuaria disminuirá la falta de energía.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

- ❖ Se colocará a la usuaria en decúbito supino, para que se relaje y realice la técnica de imaginación, se indicará a la usuaria que evoque una escena imaginaria, que tenga algún valor de tranquilidad como estar en una playa al sol, caminando junto a un río etc. (cada tercer día de 7:30 – 8 hrs.)
- ❖ Conversar con la usuaria para hacerle sentir que es importante y nos interesa su persona.
- ❖ Jugar dominó, acudiendo a sección hombres por un periodo de una hora, bajo supervisión el día sábado y domingo de 18-19-hrs.
- ❖ Vigilar siestas
- ❖ No deambulará durante la noche.
- ❖ vigilar las horas de los alimentos 9-14-19hrs diariamente.
- ❖ Caminata de 20 minutos alrededor del patio cada tercer día de 7-7:20 hrs. (martes, jueves y sábado).

Criterios de resultados

La usuaria en el transcurso de 5 días aumentará su energía.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DE RIESGO No 5

Riesgo de intolerancia a la actividad secundaria a enfermedad crónica y efectos de medicamentos.

OBJETIVO

La usuaria disminuirá el riesgo de intolerancia a la actividad.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

- ❖ Jugar boli boll en las canchas del hospital de 16-17hrs (martes).
- ❖ caminata alrededor del patio por un periodo de 20 minutos cada tercer día (martes, jueves y sábado de 7-7:20 hrs.)
- ❖ Actualizar indicaciones médicas diariamente.
- ❖ Siesta de 16-17 hrs, el miércoles.

Criterios de resultados

En una semana la usuaria disminuirá el riesgo de intolerancia ala actividad.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DE RIESGO No 6

Riesgo de traumatismo secundario a alteraciones mentales.

OBJETIVO

La usuaria disminuirá el riesgo de traumatismo.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

- ❖ Caminar por lugares seguros, y en horarios flexibles en todo momento.
- ❖ Uso de chancletas a la hora del baño.
- ❖ Retirar aretes, anillos, pulseras, cadenas, durante el baño
- ❖ Caminar por las banquetas y no por media calle al alta.
- ❖ Dormir en la cama y no en el piso.
- ❖ Al levantarse usar las pantunflas.
- ❖ No andar corriendo bajo la lluvia.
- ❖ Comer despacio y masticar bien la comida.

Criterios de resultados.

Durante la estancia hospitalaria la usuaria llevara ala práctica los cuidados para disminuir los riesgos de traumatismo, y al alta continuara realizándolo en observación por la familia.

ETAPA DE EJECUCIÓN

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE REAL.

Esquizofrenia secundaria a factores genéticos, manifestada por alucinaciones auditivas y visuales, confusión, desorientación, facilidad de distracción, incapacidad para resolver problemas, aislamiento, insomnio, ansiedad, lenguaje escaso y desorganizado.

EJECUCIÓN:

- ❖ Ocho de agosto, haldol 10mg vía oral- 6-14-22 hrs., tegretol 200mg vía oral 6-14-22hrs, geodon 80mg vía oral 14 hrs. risperdal 2mg vía oral –10-22 hrs., rivotril, 2mg vía oral - 22hrs.
- ❖ Charla en relación a su enfermedad a las 12:30 del día.
- ❖ Medicamento de deposito piportil 25mg.
- ❖ Terapia recreativa (básquet- boll) de 16-17 hrs.,
- ❖ Vigilar siestas.
- ❖ Terapia ocupacional pintar cerámica 13 a 14 hrs.
- ❖ Elaborar un rompecabezas, 11 horas.

OBSERVACIONES:

La usuaria se mostraba confusa y desinteresada al realizar las actividades el primer día, no se llevó acabo la terapia de básquet boll, ya que tenía ansiedad y prefirió, quedarse en el patio, a la toma de medicamentos los aceptó con insistencia y asistencia, ya que continúa sin conciencia de su enfermedad, durante la charla participó pero de manera incoherente e incongruente.

EVALUACIÓN:

El objetivo se cumplió parcialmente y continúa con el mismo plan.

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE DE RIESGO.

Riesgo de suicidio secundario a esquizofrenia.

EJECUCIÓN:

- ❖ 9 de agosto, Técnica de lluvia de ideas en relación a la esquizofrenia 14:30-15hrs.
- ❖ Vigilancia estrecha.
- ❖ Elaborar rosarios, de 17-18hrs.
- ❖ Colocar en su lugar objetos punzo cortantes como, cuchillos, tijeras, navajas, agujas, u otros objetos que puedan causar un peligro para la usuaria, como hilos, lazos, pintura al finalizar la terapia, levantar todo lo que se uso.
- ❖ Jugar básquet boll, en la cancha del hospital de 15-16 horas.
- ❖ Acudir a sección hombres a convivir con los demás usuarios.

OBSERVACIÓN:

Cuando se comenzó con la charla por un instante la usuaria se observaba distraída pero posterior a ello concentró su atención y mostró un poco de interés por participar, al realizar los rosarios, se mostraba coherente y colocaba la cantidad de bolitas en el hilo de acuerdo al número indicado, hoy si fue posible salir a las canchas para jugar básquet boll, y se observo contenta y participativa.

EVALUACIÓN:

El objetivo se logró completamente y continúa sin cambiar el plan.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA REAL No. 1

Manejo inefectivo del régimen terapéutico, relacionado con la no aceptación al tratamiento, manifestado por una falta de seguimiento en el tratamiento y cuidados, falta de atención de la enfermedad y presencia de complicaciones.

EJECUCIÓN:

- ❖ Técnica lluvia de ideas en relación ala esquizofrenia 12hrs.
- ❖ Charla acerca de la importancia que tiene que los usuarios no abandonen el tratamiento, 18-9 hrs., en el área de consulta externa por medio de rotafolios, folletos.
- ❖ Visitas periódicas por parte de la familia.
- ❖ Brindar a la usuaria cariño, comprensión y paciencia en los momentos de la visita.

- ❖ Haldol 10mg vía oral- 6-14-22 hrs., tegretol 200mg vía oral 6-14-22hrs, geodon 80mg vía oral 14 hrs. risperdal 2mg vía oral –10-22 hrs., rivotril, 2mg vía oral - 22hrs.
- ❖ Incentivar a la usuaria para que recuerde que tiene indicados medicamentos a la 6-10-14-22, así como su número de kardex 14.
- ❖ Lectura acerca de los efectos de los fármacos, martes 20-20:30 hrs.

OBSERVACIONES:

En el momento de disponernos a comenzar con la charla, la usuaria comentó que nos quería contar todo lo que ella sentía, así estuvo muy participativa el resto de la plática, se mostraba concentrada y con conciencia de enfermedad, los familiares cuestionaron acerca de los efectos de los fármacos y la importancia del porque no abandonar el tratamiento, cuando acudían ala visita se observaban pacientes con la usuaria y muy cariñosos.

EVALUACIÓN:

El objetivo se logró completamente y se continúa con el mismo plan.

DIAGNOSTICO REAL DE ENFERMERIA No 2

Déficit de auto cuidado: baño/ higiene, relacionado con problemas en la movilidad y fuerza física, deterioro cognitivo perceptual y alteraciones emocionales, manifestado por dificultad para realizar prácticas higiénicas e higiene personal insuficiente.

EJECUCIÓN:

- ❖ 10 de agosto, Incentivar una participación adecuada por parte de la usuaria, en todas las actividades relacionadas con el auto cuidado.
- ❖ Evaluar la capacidad de participación en cada actividad de auto cuidado, como peinarse, cepillares los dientes, elegir la ropa adecuada ala época.
- ❖ Proporcionarle seguridad en el cuarto de baño (alfombras, antideslizantes, barra para agarrarse), explicándole como protegerse al salir de regadera cubrirse perfectamente, utilizar chancletas.
- ❖ Baño diario a las 10 de la mañana.
- ❖ Fomentar la independencia en el vestido mediante la practica continua.

OBSERVACIÓN:

La clienta en un inicio no quería realizar el baño de regadera, no mostraba interés por peinarse ni maquillarse, posterior a ello se observa más motivada en el aspecto que causa alas personas, ahora muestra inquietud por realizarse el baño de regadera todos los días y se maquilla sin ayuda.

EJECUCIÒN:

El objetivo se logró parcialmente.

DIAGNOSTICO REAL DE ENFERMERIA No 3

Conflicto del rol parental, relacionado con separación del niño por hospitalización y tratamientos, manifestado por alteraciones en el funcionamiento familiar y sentimientos de culpa.

EJECUCIÒN:

- ❖ 11 de agosto escuchar a la usuaria y observar su expresión facial, gestos, posición del cuerpo y tono de voz cuando habla acerca de su hija.
- ❖ Se ofrece apoyo cuando habla.
- ❖ Terapia de relajación imaginaria.
- ❖ Película cuidados de los lactantes, sábado de 14-15 hrs.
- ❖ valorar el grado de impregnación de La usuaria y avisar al medico para que valore la necesidad de modificar las indicaciones.
- ❖ Charla para los familiares de la usuaria en relación a los riesgos que corre la menor al lado de la madre, jueves 8-9 hrs., en el área de visita.

OBSERVACIÒN:

La usuaria presentaba expresiones de tristeza y caminaba cabizbaja siempre, cuando se le prestaba atención para que hablara se tornaba contenta y agradecida por escucharla, en el momento de realizar la terapia se concentraba y permanecía callada, al ver la película que se programó proyectar, comenzó con labilidad emocional por su hija y se mostró inquieta por saber en donde estaba la pequeña, pero logra tranquilizarse y dijo saber como tratar a su hija en cuanto saliera de la institución.

EVALUACIÒN:

El objetivo se logró completamente y continúa el plan sin cambios.

DIAGNOSTICO REAL DE ENFERMERIA No 4

Fatiga, relacionada con falta de energía, enfermedades y uso de medicamentos, manifestado por expresión de falta de energía, incapacidad para realizar actividades diarias, dificultad para concentrarse, desinterés, trastornos emocionales y tendencia a los accidentes.

EJECUCIÓN:

- ❖ 12 de agosto se colocó a la usuaria en decúbito supino, para que se relaje y realicé la técnica de imaginería.
- ❖ Conversar con la usuaria para hacerle sentir que es importante y nos interesa su persona.
- ❖ Jugar domino, domingo de 18-19-hrs.
- ❖ Vigilar siestas
- ❖ No deambula durante la noche.
- ❖ Se vigilan las horas de los alimentos 9-14-19hrs diariamente.
- ❖ Caminata de 20 minutos alrededor del patio de 7-7:20 hrs.

OBSERVACIÓN:

La usuaria realizaba perfectamente la terapia de imagineria e incluso platica la escena que se estaba imaginando, ya no deambula por las noches, duerme después de la administración de su medicamento, no presenta sueño intermitente, realiza su caminata muy entusiasmada y con ánimo.

EVALUACIÓN:

El objetivo se cumplió totalmente.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DE RIESGO No 5

Riesgo de intolerancia a la actividad secundario a enfermedad crónica y efectos de medicamentos.

EJECUCIÓN:

- ❖ 13 de agosto jugar boley boll en las canchas del hospital de 16-17hrs.
- ❖ caminata alrededor del patio por un periodo de 20 minutos, 7-7:20 hrs.
- ❖ Actualizar indicaciones médicas diariamente.
- ❖ Siesta de 16-17 hrs.

OBSERVACIÓN:

La clienta se encuentra perfectamente ubicada en tiempo persona y espacio, acata indicaciones, realiza su caminata contenta y amable con el personal, ya presenta conciencia de enfermedad.

EVALUACIÓN:

El objetivo se cumplió totalmente el plan continúa sin cambios.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DE RIESGO No 6

Riesgo de traumatismo secundario a alteraciones mentales.

EJACUCIÒN:

- ❖ 14 de agosto caminar por lugares seguros, y en horarios flexibles en todo momento.
- ❖ Uso de chancletas a la hora del baño.
- ❖ Se retirar aretes, anillos, pulseras, cadenas, durante el baño
- ❖ Caminar por las banquetas y no por media calle al alta.
- ❖ Dormir en la cama y no en el piso.
- ❖ usa de pantuflas al levantarse.
- ❖ No andar corriendo bajo la lluvia.
- ❖ Comer despacio y masticar bien la comida

OBSERVACIÒN:

La usuaria mostró interés por realizar todas las acciones indicadas y refirió continuar teniendo la misma precaución al salir de la institución, come despacio y no se moja cuando llueve; por el momento identificó lo que le ocasiona daño y lo evita.

EVALUACIÒN:

El objetivo se logró parcialmente y continúa con el mismo plan.

V. CONCLUSIONES

El presente trabajo fue una gran satisfacción para mí, ya que me enriqueció mucho como persona y como ser humano, me dio la oportunidad de brindar cuidados de mayor calidad a la usuaria por medio de el proceso enfermero.

A la vez fue muy importante conocer como inicia la patología, cuáles son los síntomas, el tratamiento y las actitudes impredecibles que presentan este tipo de usuarios con enfermedades mentales.

Durante la realización del trabajo pude darme cuenta de la necesidad de educar a la población en relación a las enfermedades mentales, para poder sobrellevar el problema de tener un familiar con tal trastorno y así mismo contribuir al mejoramiento de los síntomas del enfermo por medio del seguimiento del régimen terapéutico.

De ahí la importancia de apoyar al usuario dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas para evitar llegar a episodios tan dramáticos como el suicidio.

También es de vital importancia observar como al elaborar una serie de intervenciones bien planeadas se puede dar una atención de calidad al usuario(a), Con las cuales su salud pueda mejorar notablemente y por consiguiente también su vida cotidiana mejora al igual que la de sus familiares y hasta la sociedad.

VI. SUGERENCIAS

- Fomentar la participación de los familiares en el seguimiento del régimen terapéutico, por parte del personal de enfermería.
- Que de alguna manera se pueda ayudar a los usuarios de bajos recursos a obtener sus medicamentos, ya que eso es otra causa para que el usuario no continúe con el tratamiento y recaiga.
- Que el personal de enfermería colabore más con los usuarios, les muestre más interés por su persona que dispongan de más tiempo para ellos.
- Que en cualquier área hospitalaria el personal de enfermería no realice sus funciones de una manera rutinaria.
- Que se tenga en cuenta que la prioridad es el usuario y su bienestar.
- Que en las instituciones se haga uso de la herramienta con la que cuenta la profesión “el proceso enfermero”, para brindar una atención de calidad.

VII. GLOSARIO DE TERMINOS

HOLISTICO: La palabra *holístico* (integral) es originaria de la palabra griega "holos" y significa la observación de algo desde el punto de vista funcional a partir de todas sus partes e interrelacionarlas unas con otras como un todo.

Psiquiatría o siquiatría es la rama de la medicina que se especializa en el tratamiento e investigación de los problemas mentales desde el punto de vista fisiológico.

Psicología: es la ciencia que estudia la mente y el comportamiento humano.

Esquizofrenia: estado patológico mental, que incluye una amplia gama de variantes y características, entre las *que* pueden estar las alucinaciones, el desequilibrio emocional y la percepción distorsionada de la realidad.

Amnesia: pérdida total o parcial de la memoria.

Angustia: inquietud extrema por miedo irracional a un peligro inminente.

Ansiedad: estado de tensión caracterizado por un sentimiento de temor.

Astenia: falta o debilitación del dinamismo normal.

Autismo: excesiva preocupación por el propio subjetivismo y distanciamiento de la realidad objetiva

Catalepsia: estado patológico en el que momentáneamente se pierden la sensibilidad y la contractilidad voluntaria de los músculos.

Catatonia: estado de pasividad y negativa a hablar, comer, moverse, etc. Es una de las variantes de la esquizofrenia.

Ciclotimia: inestabilidad psíquica que va de periodos de excitación y euforia a la depresión.

Coprolalia: impulso a utilizar insultos o exclamaciones obscenas.

Depresión: estado psicológico caracterizado por la tristeza profunda y la ansiedad.

Inadaptación: incapacidad para adaptarse o integrarse al medio o a una circunstancia.

Libido: energía que actúa sobre el comportamiento. Se le atribuye un carácter sexual.

Lobotomía: operación en el cerebro para eliminar ciertos trastornos y dolores. También utilizada para corregir ciertas conductas.

Maniaco-depresiva: (psicosis) estado psicológico que se caracteriza por la alternancia de fases de excitación maniática y depresión.

Onirismo: (onírico) relativo a los sueños. El onirismo son las visiones alucinantes, en forma de delirio.

Paranoia: trastorno psicológico caracterizado por delirio de persecución.

Psicopatía: estado mental patológico.

Psicosis: enfermedad mental grave.

Psicótico: sujeto que padece psicosis.

Zoopsia: alucinación visual en la cual el enfermo ve animales repugnantes o peligrosos.

Cp: Comprimido

F. C: Frecuencia cardiaca

F. R: Frecuencia respiratoria

Fdo: Firmado

gr.: Gramo

H: Hora

HTA: Hipertensión arterial

Kg.: Kilogramo

Lat.: Latidos

M: Metro

MG: Miligramo

min.: Minuto

Mm. Hg.: Milímetros de mercurio

N. A. N. D. A: Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (North American Nursing Diagnosis Association)

Nº: Número

°C: Grados centígrados

P.E: Proceso de Enfermera

Resp: Respiraciones

Sr: Señor

T. A: Tensión arterial

Tª: Temperatura

Tfno: Teléfono

INDICE

INTRODUCCIÓN	
I.- JUSTIFICACIÓN	1
II.- OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS.....	2
III.- MARCO TEORICO DEL PROCESO DE ENFERMERIA	3
3.1 ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO	
3.1.1 VALORACION	
3.1.2 DIAGNOSTICO	
3.1.3 PLANEACION	
3.1.4 EJECUCION	
3.1.5 EVALUACION	
3.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	
3.2.1 LAS CATORCE NECESIDADES	
3.3 MARCO TEORICO DE EZQUIZOFRENIA	
IV. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERTMERIA A UNA USUARIA CON EZQUIZOFRENIA	
V. CONCLUSIONES	
VI SUGERENCIAS	
VII. GLOSARIO	
VIII. ANEXOS	
IX. BIBLIOGRAFIA	

ANIMOS

VIII. ANEXOS

ANEXO 1.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN GENERAL

Nombre y apellidos.....
Fecha de nacimiento..... Edad..... Sexo.....
Familiar/ persona para contactar..... Tfno.....
T. A..... F. C..... Tª..... F. R.....

Piel:

Color: normal ---- pálida --- cianótica ---- ictericia ---- otras -----
Edemas: si -----no ----- descripción/ localización.....
Lesiones: si ----- no ----- descripción/
localización.....
Prurito: si -----no ----- descripción/ localización.....

Sentidos corporales:

Vista..... oído..... olfato..... Gusto.....
Tacto.....
Enfermedades graves/ operaciones: si -----no -----
cuales.....
Secuelas: si ----- no -----
especificar.....
Tabaquismo ----- Abuso de alcohol ----- Cafetismo -----Uso de sustancias
tóxicas --
Diabetes ---- HTA ---- Alergias ----
especificar.....

VALORACIÓN POR NECESIDADES

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Respiración:

Frecuencia..... /min.
Calidad: normal ---- superficial ---- rápida ----otros ----
Ruidos a la auscultación: si ---- no ----descripción/ localización.....
Tos: si ---- no ---- Secreciones: si -----no ----- Dolor al respirar: si ----no ----
Tabaco: si ----- no ---- Lo dejó -----especificar
fecha.....

Consumo: 1 paquete/ día ----- 1-2 paquetes/ día ---- 2 paquetes/ día ----
Otras drogas: si -----no ----- Tipo.....
Uso.....
¿Tiene alguna alergia respiratoria? si ---- no ----- ¿De que
tipo?.....
T. A..... F. C..... Pulso: fuerte ----- débil ----- regular -----
irregular –

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso..... Talla.....
Ingesta habitual: desayuno -----comida -----merienda --- cena ----
Dieta especial: si ----- no ----- Tipo de dieta.....
Ingesta de líquidos: < 1litro/ día ---- 1-2 litros/ día ----- > 2 litros/ día ----
Intolerancia a alimentos: si -----no -----
¿cuales?.....
Apetito: normal ----- disminuido ----- aumentado ----- náuseas -----vómitos -----
Fluctuación de peso (últimos 6 meses): si ----- no ----- Kg. ganados/
perdidos.....
Problemas de:
Masticación: si ---- no ----- Usa prótesis dental -----
Deglución: si ----- no ----- Sólidos ----- Líquidos ----- Ambos -----
Digestión: si ----- no ----- Tipo: gases ----- ardor ----- pesadez ---- dolores ----
otros -----
Prótesis dental: si ---- no ---- Superior ----- Inferior -----
¿La piel está hidratada? (cuando se pellizca, ¿la marca dura un rato?) si ----- no --
--
¿Come entre comidas? : Rara vez ----- con frecuencia ----- con mucha frecuencia

¿Necesita ayuda? : preparar la comida ----- comer ----- trocear los alimentos -----

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Intestinal:
Frecuencia.....
Estreñimiento ---- Diarrea --- Incontinencia ----
Ostomía: si ---- no ----- Tipo..... autocuidado: si --- no ----
Problemas de: hemorroides ----- sangrados ---- heces negras ----otros ----
Uso de laxantes o rutinas: si ----- no ---- Ayudas empleadas.....
Urinaria:
Frecuencia.....
Disuria ---- Nicturia --- Hematuria --- Retención --- Incontinencia --- Pañal ---
Color: amarillo claro --- amarillo oscuro ---naranja --- rojo ---
¿Ha sufrido alguna enfermedad urinaria? : si ---- no ----¿Cual?.....
Sonda vesical ---- Fecha del último sondaje.....
Cutánea: sudoración cutánea: si --- no ----- sudoración profusa: si ---- no ----
Menstruación: regular ----- irregular ---- abundante --- dolorosa ---
Secreciones vaginales: aspecto..... ¿son abundantes? si --- no ---
¿Tiene molestias (fuera de la menstruación)? si ---- no ----

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Expresión facial: Adecuado --- Alerta --- Inexpresivo --- Hostil ---- Inadecuado ---
Comportamiento motor: Inhibición ---- Agitación --- Temblores --- Rigidez ----
Incoordinación ---- Inquietud ---- Tics ----
Postura: erecto ---- decaído ---- Modo de andar: normal ---- acelerado ----
tambaleante ---- lento ----
Limitaciones físicas: temporales ---- permanentes ---- ¿cuales?.....
Aparatos de ayuda: ninguno ---- bastón ---- muletas ---- andador ---- otros ---
-
Vértigo: si---- no ---- ¿Siente dolor o rigidez articular? si --- no ---
¿Hace ejercicio? si --- no --- Tipo..... ¿cuanto tiempo?.....
¿Practica algún deporte? si --- no --- ¿cual?.....

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño nocturno..... Otros descansos.....
Problemas de sueño:
Al inicio ---- Interrumpido ---- (nº de veces.....) Despertar temprano ----
Sueño excesivo --- Pesadillas ---- (tipo.....)
Sensación después de dormir: descanso ---- cansado ---- confuso ---- otros ----
Factores que alteran el sueño.....
Ayudas para favorecer el sueño: lectura ---- baño ---- fármacos ---- otros.....

6. NECESIDAD DE VESTIRSE ADECUADAMENTE

Actualmente ¿es capaz de vestirse por sí misma? si ---- no ----con limitaciones ----
Alergias a determinados tejidos --- ¿cuales?.....
¿Que importancia da a su aspecto? poca --- bastante --- mucha ---
¿Su forma de vestir es adecuada al lugar, estación y circunstancias? si ---no ---
Otros datos de interés.....

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal: normal ---- hipotermia ---- hipertermia ---
Tª.....
Sudoración cutánea: si --- no --- ¿Están fríos sus pies y/o manos? si --- no ---
¿Si fuese necesario sería capaz de mirarse usted mismo la Tª? si -- no ---

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Hábitos de higiene corporal: Baño --- Ducha --- frecuencia.....
Cepillado de dientes --- frecuencia.....
Autónomo --- Necesita ayuda: si --- no --- especificar.....
Descuidado en: cabello --- dientes --- uñas --- Su piel es: seca ---grasa ---
¿Ha notado alguna lesión? (úlceras, eccema...) Descríbalo.....
Sus cabellos: ¿son secos? --- ¿grasos? --- ¿se rompen con facilidad? ---
¿Tiene últimamente tendencia a perder el pelo? si --- no ---

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Niveles de conciencia y actitud frente al entorno:

Somnoliento --- Confuso ---- Apático --- Hipervigilante --- Distráido --- Fluctuante ---

No responde a estímulos --- Sólo sigue instrucciones ---

Orientación Espacio- Tiempo- Persona

Tiempo: (estación, día, mes, año) Especificar.....

Espacio: (país, provincia, ciudad, recinto, sala) Especificar.....

Persona: (reconoce personas significativas...) Especificar.....

Alteraciones perceptivas:

Auditivas --- tipo..... Visuales --- tipo.....

Táctiles --- tipo..... Olfativas --- tipo.....

Localización de la percepción: Interna ---- Externa ----

Auto descripción de sí mismo:

Alegre ---- Triste ---- Confiada ---- Desconfiada ----Tímida --- Inquieta ----

Sobre valoración de logros ---- Exageración de errores ----Infravaloración ---

Auto evaluación general y competencia personal: Positiva --- Negativa ----

Sentimientos respecto a ello:

Inferioridad --- Superioridad ---- Culpabilidad --- Inutilidad --- Impotencia ----

Tristeza --- Ansiedad --- miedo --- Rabia --- Depresión ---- Otros.....

Alergias a alguna sustancia o medicamento: si ---- no ---- cuales.....

El estado de esta persona puede constituir un peligro potencial para ella..... o para otros..... Especificar.....

Precauciones: más vigilancia ---- poner barandillas ---- contención mecánica ---

10.NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD

Organización del pensamiento- lenguaje:

Contenido: coherente y organizado ---- distorsionado ----

Descripción de la alteración.....

Curso del pensamiento:

Inhibido ----Acelerado ---- Perseverancia --- Incoherencia --- desorganizado ---

Formas de expresión:

Claro ---- Organizado --- Coherente --- Confuso --- Desorganizado ----Incoherente -

-- Tartamudeos --- Autista ----

Humor:

Deprimido --- Eufórico --- Ansioso ----Triste ---- Fluctuante --- Apático --- Otros ----

Lenguaje:

Velocidad: rápido ---- lento ---- paroxístico ----

Cantidad: abundante --- escaso --- lacónico --- verborreico ---

Tono y modulación: Alterado ---- Tranquilo --- Hostil ----

Vive: solo ---- acompañado ---- Lugar que ocupa en la familia. Rol.....

Personas más significativa..... Principal confidente.....

Personas con las que se relaciona a diario.....

Su relación es: Satisfactoria --- Insatisfactoria ---- Indiferente ---

Tiempo que pasa sólo y por qué.....

Tiempo que pasa con amigos y compañeros.....

Sexualidad:

Última regla..... Anticoncepción: si ---- no ---- método.....

Cambios percibidos en las relaciones sexuales: si --- no ----motivos.....

Nº de embarazos..... Realiza auto examen: si --- no ---

11.NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

¿Que es lo más importante para usted en la vida?.....
Religión: católico romana ----- protestante --- Judía --- Otra ---
Desea realizar prácticas religiosas: si --- no --- ¿Visita del capellán?: si --- no ---
En caso de no poder tomar decisiones, ¿qué persona le gustaría que lo hiciera por usted?.....

12.NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría: si ---- no ----
Si la respuesta e sí, explíquese.....
Problemas laborales ---.....
Tiempo dedicado al trabajo..... Tiempo dedicado al ocio.....
Capacidad de decisión: si --- no ---- Resolución de problemas: si --- no ---
Grado de incapacitación personal atribuida.....

13.NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Reserva algún tiempo para divertirse? poco ---- mucho ---- suficiente ---
¿Cuál es su diversión preferida?.....
Pérdida de interés por las actividades recreativas: si --- no ---
Cambio en habilidades o funciones físicas/corporales.....

14.NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Alteración en la memoria: reciente --- remota ---
Inteligencia general: adaptado al momento --- retraso en el desarrollo ---
Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje:
Pregunta --- Escucha --- Interés --- Desinterés --- Propone alternativas ---
¿Conoce usted el motivo de su hospitalización?.....
¿Hay algo que usted desearía saber sobre el medio hospitalario en que se encuentra?.....

ANEXO. II

LA RELAJACIÓN COMO TERAPIA

La práctica de la relajación produce una disminución generalizada de la activación, que protege al organismo de la sobrecarga, promoviendo procesos restauradores.

Los efectos específicos de la respuesta de la relajación son:

Psicomentales

- Claridad de pensamientos
- Aumento de la capacidad de concentración
- Aumento del campo perceptivo
- Acentuación de la creatividad y la intuición
- Autocontrol emocional
- Incremento de la memoria
- Adquisición de la conciencia del momento presente: “el aquí y el ahora”, como un elemento de conciencia de la realidad
- Aumento de la capacidad de atención
- Previene o elimina la tensión mental y emocional
- Ayuda a combatir la irritabilidad

Físico mentales

- Elimina la tensión física
- Ayuda a combatir el insomnio
- Previene contra el agotamiento
- Previene contra trastornos psicosomáticos

Los métodos de relajación más utilizados en la actualidad son los métodos físicos (respiración y relajación progresiva) y los métodos mentales (entrenamiento autógeno, imaginería y meditación).

Se consideran tres tipos de posturas como adecuadas para llevar a cabo la relajación, acostado en decúbito supino, sentado sobre un sillón y la posición de cochero.

La posición de cochero no es una postura cómoda pero es recomendable en los casos en los que la circunstancia no permita otra posición. La persona está sentada con el cuerpo inclinado hacia delante, y de este modo su peso descansa sobre la mitad superior de su cuerpo. Los antebrazos se apoyan sobre los muslos y la cabeza descansa caída sobre el pecho. Las piernas no deben cruzarse.

La respiración: Una respiración correcta es fundamental para la vida, por lo que si ésta es incompleta superficial o apresurada, se van a producir repercusiones negativas en el funcionamiento global del organismo (dificultad de afrontamiento a situaciones estresantes, aceleración de los estados de ansiedad...)

Imaginería: Llamado también imaginación o método de “imaginería temática”, su aplicación se realiza indicando a la persona que evoque una escena imaginaria,

que tenga algún valor de tranquilidad o relajación, como por ejemplo, imaginarse en una playa al sol, caminando junto a un río, etc.
Este método pretende concentrar la mente en imágenes positivas, utilizando sus poderes intuitivos e imaginativos.

ANEXO. III

HOJA DE INFORMACIÓN PARA FAMILIARES Y PACIENTES ACERCA DEL RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN.

El paciente va a ingresar en una Unidad de Psiquiatría de un Hospital General. La mayoría de los pacientes que ingresan suelen mejorar lo suficiente, durante su estancia, como para poderse ir de alta en el plazo de unos días.

Si en algún momento un paciente se muestra fuera de control, violento hacia los demás o hacia sí mismo, el médico decidirá si es necesario que permanezca aislado y bajo vigilancia estrecha. En esta Unidad hay personal de enfermería 24 horas al día. A veces se hace necesario el uso de contención mecánica durante breves periodos de tiempo hasta que la situación se estabilice.

Cuando el paciente ingresa de forma voluntaria, debe de firmar una hoja de ingreso en el que lo acepta libremente. En caso de que el paciente lo rechace se pedirá autorización al Juzgado de Guardia.

Cuando el paciente ingresa con la Autorización de un juez, en el momento de ser dado de Alta el médico informará al Juzgado que determinó el ingreso, dando cuenta del estado clínico del paciente y plan terapéutico del alta.

Si el paciente ha ingresado en cumplimiento de una Orden judicial, deberá ser emitida al Alta por el Sr. Juez y/o Médico Forense.

Si se produce la fuga de un paciente ingresado por Autorización u Orden judicial, se dará parte al Juzgado Correspondiente.

Si el paciente ha ingresado voluntariamente y abandona el Hospital sin permiso se comunicará a su familia su ausencia y si ésta o el médico de guardia o el responsable del paciente así lo considera se dará parte también a la policía local, nacional y guardia civil para su localización.

En esta unidad se toman medidas preventivas y de vigilancia tales como batas, Unidad de Vigilancia Especial... A pesar de ellas, es imposible garantizar el que un paciente no se vaya a fugar en un momento dado.

Usted debe saber que este tipo de enfermedades cursan con riesgo de suicidio o se producen comportamientos violentos. Este tipo de situaciones de riesgo son completamente impredecibles y muy difíciles de controlar en ocasiones aún estando ingresado el paciente.

Advierta a su médico antes de recibir cualquier tipo de tratamiento sobre las enfermedades que padezca y de los medicamentos que está tomando. Si esta

embarazada o puede estarlo en el futuro es necesario también advertir a sus médicos de ello.

Si desea más información pídasela al médico encargado.

IX. BIBLIOGRAFIA

1.- Ann Martinez Tomey, Martha Raile Alligood, Modelos y Teorías en enfermería, quinta edición, año 2003, impreso en España, Editorial Mosby, Pág. 12, 13.

2.- Enfermeria.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm - 55k –

3.- J Hernández Conesa, M. Esteban Albert, Fundamentos de la Enfermería, Teoría y Método, Editorial MC Graw Hill, Interamericana, País, España, Año 2001, Pág., 138, 139.

4.- Linda y Juan Il Carpenito, Diagnósticos de Enfermería Aplicaciones a la practica Clínica, 9º Edición, Editorial Macgraw-Hill Interamericana, Año 2003, Pág. 7,8.

5.- Martinez Vallador, Carmen, Proceso y Diagnóstico de Enfermería, Tercera Edición En español, Editorial McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, México, 2003 Pág. 11.

6.- Manual merck, 10ªed., edición del centenario.

7.- Rodríguez Sánchez Bertha Alicia, Antología, Año 2004 Pág. 51

8.- Peter J. Weiden. Recursos Para Comprender La Terapia y El Tratamiento de Esquizofrenia. Pág. 16-17-18-19-20-21-22-23-24. Año. 2005. Impreso en México. Editorial Interamericana.

9.- U .M. S. N H. Antología de las Necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson
Curso de el proceso de Enfermería, Escuela de Licenciatura en Enfermería, Año 2006, Pág. 131, 132, 133, 134, 136, 137.

10. -- www.cofa.org.ar/esquizofrenia.htm - 34k -

11. - www.esquizo.com/modules.php?name=Sections&sop=viewarticle&artid=14 - 56k –

12. - www.herrerros.com.ar/historia.htm - 6k -

13.- ww.terra.es/personal/suenas/teorias2.htm - 13k -