

Nº 4
2 ES.



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

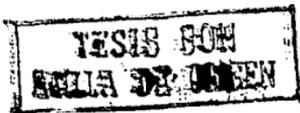
*Escuela Nacional de Enfermería
y Obstetricia*

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
LA METODOLOGIA DEL PROCESO ATENCION DE ENFER-
MERIA APLICADA A UN CASO DE
LINFOMA GASTRICO.

Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
p r e s e n t a
ADRIAN BERNAL VILLEGAS

México, D. F.

1992





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

<u>INTRODUCCION</u>	1
<u>JUSTIFICACION</u>	3
<u>1.- MARCO TEORICO</u>	4
1.1 DESCRIPCION DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.....	4
1.2 VENTAJAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.....	5
1.3 DESGLOSAMIENTO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA Y SU INTEGRACION PARA SU DESARROLLO.....	6
1.2.-VALORACION	10
1.2.1 OBSERVACION.....	10
1.2.2 ENTREVISTA	10
1.2.3 HISTORIA CLINICA	12
1.2.4 ORGANIZACION DE DATOS.....	17
1.2.5 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.....	21
1.3.-PLANEACION	23
1.3.1 CONCEPTUALIZACION DE LA PLANEACION	23
1.3.2 ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES	24
1.3.3 ESTABLECIMIENTO DE METAS	25
1.3.4 DECISIONES	26

1.4.-EJECUCION	30
1.4.1 PLAN DE CUIDADOS	30
1.4.2 CONTINUIDAD EN EL CUIDADO.....	31
1.4.3 AMBIENTE PARA LA ENFERMERIA.....	32
1.4.4 EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.....	33
1.4.5 CARACTERISTICAS DE LOS PLANES.....	33
1.4.6 DATOS DE INVESTIGACION PARA EL USO DE LOS PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.....	34
1.5.-EVALUACION.....	35
2.- <u>OBJETIVOS</u>	37
2.1 DE TRABAJO	37
2.2 DEL ALUMNO.....	37
3.- <u>DISEÑO METODOLÓGICO</u>	38
4.- <u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	40
5.- <u>EXAMEN CLÍNICO</u>	41
6.- <u>HOLLA DE TRABAJO PARA EL PLAN DE CUIDADO</u> <u>Y REGISTRO DE DATOS</u>	53

7.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA 34

8.- PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA 37

9.- EVALUACION Y SUGERENCIAS. 68

10.- GLOSARIO DE TERMINOS 90

11.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS. 93

12.- PIER DE PAGINA 96

INTRODUCCION

El presente trabajo se ha elaborado con el objeto de presentar un análisis general sobre la utilidad del proceso atención de enfermería, a partir de una problemática real.

Este trabajo nos permite en primer lugar establecer un diagnóstico situacional acerca de la utilización del P.A.E. como un instrumento de trabajo útil en el desempeño de las actividades de enfermería.

En segundo lugar familiarizar al lector de este trabajo, sobre la importancia y las ventajas que tiene el utilizar el P.A.E. en el desempeño profesional.

Este trabajo ha sido elaborado por capítulos y subcapítulos. Comenzando con la introducción que describe de manera sintetizada el contenido de el presente proceso. Seguida de la justificación e índice general; el capítulo primero se ubica en el marco teórico de este trabajo, en el capítulo segundo se encuentran los objetivos generales y específicos; en el tercer capítulo se menciona la metodología de trabajo; en el cuarto capítulo se encuentra el planteamiento del problema de estudio; en el capítulo quinto se encuentra la historia clínica de enfermería; en el sexto capítulo se localizan la hoja de trabajo para el plan de cuidados, que contiene enunciados expresados por la propia paciente y la organización de estos enunciados, de acuerdo a la clasificación de Maslow y a la tabla de crecimiento; en

el capítulo séptimo se encuentra el diagnóstico de enfermería.

En el capítulo octavo tenemos el plan de cuidados de enfermería; en el capítulo noveno se encuentra la evaluación y sugerencias. Finalmente encontramos en el capítulo décimo a el glosario de terminos y finalizamos con las referencias bibliográficas, con el capítulo onceavo.

Para finalizar se espera que este trabajo logre despertar en el lector el interes para la mejor comprensión y/o utilización del proceso atención de enfermería en el área laboral.

NO HAY

HOTA

No. 3

I.- MARCO TEORICO

1.1 Descripción del proceso atención enfermería.

Desde el punto de vista didáctico podemos entender el PAE como un ejercicio metódico que desarrollará la racionalidad científica del estudiante de enfermería durante su proceso de maduración intelectual, y que posibilita organizar el pensamiento práctico y lógico para tomar decisiones y actuar eficientemente en la realidad de la práctica profesional. El proceso es entonces un excelente instrumento guía que desarrollará las cualidades y la estructura cognositiva del profesional de enfermería conforme a los preceptos de la metodología de solución de problemas.

¿Qué es el proceso?.

De acuerdo con lo que señala Griffith "El proceso es un enfoque científico que comprende la investigación rigurosa de un problema, dentro de una estructura teórica definida, que enfermería esta usando para organizar el conocimiento, comprender el estado de salud y guiar su ejercicio profesional, auxilia a la enfermera a la interpretación de la salud del paciente y en la determinación de estrategias adecuadas.

También trata de establecer la metodología que fundamente las acciones de enfermería científicamente, para que estas a su vez sean aplicadas a cada caso en particular, ya sea en el estado de salud o enfermedad." 11.

Al respecto cabe señalar que los docentes de enfermería en particular al enseñar el proceso, han utilizado en su metodología etapas que varían en el número y secuencia de las mismas, pero todas se basan en

técnicas de salud similares y que el estudiante en su proceso de formación no alcanza a distinguir unas de otras y sobretodo que es al término de sus últimos semestres que empiezan a saber el uso real del PAE de lo anterior se puede decir lo siguiente:

"El uso del PAE debe ser una herramienta habitual para la enfermera, ya que es flexible, adaptable y aplicable a todas las situaciones de enfermedad, o para conocer individualmente a cada paciente proporciona un enfoque intencional, sistemático y organizado logrando el objetivo principal de la enfermería; promover el bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y a la máxima utilización de los recursos." 21.

1.2 Ventajas del proceso atención enfermería.

Con la ejecución del proceso de atención se puede lograr:

- Mejorar la calidad técnica.
- Mayor efectividad interdisciplinaria.
- Mayor comunicación entre el equipo de salud.
- Reconocimiento de las funciones de cada uno de los integrantes de dicho equipo.
- Fortalecimiento de las relaciones interprofesionales.
- Elevar el nivel profesional de enfermería.
- Incrementar el juicio crítico para jerarquizar y solucionar problemas.

" Para llevar a cabo estos objetivos, la enfermera debe emplear todos sus conocimientos sobre Fisiología, Psicología, instalaciones hospitalarias, Patología, comunicación, interacciones familiares y apoyo familiar, así como su intuición. El uso de estos conocimientos básicos

y la reevaluación constante hacen del proceso un procedimiento personalizado." 31

El P.A.E. también tiene ventajas para la enfermera en particular inspira indole confianza, ya que se organizan actividades; proporciona satisfacción del trabajo que se realiza; da crecimiento profesional en cuanto a la experiencia que se adquiere en su manejo, y ayuda a la asignación de los pacientes en piso. Para el paciente las ventajas que ofrece el P.A.E. son:

Participación en su propio cuidado, continuidad en la atención y mejoramiento de la calidad de la atención proporcionada por enfermería.

1.3.-Desglosamiento de las Partes del Proceso Atención de Enfermería y su integración para su desarrollo.

El proceso de atención como todo procedimiento, tiene una secuencia lógica de actividades que realizar; identifica problemas del paciente, planea y efectúa en forma sistemática los cuidados de enfermería. Para que el proceso de atención se lleve acabo se ha dividido en cuatro fases;

a).Valoración, b).Planeación, c).Ejecución y d).Evaluación Griffith, agrega un punto más, que es el análisis de los datos encontrados en la fase de valoración.

Para Atkinson estas fases son;

-Valoración: Recolección de datos del paciente

Dx. Escrito de enfermería.

-Planeación: Establecimiento de prioridades.

Descripción de los objetivos de la atención del paciente.

-Ejecución: Planeación de las acciones de enfermería.

Proveer la atención.

-Evaluación: De logro de los objetivos.

Revaloración del plan de atención.

El proceso atención de enfermería es un sistema de planeación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cuatro pasos.

1.-Valoración.

¿Cuál es el problema? ¿Cómo se reconoce?

Describalo.

2.-Planeación.

¿Qué vamos a hacer?

¿Cuál es la mejor estrategia?

3.-Ejecución.

Ponerse en acción.

¡Hacerlo!

4.-Evaluación.

¿Resultó?

¿Cómo resultó todo?

¿Evolucionó como se suponía? 4].

Una disyuntiva alternada del proceso de atención de enfermería consiste en una secuencia de cinco pasos que incluye;

Valoración, análisis, planeación, ejecución y evaluación.

" Comparación de los formatos de cuatro y cinco pasos del P.A.E."

Formato de 4 pasos	Actividades de enfermería.	Formato de 5 pasos
1.-Valoración	Recolección de los datos del paciente.	1.-Valoración
	Diagnóstico escrito de enfermería.	2.-Análisis
2.-Planeación	Establecimiento de prioridades. Descripción de los objetivos de la atención del paciente.	3.-Planeación
3.-Ejecución	Planeación de las acciones de enfermería. Proveer la atención de enfermería.	4.-Ejecución
4.-Evaluación	Evaluación de los logros en los objetivos. Revaloración del plan de atención.	5.-Evaluación

Fig. 1

El resultado final de dicho proceso es un plan escrito de atención

de enfermería.

DESCRIPCION DEL ASPECTO.

El uso del proceso de atención de enfermería da por resultado, un plan que describe las necesidades y los cuidados para cada paciente. Se sabrá que existe un plan de atención de enfermería cuando, en el área clínica se encuentre un Kardex de enfermería. Un plan detallado de los cuatro elementos de atención; Diagnóstico, objetivos, acciones y evaluación. 51.

1.2.- VALORACION Es la primera parte del proceso, aquí se identifican y definen los problemas del paciente, se recopilan los datos y se elabora el diagnóstico de enfermería. Las fuentes más importantes para la recolección de datos son la observación y la entrevista con el paciente y familiares.

1.2.1 a). Observación.- Es la búsqueda de datos relevantes acerca del paciente, dándole en forma simultánea un significado desde el punto de vista de enfermería.

La observación es una descripción minuciosa, básica para el cuidado del paciente, donde se utilizan todos los sentidos para captar información; es esencial para planear los cuidados e implica cierta responsabilidad.

La observación debe de ser ordenada; puede tomar una forma específica según los aspectos físicos del paciente, tratando de ser muy meticulosa en la descripción de las áreas, o según lo maneja otro autor; se emplea la forma DALES PAC, que son las siglas de D-dolor, A-alimentación, L-liquidos, E-excreta, ejercicio, estado general; --- S-socialización, sentidos especiales; P-higiene personal, piel, postura; A-aereación; C-circulación, control motor y coordinación neuronal.

1.2.2 b). Entrevista.- Es una técnica observacional de comunicación intencionada y dirigida a un fin. Tiene el propósito de animar al paciente a que se exprese para que la enfermera identifique los problemas y necesidades; y recopile la información que formará parte del plan de cuidados. Dentro de las características que debe reunir la entrevista y que la enfermera debe observar se encuentran :

- Escoger un momento adecuado y no interrumpirla.
- Mantener un clima de privacidad y de confianza.

- Mostrar interés en el paciente.
- Demostrar una actitud cordial y de aceptación.
- Ser objetiva.
- Conocerse a si mismo para conocer al paciente.
- Realizar la entrevista, concentrarse en las repuestas, no en la guía.
- Al hacer las preguntas no ser tan formales que parezcan impersonales.
- Al ir realizando las preguntas ir de las generales a las específicas.
- Interpretar las respuestas de acuerdo con lo que refiere el paciente, no con lo que piensa la enfermera.

-Pueden elaborarse preguntas abiertas o directas, y si no se comprende la respuesta tratarla desde otro punto de vista.

-Ajustar el vocabulario al nivel del paciente.

La entrevista puede ser formal o informal.

Un interrogatorio formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

A diferencia de la historia médica, en la enfermería se coloca a la enfermedad como punto primario.

" El aspecto informal del interrogatorio es la observación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. Esta estrecha relación se desarrolla mientras la enfermera brinda atención física y con frecuencia permite al paciente expresar sus sentimientos y problemas. La enfermera profesional capacitada para dar cuidados físicos, lo es también para poner simultánea atención a lo que el paciente dice."

61.

Se reconoce también que existen dos fuentes de recolección, las fuentes primarias y secundarias.

a) Fuentes Primarias.- Estas incluyen; al paciente como fuente primaria, el expediente clínico, la familia o cualquier otra persona que dé atención al paciente.

b) Fuentes Secundarias.- Estas incluyen; las revistas profesionales, los textos de referencia y los especialistas clínicos; por lo tanto son también fuentes importantes de datos.

1.2.3 Historia Clínica.

" La elaboración de la historia clínica de enfermería representa un elemento importante dentro del desarrollo del proceso de atención; este es un modo más efectivo para relacionarse con el paciente en una forma más estrecha y de esta manera interiorizar las necesidades de éste para poder satisfacerlas." 7]

La historia de enfermería considera la percepción por parte del paciente, de su enfermedad y su respuesta a ella.

El propósito de la entrevista es ayudar a la enfermera a obtener información que le sirva en la planeación de la atención. Este propósito debe aclararse y comunicarse al paciente en forma directa al iniciar el interrogatorio.

FUENTE DE INFORMACION

" Paciente y familia.

Las principales fuentes de información son el paciente y familia; aquí la enfermera conoce lo que el paciente sabe de su enfermedad, pensamientos y sentimientos acerca de ella, actividad habitual diaria, relaciones de la familia y amigos. La familia revela lo que sabe de la enfermedad, del estado del paciente y recursos familiares." 8]

Hogar y Comunidad.

La recopilación de este tipo de información se hace por medio de visitas domiciliarias, observando el área donde vive el paciente. Aquí la enfermera puede observar el tipo de construcción o construcciones de su comunidad, áreas comerciales, áreas recreativas, transporte actividades culturales, costumbres populares y nivel de vida, organizaciones de salud, interacciones familiares, instalaciones del hogar, ventilación, iluminación, color, espacio destinado por personas y condiciones de privacidad.

REGISTROS MEDICOS

Se puede obtener información por medio de;

- Historia clínica médica.
- Informe de exploración clínica.
- Plan médico de tratamiento.
- Dx. y Px. médico.
- Ordenes médicas.
- Registros de evaluación.
- Informes de estudios de Dx. y Tx.
- Interconsultas.
- Informes de cirugía.

Registros Sociales.

Estos incluyen;

- A miembros de la familia.
- Ocupaciones de la familia.
- Ingresos de la familia y del paciente.
- Afiliações deportivas, religiosas y recreativas.

Registros de Desarrollo.

Estos son importantes y deben abarcar desde el nacimiento.

- Antecedentes acerca del embarazo, trabajo de parto y nacimiento.
- Fechas o tiempo en el desarrollo motor y sensorial del niño.
- Desarrollo y crecimiento del individuo en las diferentes etapas.

Registros Escolares; -Socialización.

-Cualidades del mando.

-Desarrollo de la adolescencia.

- Adaptación al trabajo, matrimonio, cambios fisiológicos, jubilación
- disminución de ingresos, disminución de salud y fuerza física, adaptación a la muerte del conyuge, familiares y amigos.
- Educación a los hijos y responsabilidad.
- Responsabilidad cívica.

Resultados de pruebas diagnósticas.

Aquí se obtienen información objetiva y cualitativa; y puede orientar hacia los cuidados de enfermería.

Notas de Enfermería.

Que deben contener;

- Comentarios objetivos y precisos de la conducta del paciente.
- Signos y síntomas del paciente, modificaciones a su estado, reacciones a las pruebas y tratamientos, educación impartida, administración de medicamentos y su efecto, cantidad y tipo de material drenado; y razones cuando se omiten medicamentos y tratamientos.
- Gráfica de signos vitales.

Información de cambio de turno.

Debe contener un comentario acerca de cada paciente y establecer su nombre, número de cuarto o cama, edad, Dx. médico y plan de cuida-

dos; conviene incluir información con signos vitales, pruebas diagnósticas, tratamientos, ropaje, cantidad y características del material drenado, narcóticos y medicamentos especiales, soluciones intravenosas y apetito; se incluire actividades, reacciones emocionales, necesidades de aprendizaje, enseñanza y planes especiales. Evitar información irrelevante.

Kardex.

Estas tarjetas contienen información del paciente y el resumen del plan de atención.

Libros y Revistas.

Pueden consultarse revistas y bibliografías acerca del tratamiento y diagnóstico del paciente y aumentar así los conocimientos del tema.

Expertos.

Ellos pueden orientar sobre las dudas y enseñar situaciones nuevas sobre diagnóstico y tratamiento, ya que son los indicados para ello.

La Enfermera Misma.

Es la persona más indicada para brindar información acerca del paciente, porque es la persona que tiene contacto directo y tiempo completo para la atención del paciente en cuanto al tratamiento y sus consecuencias, estado anímico y control de la enfermedad.

La historia clínica de enfermería debe contener:

A). Actividades de la vida diaria.

-Higiene personal.

-Hábitos de defecación

- Hábitos de alimentación.
- Ejercicio.
- Hábitos de descanso,relajación y sueño.
- Actividades en las que el paciente necesite asistencia.

B). Estado Psicológico.

C). Estado Físico.

- Nivel de consistencia.
- Sentidos.
- Dientes.
- Piel.
- Alineación corporal.
- Movimientos anormales.

D). Antecedentes sociales,culturales y económicos.

- Ocupación.
- Seguro de vida.
- Nivel de educación.
- Idioma.
- Religión
- Posición en la familia y en la comunidad.
- Contactos familiares durante la hospitalización.
- Comprensión del estado actual.
- Cuidados médicos y tratamientos.
- Esperanzas del paciente.
- Recursos económicos del paciente.

Exàmen.

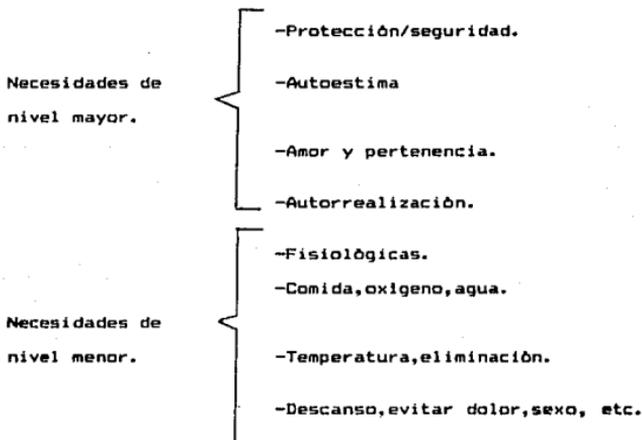
" La actividad final de la recolección de datos es el exàmen físico. Antes de iniciarlo la enfermera debe establecer una relación con el paciente. También debe proceder el exàmen con una presentación e identificación de sí misma. Debe explicar al paciente en que consiste el exàmen y pedir permiso para efectuarlo. Deben tomarse las medidas para asegurar la privacidad del paciente (cerrar puertas y cortinas).Enseguida la enfermera puede examinar al paciente complementando los datos como, temperatura, respiración, pulso y presión arterial. Ruidos toràcicos y cardíaco, problemas en la piel, debe prestarse particular atención a cualquier molestia física que el paciente mencione. Para obtener estos datos, se puede utilizar un sistema cefalocaudal (cabeza o pies), o tal vez un exàmen por sistema.

" Si bien es necesario establecer una relación con el paciente, el exàmen por sí mismo puede ser un instrumento para demostrar interés y mejorar dicha relación. La enfermera que detiene la palpación abdominal y escucha los ruidos intestinales, cuando el paciente se queja de dolor, muestra interés por él y se reafirma como un clínico de confianza. Las observaciones de la enfermera durante el exàmen deben registrarse como datos objetivos, ejemplo: cicatriz de 10cc en cuadrante inferior izquierdo;temperatura de 36 C, tA 110/70; ruidos pulmonares normales y claros." 9]

1.2.4 Organizaciòn de Datos

Existen muchas formas de organizar la informaciòn obtenida, pero cada enfermera debe guiarse por su experiencia, esto es; emplear lo que le funcione mejor. Una manera de examinar la informaciòn se basa en el trabajo de Psicólogo Abraham Maslow, el cual postulò que todos

los seres humanos tienen necesidades básicas comunes que se pueden organizar de acuerdo a las categorías siguientes:



Cuadro 1 fig. 2

Maslow especuló que las necesidades físicas básicas deben de satisfacerse en algunos grados antes de que las necesidades de un nivel más alto puedan satisfacerse.

Las necesidades físicas básicas como; comida, agua y oxígeno se consideran necesidades de supervivencia y deben satisfacerse, o por lo menos hacerlo en forma parcial si la vida ha de continuar. Las necesidades de nivel más alto comienzan con las necesidades de protección/seguridad y continúan a través de las necesidades de autorrealización.

Los datos anotados en cada categoría pueden indicar el estado actual de satisfacción de las necesidades. Con la recolección de información

en cada una de estas categorías de necesidad, la enfermera desarrollará un formato con el objeto de considerar de modo sistemático al paciente como un conjunto. La atención de enfermería comprensiva en el resultado de considerar al paciente como un ser íntegro.

Además de clasificar la información usando los niveles de necesidades de Maslow, es necesario considerar el nivel de crecimiento y desarrollo individual. Cada edad cronológica tiene actividades de desarrollo que le corresponden, tanto física como psicosociales.

Una actividad enfocada al desarrollo puede ser un trabajo, una dificultad, un reto o una proeza que se relaciona a una edad cronológica. Un padecimiento puede interferir con el cumplimiento de actividades de desarrollo apropiadas a una edad o con la evolución al siguiente nivel de desarrollo.

Principales Actividades del Desarrollo.

1.-Infancia: 1 año.

- .Desarrollo de un sentimiento de confianza y pertenencia en relación con la madre y el padre.
- .Diferenciación de sí mismo y del medio.
- .Aprende a comer sólidos, caminar, explorar y a comunicarse.

2.-Niño: 1 a 3 años.

- .Desarrollo de la voluntad e independencia.
- .Aprende a alimentarse por sí mismo, a correr, a comunicarse en forma verbal y controlar esfínteres.
- .Explora el medio.

3.-Preescolar: 3 a 6 años.

- .Desarrollo de identidad sexual.
 - .Desarrollo del sentido de iniciativa.
 - .Trabaja en forma autónoma, se viste y lava solo.
 - .Desarrollo del sentido del tiempo, espacio y distancia.
 - .Desarrollo de la imaginación.
 - .Juega en grupo.
- 4.-Escolar: 6 años, entra a la pubertad.
- .Desarrollo del sentido industrial; planea y trabaja en proyectos.
 - .Aprende las habilidades para sobrevivir de acuerdo a su cultura.
 - .Desarrollo de la modestia.
 - .Aprende a leer, calcular y controlar emociones.
 - .Desarrollo de la coordinación neuromuscular.
- 5.-Adolecente: 12 a 18 años.
- .Desarrollo de madurez física.
 - .Desarrollo de autonomía con respecto al hogar y a la familia.
 - .Desarrollo de su propia identidad.
 - .Enfrentamientos a cambios corporales.
 - .Identificación con grupo de camaradas.
- 6.-Adulto Joven: 18 a 40 años.
- .Establece relaciones duraderas, matrimonio, elección de carrera preocupaci6n por otros.
 - .Ejerce el rol de la paternidad, educa y guía a la generaci6n siguiente.
 - .Incremento de responsabilidad de modo importante.
 - .Ajustes a padres que envejecen.

7.-Adulto: 40 a 65 años.

- .Ajuste al metabolismo disminuido, cifras hormonales alteradas, disminuye la capacidad visual y auditiva.
- .Adaptación a la independencia de los niños y dependencia de los familiares.
- .Afronta los cambios físicos y emocionales de la vejez.
- .Establece seguridad financiera.

8.-Vejez: 65 años a la muerte.

- .Confronta la alta frecuencia de enfermedades crónicas.
- .Integra su relación con la segunda y tercera generación.
- .Acepta la muerte propia, adaptación a la muerte del cónyuge y de los amigos.
- .Cambio de expresiones en la sexualidad.
- .Desarrollo de objetivos para una vida significativa.
- .Mantenimiento de la salud.

La enfermera que conoce los niveles de desarrollo y las actividades asociadas será capaz de individualizar la atención al paciente. Por ejemplo, las actividades de desarrollo del adolescente se enfocan a su autoidentidad, pues bien con respecto a esto, la enfermera eligirá un acercamiento no autoritario, en el cual se permita al paciente mayor participación en la selección de su cuidado.

1.2.5 Diagnóstico de Enfermería.

La aplicación del diagnóstico de enfermería en el quehacer de la enfermera es más importante de lo que se pueda pensar. El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional. En un momento en que se está luchando por determinar el campo de acción y responsa-

bilidades, el uso del diagnóstico de enfermería define con claridad que es lo que se hace y en que se diferencia de la labor de los médicos u otros profesionales de la salud. 101

Muchas veces el diagnóstico de enfermería se confunde con el diagnóstico médico; pero no es un diagnóstico médico. El de enfermería tiende a ser más individualizado, puede contar de un signo o síntoma asociado que se enfoca en la respuesta particular del paciente a su enfermedad, tiende a reflejar el estado del paciente y puede cambiar con los cambios diarios de este. Por lo tanto el diagnóstico de enfermería:

ES	NO ES
-Un enunciado del problema del pte.	-Un Dx. médico.
-Real o en potencia	-Una acción de enfermería.
-Algo dentro del campo de acción de la enfermera.	-Una orden médica.
-Sugestivo para la intervención de enfermería.	-Un tratamiento.

Fig. 3

La importancia del diagnóstico de enfermería radica en que establece el punto de partida y la base para los cuidados de enfermería; el diagnóstico encierra todo lo necesario que hay que conocer para iniciar el plan de cuidados de enfermería.

Algunas sugerencias para escribir el diagnóstico de enfermería.

- Establecer la respuesta negativa del paciente. (estrenimiento).
- Centrarse en la causa potencial del problema (disminución

de la actividad).

-Elaborarse dando coherencia a los componentes (estreñimiento relacionado a disminución de la actividad).

Es importante que también se mencionen algunos puntos que NO se deben incluir al escribir el diagnóstico.

-No establecer necesidad en lugar del problema.

-No invertir las partes de la formulación.

-No identificar un proceso intratable en lugar del problema actual.

-No escribir una afirmación imprudente desde el punto de vista legal.

-No hacer afirmaciones tautológicas.

-No identificar una respuesta como negativa, cuando puede ser adecuada, permitida o culturalmente aceptada.

-No identificar un problema de la enfermera en lugar de un problema del paciente. 11]

1.3 Planeación.

1.3.1 Existen 2 conceptualizaciones de planeación. La primera nos dice lo siguiente.

"La planeación inicia con el diagnóstico de enfermería y comprende la elaboración del plan de cuidados individualizado para el paciente. Consta de una serie de pasos que nos lleva a una organización sistemática de los elementos con que se cuenta." 12]

La segunda menciona que:

"Después de recolectar los datos del paciente, organizarlos y elaborar algunos diagnósticos de enfermería se puede iniciar la fase de planeación. Este es el momento de elaborar un plan de atención y deter-

minar que enfoque se utilizará para ayudar a solucionar, disminuir ó reducir el efecto de los problemas del paciente.

Existen 3 pasos en la fase de planeación: Establecer prioridades, identificar objetivos y planear las acciones de enfermería."

131

Plan de Cuidados.

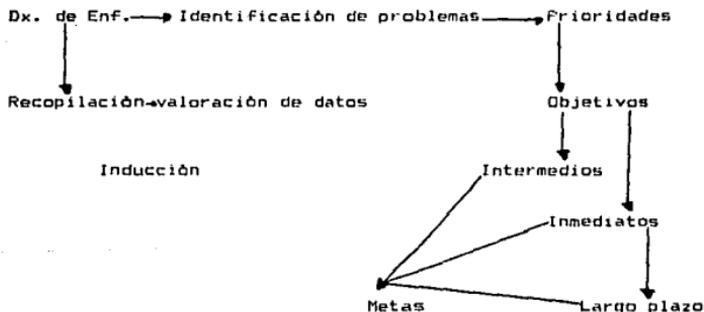


Fig. 4

1.3.2 Establecimiento de las Prioridades.

El establecimiento de prioridades sirve para ordenar la distribución en la atención de enfermería, de tal manera que los problemas más importantes se consideran antes que los menores. El establecer prioridad no significa que un problema deba resolverse completamente antes

de poder considerar otro. Los problemas suelen tratarse de manera simultánea.

¿Cómo decide la enfermera a qué problema se le debe dar la prioridad mayor?

1.-La jerarquía de las necesidades básicas de Maslow pueden orientar hacia la solución de las necesidades principales. Las necesidades menores pueden ser mayores en algunos paciente de acuerdo al enfoque que tenga el mismo.

Esquema de Prioridades.

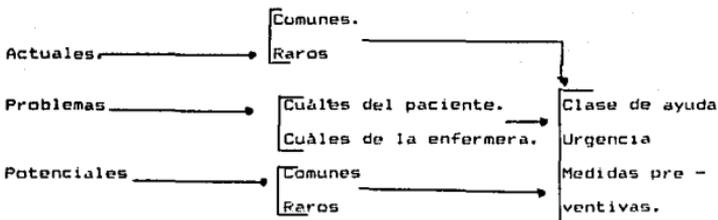


Fig. 5

1.3.3 Establecimientos de Metas.

Los autores definen que las metas, "son las acciones que se alcanzan en un tiempo específico en consecuencia del objetivo." 141

Según Aekoff "son los objetivos que se desean alcanzar dentro del período que abarca el plan."

Para George Terry "es el resultado final que se fija, se requiere un campo de acción definido y que sugiere la orientación que debe darse a

los esfuerzos dirigidos."

Las metas en enfermería son, alcanzar los objetivos trasados.

1.3.4 Identificando Objetivos.

Objetivo de enfermería:

"Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente y lo que se proyecta para remediarlo o disminuir el problema que se identifico en el diagnóstico de enfermería."

Necesidad de Enunciar un Objetivo.

Enunciar un objetivo, es necesario para conocer específicamente lo que desea lograrse.

Un enunciado claro de objetivos identifica el resultado de las acciones de enfermería y pone un tiempo limite. Un enunciado de objetivos en enfermería debe definirse de manera clara.

Existen dos categorías generales de objetivos, a corto y a largo plazo.

"Los objetivos a corto plazo son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencias, cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos." 151

Las sugerencias que aparecen a continuación pueden ser útiles para fijar los objetivos en los diagnósticos de enfermería.

"1.-El objetivo establecido debe enfocarse hacia el comportamiento del paciente con el cual demuestre reducción o alivio del problema identificado en el diagnóstico de enfermería.

Se inicia con el diagnóstico. ¿Cuál es el problema?

2.-El objetivo debe de ser realista, tomando en cuenta las capacidades del paciente en el transcurso de tiempo determinado para dicho objetivo.

3.-El objetivo debe ser realista para el grado de habilidad y experiencia de la enfermera. Si el diagnóstico de enfermería se enfrenta a un problema más allá del rol de la enfermera, la mejor solución será enviar el problema a un profesional apropiado.

4.-El objetivo debe ser congruente y dar apoyo a otras terapias. Esto significa que los objetivos no deben contradecir con el trabajo de otros profesionistas al cuidado del paciente.

5.-Cada vez que sea posible, el objetivo debe ser importante y valioso tanto para el paciente, como para las enfermeras y el médico.

6.-Para la elaboración de objetivos, empezar con aquéllos a corto plazo. Los estudiantes de enfermería no permanecen por periodos prolongados con un mismo paciente. Si, se estructuran objetivos de acuerdo a la extensión de tiempo que se atenderá al paciente." 161.

Normas Generales para la Descripción de Objetivos.

1.-Cuando sea posible, escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse. Tratar de evitar palabras como bueno, normal, adecuado y mejoría. Estas palabras tienen significados diferentes para personas diferentes y tienden a hacer el objetivo confuso.

Ejemplos.

Objetivos observables	Objetivos confusos.
El paciente caminará la distancia del corredor s/ayuda,p/el día 5 de febrero.	Incrementar la ambulación ó Fuerza muscular adecuada en las piernas.

Fig. 6

2.-Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar y no como acciones de enfermería.

Resultados del Paciente.

- El paciente evacuará a las 6 p.m.
- La paciente bañará a su bebé antes de su egreso hospitalario.
- La temperatura del paciente se elevará a 37.2 C en 1 hr.

Acciones de Enfermería.

- Ofrecer al paciente el orinal c/2hrs.
- Enseñar a la paciente como bañar al bebé antes de ser dada de alta.
- Poner mantas calientes y cojin electrico al paciente y verificar de nueva cta. su temperatura en 1hr.

Fig. 7

3.-Elaborar objetivos cortos.

4.-Hacer específicos los objetivos.

5.-Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.

6.-Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo. Anotar el día que se estructuró el objetivo y la fecha para su evaluación.

Fórmula para Describir un Objetivo.

"Sujeto + Verbo + Criterio de realización + Condiciones (si son necesarias) = Enunciados del objetivo." [7].

Sujeto = El paciente o cualquier parte del mismo; un nombre, puede omitirse cuando se describe un objetivo en un plan de atención. Se supone a menos que se indique de otra manera

*Pulso del paciente.

*Egreso urinario del paciente.

*Úlcera del paciente.

*El paciente.

Criterios de realización aceptables = El grado con el cual el paciente realizará cierta conducta.

Manera, distancia y cantidad. El criterio de ejecución aceptable debe tener un tiempo a fecha señalados para lograr la conducta.

*En el momento de su egreso hospitalario.

*Al final del turno.

*Para el día 4 de Junio.

*A las 2 de la tarde del día de hoy.

Condición = Las circunstancias bajo las cuales se ejecutará la

conducta.

-No todos los objetivos tienen una condición; si la condición es importante, ponerla en enunciado del objetivo; si no lo es eliminarla.

*Con ayuda de una andadera.

*Utilizar una silla de ruedas.

*Con ayuda de la familia.

*Con el uso de medicamentos.

1.4 Ejecución.

La ejecución consiste en brindar realmente los cuidados de enfermería. En la ejecución se brindan cuidados comprensivos y personalizados; deben existir continuidad y coordinación de dichos cuidados. Además favorece el flujo uniforme de los cuidados y coordina el programa para el resto del personal de salud, realice pruebas de diagnóstico y tratamiento.

1.4.1 Plan de Cuidados .

"El plan de cuidados se refiere a la atención integral del paciente en todas sus esferas -además de ser individual-, basado en la información recopilada por la enfermera según las diversas fuentes de información." [18]

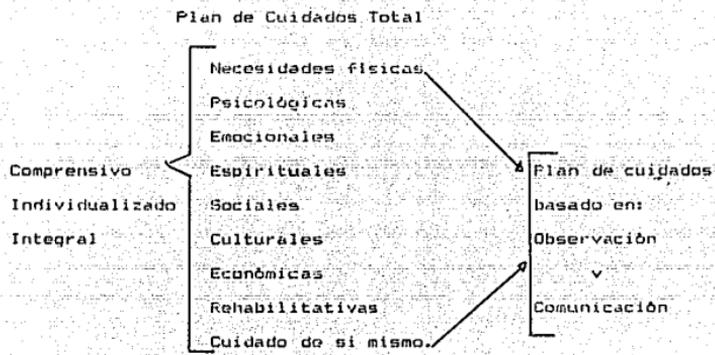


Fig. 8

1.4.2 Continuidad en el Cuidado.

La continuidad en el cuidado significa que los cuidados se proporcionara a través del tiempo de medio a medio y a lo largo de una continuidad del bienestar o enfermedad. tambien abarca las metas de servicios coordinados ininterrumpidos asi, como los cuidados comprensivos incluyendo promoción a la salud, prevención de enfermedades, cuidados agudos, rehabilitación y cuidados terminales.

" La continuidad de los cuidados, es un proceso que incluye tanto al paciente como al equipo de salud ; por esta razón la participación del paciente es un principio fundamental y es muy apropiado para la práctica de enfermería, ya que puede dirigir su atención para ayudar a sus propios cuidados mediante la educación llamados propios, donde con

los profesionales de la salud y enfermería contribuye a que se lleve a efecto a la continuidad de los cuidados." 191.

Enseñanza para la salud.

La enseñanza de salud es un tipo de comunicación y es necesaria para el proceso de salud-enfermedad. Cuando el paciente carece de información sobre su situación, cuando se percibe y se observa la falta de conocimiento que rodea al paciente en su estancia hospitalaria, se hace indispensable la enseñanza en salud.

Siempre existe la posibilidad de que el paciente no quiera aprovechar la experiencia de aprendizaje. El papel de la enfermera es simplemente ofrecer la oportunidad, no tratar de que el paciente la acepte; primero debe descubrir quien es la enfermera y sentirse seguro con ella; pasando este proceso el paciente sabrá si la enfermera es capaz de cuidarlo y ayudarlo.

1.4.3 Ambientes para la Enseñanza.

Hospitales: -El paciente puede estar motivado para regresar a casa y estar receptivo a la información.

-Si el paciente tiene perspectivas de incapacidad temporal o permanente hay que esperar a resolver su autoaceptación antes de iniciar la enseñanza.

Hogar: -La enfermera debe adaptarse a la situación de la casa.

-Tiene oportunidad de observar las situaciones familiares.

-El paciente tiene oportunidad de aprender una situación específica.

-La enfermera puede supervisar mejor la atención y buscar necesidades adicionales.

- La familia tiene más confianza en un ambiente de privacia.
- Tiene la desventaja de que no se comparten experiencias con otros pacientes, puede haber interrupciones y es costosa.

1.4.4 Plan de Cuidados de Enfermería.

Es un instrumento diseñado para asegurar la continuidad del cuidado de enfermería en la atención del paciente o individuo sano, con fundamentación científica de acuerdo con una serie de planes.

" El plan de cuidados es una relación lógica de características y estado de un paciente que describe los diferentes problemas que presenta, su importancia, su fundamentación, las acciones para resolverlos o disminuirlos y su valoración en la función de los objetivos planeados." 201.

-El plan de atención debe proveer las posibles soluciones o metas, dejando un amplio margen a la iniciativa y a la variación de las actividades, sólo planeando en forma organizada se pueden realizar las funciones positivas para mejorar y restaurar la salud de los pacientes.

1.4.5 Características de los Planes.

- Se desarrollan para un paciente específico.
- No deben ser tan generales.
- Identificar los problemas actuales y potenciales.
- Desarrollan objetivos a mediano y corto plazo.
- Logran metas aceptables para ambas partes.
- Toman en cuenta las necesidades psicológicas y sociales, y su inter-

acción con las físicas.

-Reflejan la participación del paciente y familia.

-Deben ser actuales y flexibles.

-Realistas con objetivos realizables.

-Prescriben las medidas de acción de enfermería que deben ser específicas.

Como suerencia, se pueden realizar los planes de acuerdo con los siguientes tipos:

Planes de Enfermería Relacionados con:

*Las prescripciones medicas.

*La atención higiénica.

*Los ajustes ambientales.

*La ayuda requerida por el paciente.

*Las precauciones de seguridad.

*La prevención de complicaciones.

*Los problemas de eliminación.

*La rehabilitación.

*La enseñanza al paciente y familia.

*Ayuda psicológica.

*La atención espiritual.

*Las referencias.

1.4.6 Datos de Investigación para el Uso de los Planes de Cuidado.

"-Valorar y observar al paciente para incluir o excluir problemas de atención de enfermería presentes o potenciales.

-Para cada problema observado hay objetivos y metas para el paciente.

-Se tienen que tomar decisiones de las acciones de enfermería para cada problema y tal vez para cada meta, con el fin de lograr la meta y resolver el problema.

-Se deben valorar las respuestas del paciente para cada problema con el fin de que el cuidado de enfermería se pueda determinar y readaptar a consecuencias de un enfoque más exigente." 213.

1.5 Evaluación.

Es para Griffith, "Un proceso activo, sistemático y planeado que compara el estado de salud del paciente con los objetivos y metas." en cambio para Yurá, "es la apreciación de los cambios experimentados por el paciente como resultado de la atención de enfermería." 223.

La evaluación además de determinar el estado del paciente va ha definir la forma en que se desarrollan otras estructuras que tienen que ver directamente con enfermería. La evaluación, en sus diversas formas nos dará la pauta para la puesta en marcha de nuevos planes; el descubrimiento de problemas con la infraestructura y la valoración de resultados obtenidos de la actuación de enfermería.

Formas de Evaluación

	Instalaciones físicas
Estructura	Equipo. Patrón de organizaciones.
	Concurrente (presente)-examina el rendimiento de enfermería.
Proceso	Actividades de la enfermería
	Restrospectiva (pasado)-se instrumenta cuando el paciente es dado de alta.

Concurrentes - capacidad del paciente para demostrar progresos de conducta.

Resultado

Cambio de conducta y estado de salud.

Retrospectiva-Evidencia el progreso de paciente

Evaluación del Progreso del Paciente.

"Al determinar los cambios que se esperan en el paciente mediante las acciones de enfermería, la enfermera aplica su capacidad de juicio, conocimiento y experiencias propias para dirigir las que se esperan de él. 23]

El propósito de la evaluación del paciente es conocer si los cuidados de enfermería fueron los idóneos en relación con el plan de cuidados proporcionado.

Evaluación de la Atención de Enfermería.

Este es un proceso continuo y sistemático, que determina si las actividades de enfermería se realizaron con el conocimiento, habilidad y destreza necesarios para lograr los objetivos.

"La evaluación cumple la función de retroalimentar el trabajo realizado y este modo permite mejorar la adecuación de las actividades ejecutadas, ya que es necesario que la enfermera conozca el resultado de su esfuerzo con el objeto de mejorar o rectificar sus actividades asistenciales posteriores." 24]

2.- OBJETIVOS:

De Trabajo.

- 1.-Establecer la relación entre el proceso atención de enfermería y su aplicación en el área operativa.**
- 2.-Aplicar las diferentes áreas básicas de conocimiento directamente en las acciones de enfermería.**
- 3.-Llevar a la práctica la exposición del Proceso Atención Enfermería, como instrumento de trabajo para el personal de enfermería.**

Del Alumno.

- 1.-Unificar los diferentes criterios existentes acerca del P.A.E.**
- 2.-Presentar este modelo de Proceso Atención de Enfermería como opción de titulación.**

3.- DISEÑO METODOLÓGICO.

El presente trabajo esta basado en el tipo de investigación observacional, específicamente en el capítulo de revisión de casos.

Para tal fin sera necesario utilizar un marco teórico que nos permita fundamentar el modelo del proceso atención de enfermería, a la vez de que nos permite unificar en forma clara los diversos criterios existentes acerca del P.A.E..

Asi de igual manera es necesario plantear un posible problema a resolver, lo que facilitará la metodología porque de esta manera se tendra algo que resolver; de igual manera se plasmarán los objetivos de trabajo y específicos, lo que a su vez nos daran las metas a alcanzar.

Finalmente se utilizará el modelo del proceso atención enfermería con algunas correcciones en sus apartados, para poder ser aplicados en un caso real y que en esta ocasión será en el Área hospitalaria.

Este trabajo es un estudio exento del planteamiento de hipótesis. Debido a que en los trabajos de tipos descriptivos la hipótesis constituya uno de sus objetivos.

Está contemplada la ejecución de este trabajo en la semana del 20 al 24 de Enero de 1992, siendo su resultado final la elaboración de un plan de cuidados de enfermería; que ostente en su contenido las materias contempladas en las descritas, en la ubica

ción del tema de estudio. Dando como resultado de todo esto la exposición del trabajo final ante un jurado de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, para obtener el título de Lic. en Enfermería y Obstetricia.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El estudiante de enfermería, al igual que el profesional de esta área, necesitan un instrumento de trabajo que les permitan desempeñar sus funciones al mismo tiempo que las van planeando, conforme se van detectando problemas que necesiten ser atendidos en el momento, a la vez de que este instrumento sea preciso y confiable y sobre todo que se pueda escribir en un modelo de fácil manejo, y que al leerlo cualquier otro profesionalista, sepa de que contenido se trata y de que manera el personal de enfermería logra planear y ejecutar satisfactoriamente sus acciones de enfermería. En base a este orden planteamos el siguiente problema.

¿El Proceso Atención de Enfermería es en verdad un instrumento de trabajo útil para el profesional de enfermería en el área aplicativa ?.

5.- EXAMEN CLINICO.

I. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

1.-DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre: ZARIFANA RDZ. ALICIA Servicio: C. GENERAL.
No. de cama: 419 Fecha de ingreso: 13-I-92
Edad: 57 años. Sexo: Femenino Estado Civil: Casada
Escolaridad: So. de primaria Ocupación: Hogar
Religi6n: Cat6lica Nacionalidad: Mexicana
Lugar de procedencia: D.F.
Domicilio: Av. 557 6a. cerrada #4 U. San Juan de Arag6n, D.F.

2.- PERFIL DEL PACIENTE.

AMBIENTE FISICO.

Habitaci6n:

Caracteristicas fisicas (iluminaci6n, ventilaci6n, etc.)

Casa propia de construcci6n de tabique y loza, con iluminaci6n el6ctrica, buena ventilaci6n. Cuenta con todos los servicios.

Propia, Familiar, rentada, otros: Propia

Tipo de Construcción: Tabique y loza.

Número de habitaciones: 2 recamaras, cocina, sala y baño.

Animales Domésticos: Ninguno

Servicios sanitarios:

Agua (Intradomiciliaria, hidratante público, otros): Intra-
domiciliaria.

Control de basura: Bolsas de plástico y la depositan en el
camión de basura.

Eliminación de desechos (Drenaje, fosa séptica, letrina
otros): Drenaje

Pavimentación: Sí, cuenta con este servicio.

Vías de comunicación:

Teléfono : Sólo teléfono público.

Medios de transporte: Camiones de la R-100 y combis

Recursos para la salud:

Centro de salud, dispensario médico y la clínica-hospital
29 del IMSS.

Hábitos Higiénicos:

Aseo: Baño (tipo, frecuencia). Baño completo diariamente.

De manos: Antes y despues de ir al baño, antes de preparar los alimentos.

Bucal: Tres veces al día.

Cambio de ropa personal (Parcial, total y frecuencia):

Total, diariamente una vez al día.

Alimentación:

Desayuno (Horario, alimentos): 8:30 a 9:00 frijoles y/o guisado del día anterior, pan, café con leche.

Comida (Horario, alimentos): 14:00 a 14:30. Sopa de verduras c/tercer día y carne dos veces por semana no consume la carne de puerco ni la de pescado.

Cena (Horario, alimentos) 21:00 sólo merienda pan y café con leche.

Alimentos ;

PREFERENCIA: Verduras

DESAGRADO: Puerco y pescado

INTOLERANCIA: Picante

Eliminación (Horario y características).

Vesical: De tres a cuatro veces por día. (No especifica horario).

Intestinal: En la mañana como a eso de las 11:00 A.M.

Descanso (Tipo y frecuencia).

En las tardes sentandose a tejer.

Sueño (Horario y características).

De 10:00 p.m. a 6:00 a.m., a veces tarda para dormir.

Diversión y/o deportes.

No práctica ningún deporte, no le gusta ver televisión sólo le gusta tejer y/o leer alguna revista.

Estudio y/o trabajo:

Sólo tomó un curso de tejido, el cual terminó y actualmente se encontraba tomando un curso de primeros auxilios.

Otros:

COMPOSICION FAMILIAR:

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	PARTICIPACION ECONOMICA
Esposo	65a.	Jubilado	si

NOTA: La Sra. cuenta con nueve hijos. de los cuales ocho de ellos son casados y su última hija tiene cinco años que trabaja en el extranjero; no aporta nada al hogar, las edades de los hijos son: 33, 29, 27, 26, 25, 24, 23, 22,

21 y 20 años de edad.

DINAMICA FAMILIAR:

Es muy pobre la convivencia con la familia, ya que esta sólo la visitan dos veces al año. Apesar de que viven todos a excepción del padre y la última hija en el D.F.

El padre tiene cinco años de vivir en La Paz, Baja California y la hija en los Estados Unidos.

DINAMICA SOCIAL:

Casi no sale de su casa, convive muy esporádicamente con sus vecinos. En resumen lleva una dinámica social muy pobre.

COMPORTAMIENTO (Conducta). Es una persona muy reservada tarda para entablar plática con la gente.

RUTINA COTIDIANA:

Se levanta temprano, se entretiene con el aseo de su casa; actualmente asitia a un curso de primeros auxilios, sólo sale a la calle para ir al mercado o al curso.

3.-PROBLEMA ACTUAL O PADECIMIENTO:

Problema padecimiento por el que se presenta.

Se presentó al servicio de urgencias por presentar dolor tipo cólico en epigástrico, que le irradia a hemitorax anterior, con náuseas y este dolor se le calma un poco con el vómito, además de que desde hace 4 meses a perdido 13kg. de peso.

Antecedentes personales patológicos:

A los 5 años fue operada de apendicectomía, no acostumbra tomar medicamentos, sólo de vez en cuando toma té de hierbas (no especifica de que tipo).

Antecedente Familiares patológicos.

Padres operados de vesícula biliar, así como tres de sus hermanos operados del mismo problema.

Comprensión y/o comentario acerca del problema o padecimiento

Ignora su padecimiento actual.

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Hasta el momento de la entrevista, la familia no se ha presentado a al visita del paciente en el hospital.

II. EXPLORACION FISICA.

Inspección:

Aspecto físico: Paciente femenino, que cursa la sexta década de la vida; con edad no aparente a la cronológica, con facies de tranquilidad (por lo menos al momento de la entrevista), con postura libremente escogida de una constitución frágil. Con un estado nutricional malo, movimientos normales, marcha halopática con una biotipología endomórfica. Ubicada en tiempo, persona y espacio, conciente.

Aspecto emocional (estado de ánimo, temperamento, emo-

ciones): El estado emocional decaído (un poco deprimida) su temperamento a estado disminuido, emocionalmente esta triste por su padecimiento actual, de un nivel cultural bajo, su cuidado personal esta descuidado al momento de la entrevista. Sv, dentro de parámetros normales.

Palpación: A la palpación utilizando el método cefalocaudal encontrándose unicamente datos importantes en abdomen, donde se nota dolor disminuido en epigástrico al momento de la palpación resto de aparatos sin alteración para el padecimiento actual.

Percusión: En esta se encuentran campos pulmonares ventilados, ruidos cardíacos normales, ruidos intestinales un poco disminuidos.

Auscultación: Ruidos pulmonares normales.

Medición, peso, talla: peso actual 37kg. talla 1.42 cms.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS.

EXAMENES DE LABORATORIO.

FECHA	TIPO	CIFRAS		OBSERVACIONES
		NORMALES	DEL PACIENTE.	
13-I-92	BH	Hb. 13.5 a		
		17	14.6	datos normales
		Hematocrito	42-48	S/M
		Leucocitos	4-12 mils/ml	9.850
		O.S.	Bilirrubina	
		Dir.	0.5	
		Ind.	0.1	

DIAGNOSTICO DE PRESUNCION O DATOS CLINICOS

Colisistitis crónica.

13-I-92	BH	Hemoglobina	12.2 g/dl	
		Leucocitos	10.600mm	
		Linfocitos	26%	
		Monocitos	0 %	
		Eusinoófilos	1 %	
		Basófilos	0 %	
		segmentados	72 %	
		En banda	1 %	
	U.S.	Glucosa	86mg/dl	
		Urea	38mg/dl	
		Creatinina	0.8	Gpo.sanguíneo DRh+
14-I-92		Colesterol		
		total.	16.5	
		Proteínas		
		totales.	6.2	
		Albumina	3.5	
		Globulinas	2.7	
		relación	1.3	

DIAGNOSTICO DE PRESUNCION O DATOS CLINICOS.

Colisistitis Crónica.

FECHA	TIPO	NORMALES	CIFRAS DEL PACIENTE.	OBSERVACIONES
14-I-92	BH	Transaminasa		
		g oxalacética	19	
		Transaminasa		
		g piruvica	9	
		Fosfatasa al-		
		calina.	73	
		Deshidrogenasa		
		láctica	144	
		Calcio	8.1	
		Potasio	3.9 mEq.	
Sodio	145			
I P =	12			
RIN =	12			
T p	14/67%			
15-I-92	BH	Hemoglobina	12.1 g/dl	
		Hematocrito	s/r	
		Leucocitos	6.800 mm	
		Linfocitos	42 %	
		Monocitos	0%	
		Eosinófilos	6 %	
		Basófilos	0%	

		Segmentados	52%	
		En banda	0%	
Q.S.		Glucosa	173mg/dl	
		Urea	15	
		Creatinina	0.7	
		TP	12.5/83	
		tpt		
		IP	1.1	
		RIN	1.1	
EGO		Densidad	1010	
		Ph.	8.5	
		sedimentos leuc.	1-2	+++
23-I-92	Q.S.	Glucosa	102mg/dl	
		Urea	35mg/dl	
		creatinina	0.9	
		colesterol total	211	
		bilirrubinas		
		Dir.	0.42	
		Ind.	0.42	
		Proteinas	7.1	
		Albumina	4.1	
		Globulinas	3.0	
		Relación	A/ 61.3	

DIAGNOSTICO DE PRESUNCION O DATOS CLINICOS.

Linfoma Gástrico

FECHA	TIPO	NORMAL	CIFRAS DEL PACIENTE.	OBSERVACIO- NES.
26-I-92	BH	Hemoglobina	10.4g/dl	
		Hematocrito	s/c	
		Leucocitos	8.100 mm	
		Linfocitos	40%	
		Monocitos	0%	
		Eosinófilos	1%	
		Basófilos	0%	
		Segmentados	57%	
		en banda	2%	
		T. Coagulación	16 "/80 min.	
G.S.		Glucosa	95mg/dl	
		Urea	43mg/dl	
		Creatinina	0.8	
		TP	14.5 seg 100%	

EXAMENES DE GABINETE.

TIPO	OBSERVACIONES.
ENDOSCOPIA	<p data-bbox="377 339 886 426">Esófago: Normal en sus dos tercios superiores en su tercio medio inferior la unión esófago-gástrico a nivel de hiato.</p> <p data-bbox="377 444 886 971">Estómago: La mucosa de fondo en su curvatura mayor es de aspecto macroscópico normal. En cuerpo parte alta hasta la unión con antro se observa una gran úlcera en formas irregulares, bordes amelonados, fibrina en su interior mide aprox. 4cms. de diámetro la que continua hacia la cara interior de estómago e infiltra hasta 2cms abajo del hiato. Cara posterior y curvaturas menor macroscópicamente respetada. Se toman múltiples biopsias observando la mucosa rígida y sangrante, antro es de aspecto normal, piloro central normal.</p> <p data-bbox="377 989 886 1040">I.D: Linfoma Gástrico (abarca cuerpo y parte alta hasta la unión con antro.)</p>

6.- HOJA DE TRABAJO PARA EL PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

La hoja de trabajo nos ayuda a recolectar los datos proporcionados en forma verbal y transcritos tal y como el paciente nos lo esta manifestando, en la misma hoja utilizamos la escala de Maslow y la tabla de crecimiento y desarrollo. Esta hoja de trabajo nos permite a continuacion fundamentar los diagnosticos de enfermeria.

INFORMACION RECADADA	ORGANIZACION DE DATOS
1.-Paciente femenina,de 57 años.	
2.-Casada.	Necesidades de Maslow.
3.-Ama de Casa.	1.-Fisicas. 4, 9, 10, 11, 12, 19 20, 21, 24.
4.-Ingresó hace 8 dias al servicio de urgencias,por presentar dolor tipo cólico en epigástrico, acompañado de náuseas y vómito.	
5.-Su esposo y una de sus hijas no viven con ella desde hace cinco años.	2.-Protección/ seguridad 4, 7, 8, 16,21,23,24
6.-La paciente tiene nueve hijos,ocho de ellos estan casados.	3.-Amor y pertenencia 2,3,5,6,7,17
7.-Ella refiere que es mejor acostumbrarse a estar sola, ya que los hijos tienen que dedicarse a su	4.-Autoestima 7,8,9,11,13,15,17,21, 22,24.

nueva vida.

8.-Orientada en tiempo, persona y lugar.

5.-Autorrealización
2,18,25

9.-Paciente tímida, con el cabello sin peinar, evita la mirada del personal.

6.-Crecimiento y de -
sarrollo.
1,2,3,5,6.

10.-Peso actual 37kg.
talla 1.42 cms.

11.-Acerca del apatito refiere que se le antoja comer algo rico, pero tiene miedo a comer por temor a morirse.

12.-La paciente ha bajado 13kg. de peso en los últimos cuatro meses.

13.-La paciente se siente aburrida en el hospital, ya que no cuenta con ninguna distracción.

14.-Expresa tener miedo de ser operada, ya que teme no resistir la operación.

15.-"Si me van a sacar sangre; les advierto que no lo voy a permitir más".

16.-"No me gusta depender de otras personas".

17.-"Me gusta tejer y leer algunas revistas".

18.-"He trabajado desde los trece años de edad,

pero ahora me conformo con lo que me manda mi esposo".

19.-"Antes,deje de comer por miedo a que el dolor y el vómito se me presentaran de nuevo".

20.-"Se me han estado haciendo nudos en los dedos estos mismos nudos los tengo duros.Al principio me dolian, pero desde que ingreso al hospital se me han desaparecido esos dolores de los dedos".

21.-"Me nege a ir a la Paz; por que le dije a mi esposo que primero queria darme un chequeo, para saber el estado de salud en el que me encuentro.

22.-"Al principio me sentia sóla, pero tuve que acostumbrarme".

23.-"El único trauma que recuerdo vagamente es que cuando tenia cinco años de edad, fui operada de apendicitis".

24.-"Tengo miedo de que me digan que mi enfermedad sea incurable".

25.-"Asisti a un curso de tejido y actualmente estaba en uno de primeros auxilios,el cual deje al ingresar al hospital".

7.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Se trata de paciente femenino que cursa la sexta década de la vida, con edad no concordante con la cronológica. Conciente ubicada en tiempo, lugar y persona; de un nivel cultural bajo, en posición libremente escogida y de una biotipología endomórfica.

Su problema actual lo inicia hace cuatro meses al presentar dolor tipo cólico en epigástrico que irradia a torax anterior, que se acentua con el contenido alimenticio y disminuye este con el vómito, haciéndose más marcado este problema desde el día 5 de Enero del 92.

Además refiere la paciente que ha dejado de comer por miedo al dolor. Por otra parte comenta que vive sola desde hace cinco años, cuenta con nueve hijos, ocho de los cuales están ya casados, y que la última de sus hijas vive en los Estados Unidos con una de sus hermanas. Refiere que es mejor acostumbrarse a estar sola. Refiere haber perdido 13kg. de peso desde el inicio de su padecimiento, se encuentra un poco deprimida y aburrída en el hospital, negándose a colaborar con la toma de muestra del laboratorio, tiene miedo de su padecimiento actual y le incomoda la idea de tener que depender de sus hijos; además presenta artritis reumatoide en los dedos de los miembros superiores (Sin tratamiento para esto último).

B.- PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

NOMBRE: Z.R.A.

SEXO: Fem.

ESTADO C.: Casada

SERVICIO: C. General

CAMA: 419

FECHA DE INGRESO: 13-I-92

DIAGNOSTICO MEDICO: COLESISTITIS CRONICA LITIASICA VS PROBABLE CA
DE CABEZA DE PANCREAS.

DIGNOSTICO DEFINITIVO: LINFOMA GASTRICO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

- 1.-Dolor tipo cólico en epigastrio, y vòmito a causa de probable colisistitis crònica litiasica. (datos 4,19 y 21.)
- 2.-Perdida de peso a causa de vòmitos y poco aporte de nutrientes. Consecuente a probable Ca de cabeza de pàncreas. (datos 10,11,12 y 19).
- 3.-Anorexia por temor a que el dolor se presente de nuevo. (datos 11,12, y 19).
- 4.-Miedo a que su mal sea incurable, y a depender de

sus familiares. (datos 14,16,18 y 20).

5.-Propensión a la nostalgia por que sus familiares no la visitan en el hospital (alejamiento de la dinámica familiar); (datos 5,7,13 y 22).

OBJETIVOS INMEDIATOS:

- 1.-La paciente no se quejara de dolor en este turno de 8 hrs.
- 2.-La paciente colaborara en su tratamiento médico.

OBJETIVOS MEDIATOS:

- 1.-La paciente aumentará 500grs. en una semana (20 al 24 de Enero)
- 2.-La paciente aceptará integrarse a una actividad recreativa.
- 3.-La paciente aceptará la ayuda de la familia.
- 4.-La familia colaborara en el tratamiento de la paciente.
- 5.-La paciente participara en los estudios que se le realicen a lo largo de su tratamiento.

PROBLEMA: Dolor en epigástrico y vómito.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

La paciente expresa ligeras molestias a la exploración del abdomen, aunque su rostro este aparentemente tranquilo, también presenta ligeras náuseas, sólo tuvo un vomito por la noche.

RAZON CIENTIFICA:

Los estímulos sensitivos del dolor (nociceptivos) en la piel y vísceras activan las terminaciones nerviosas bipolares de las raícos dorsales de la médula espinal o los ganglios de los pares craneales. Después de hacer sinapsis en la médula o en el bulbo raquídeo, las vías ascendentes decusadas alcanzan el hipotálamo y se proyectan hacia la corteza; un sistema aferente multisimpático e indirecto hace conexión reticular del tallo cerebral y se proyecta hacia los núcleos talámicos intralaminares y mediales, y al sistema límbico. La transmisión del dolor se regula a nivel de la asa dorsal mediante las vías bulboespinales descendentes que contienen serotonina, noradrenalina y varios neuropepticos.

El dolor puede ser de origen somático (piel, tejidos profundos, articulaciones, músculos).

neuropático (lesión de nervios, vías de la médula espinal o tálamo), y visceral.

Dolor Visceral: El dolor de las estructuras viscerales es mal localizado, no localizado, se acompaña de náuseas y sín-

tomas autonómicos. A menudo irradia o es referido a otras regiones, a causa de que existen relativamente pocos receptores de dolor en las vísceras. El dolor de estas pueden ser muy intensas, los receptores que se encuentran en las paredes de las vísceras huecas son especialmente sensibles a la distensión cuando una víscera está inflamada o hiperémica. Los impulsos dolorosos de casi todas las vísceras torácicas y abdominales son conducidos por el sistema nervioso simpático y por las raíces dorsales del primer nervio torácico espinal hasta el segundo lumbar.

Con frecuencia la irritación de una víscera produce dolor que se siente no en las vísceras mismas sino en alguna estructura somática.

Regla de los Dermatomas: Cuando el dolor es referido usualmente lo es a una estructura que proviene del mismo segmento embrionario o dermatoma, como la estructura en la cual se se origina el dolor por ejem.; el diafragma emigra de la re-

gión del cuello, durante su desarrollo embrionario, hasta su localización abdominal en el adulto y lleva con él su innervación a el nervio frenético.

Una tercera parte de las fibras del frenético son aferentes y entran a la médula espinal a un nivel situado sobre el segundo y cuarto segmento cervical, el mismo sitio por el cual entran las fibras aferentes del vértice del hombro.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- 1.-Alentar a la paciente a que reporte la presencia de dolor.
- 2.-Evaluar y registrar nuevos datos de dolor que no hayan sido valorados por el médico.
- 3.-Administrar sus analgésicos (dipirona I g. y butilhiostina Iamp. i.v c/6hrs.).
- 4.-Proporcionarle una adecuada alineación del cuerpo.
- 5.-Informarle los diferentes tipos de estudios que le realizarán, así como el efecto que estos le producirán.

RAZON CIENTIFICA:

- 1.-Por que el hecho de que se le motive al paciente a que participe en su cuidado, le dara pauta a que se entablezca una comunicación confiable, sobre todo tomando en cuenta la edad y sexo de la paciente asi como su estado emocional.
- 2.-Cuando un paciente no cuenta todavia con un diagnóstico definitivo, resulta de suma importancia registrar cualquier signo o sintoma nuevo en el padecimiento actual del paciente.
- 3.-Los analgésicos no narcóticos de acción sistémica bloquearan el dolor mediante una acción periférica.
- 4.-Los cambios de posición alivian la tensión muscular y

evitan la presión prolongada, también se evitan contracciones musculares mejora la circulación y da sensación de bienestar.

5.-Considerando que la paciente va a ser sometida a una endoscopia y toma de biopsia gástrica. El hecho de que conozca en que consisten estos estudios y las probables molestias que le originaran, le evitaran la sensación de angustia y sobresalto por el dolor que se le originara. Pero sobretodo es importante notificarle que este dolor es tolerable, y que si el dolor le aumenta de intensidad, es de vital importancia que lo reporte en el turno que se le presente.

EVALUACION:

Los objetivos planteados como inmediatos se lograron cumplir. En cuanto a las acciones de enfermería cabe señalar que el dolor sólo estuvo presente el día martes 21-I-92, después de que la paciente regresó de sus estudios, así mismo el hecho de haberla orientado en cuanto a la importancia que significaba para nosotros y ella señalar nos cualquier manifestación que no fue presentada anteriormente, sólo reportó ligeras náuseas sin llegar al vómito. La causa final de su dolor fue linfoma gástrico por lo tanto mencionare que este punto no esta del todo concluido, por la razón de que esta patología es degenerativa y muy dolorosa. Por lo que se sugiere mas medidas y/o acciones de enfermería para este problema.

PROBLEMA: Pérdida de peso a causa de vómitos y poco aporte de nutrientes; consecuente a probable Ca de cabeza de pancreas.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

La paciente presenta signos de caquexis (presenta pómulos prominentes, ojos unidos, y consunción de tejidos blandos faciales). Náuseas, dolor en epigástrico a la palpación. Debilidad, fatiga, pérdida del tono muscular, presento anemia, hemorragia gastrointestinal (en los primeros días de internamiento). Fragilidad capilar y pérdida de aproximadamente 13 kg. en cuatro meses.

RAZON CIENTIFICA:

La desnutrición de proteínas y calorías origina alteraciones fisiopatológicas importantes, que pueden afectar prácticamente todo sistema de órganos, los resultados mas obios son la pérdida de peso corporal, los depósitos de grasa y disminución de la masa muscular. La pérdida de proteínas de músculo-esquelético y órganos internos suele ser proporcional a la pérdida de peso. La masa de proteínas se pierde de hígado, aparato gastrointestinal, riñones y corazón.

A medida que progresa la desnutrición de proteínas y calorías, puede desarrollarse una disfunción de órganos. Disminuye la síntesis hepática de proteínas séricas y

pueden observarse valores bajos de proteínas circulantes. Se reduce el gasto cardiaco y la contractilidad cardiaca y el EKG puede mostrar disminución del voltaje y desviación del eje hacia a la derecha. Entre las alteraciones más importantes que se observan en la desnutrición de proteínas y calorías, están la disminución de la inmunología. Suele disminuir la cuenta total de linfocitos, principalmente por una disminución de las células T circulantes cuya función también está deprimida.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- 1.-Checar el peso del paciente y su talla diariamente.
- 2.-Motivar al paciente a que se tome su vivonex en dosis fraccionadas al día, y sobre todo que procure tomarlo frío.
- 3.-Llevar acabo el registro de control de líquidos.
- 4.-Procurar un ambiente tranquilo sobre todo a la hora de las tomas de su vivonex.
- 5.-Administrar sus antiácidos (ranitidina una amp iv c/12 hrs.) en los horarios establecidos.

RAZON CIENTIFICA:

1.-El llevar acabo este registro nos proporciona informacion acerca de, si, el paciente esta ganando o perdiendo peso; de esta manera se incrementaran acciones especificas en cuanto a la dieta. Por otro lado se investigara si el paciente en realidad esta consumiendo los sustitutos alimenticios que se le han prescrito para su tipo de padecimiento.

2.-El vivonex es un sustituto alimenticio que le proporciona al paciente aminoacidos esenciales, vitaminas, lipotopicos, electrolitos, carbohidratos, grasas y una osmolaridad balanceada.

El vivonex no debe permanecer a la temperatura ambiente, durante mucho tiempo ya que se desactiva; requiere refrigeracion entre 0 y 10 grados centigrados. No debe consumirse el preparado despues de 24 hrs. de haberse preparado. Ademas de que el hecho de tomarlo frio reduce la sensacion de nausea que ocasiona su sabor. El preparado debe tomarse lentamente. Un vaso (250 ml) de la solucion se ingerira en un lapso de media a una hora, para evitar nauseas

3.-El balance del liquidos es la relacion entre la ingesta y excrecion de agua, que se mantiene constante originando el equilibrio hidrico o balance de agua y en el cual intervienen una serie de procesos

que permiten que no se pierda más agua de la que se ingiere.

- 4.-El proporcionar un ambiente tranquilo al paciente nos ayuda a que su estado afectivo no intervenga con el aparato digestivo, se sabe que los estados emocionales afectan a este aparato.

¿Quién no ha tenido la experiencia de ver su apetito su digestión o su eliminación afectados por las preocupaciones, la cólera, el miedo o la tristeza?. En estas condiciones, perder el apatito, indigestarse, vomitar etc. es afectado por el aparato psíquico. Las emociones influyen en los procesos digestivos a través de los centros diencefálicos.

- 5.-La ranitidina es antagonista del receptor H es más potente que la cimetidina y no interviene con el metabolismo de los fármacos que utilizan, el sistema hepático.

EVALUACION: El cumplimiento del objetivo mediano se logró cumplir ya que al término de esta semana de actividad el peso de la paciente fue de 37.600 gr. , en cuanto al control de líquidos no fue posible llevarse a cabo, debido principalmente a que la paciente no recolectaba la orina en el cómodo; y el resto del turno (vespertino y nocturno) no lo llevaban a cabo. En cuanto a la toma del Vivonex fue aceptada y tomada conforme a las in-

dicaciones señaladas. El ambiente tranquilo solo fue posible a determinadas horas, tomando en cuenta la gran cantidad de actividades que se desarrollan en la mañana. Y finalmente no se quejo de ardo en el estómago.

PROBLEMA: Anorexia por temor a que el dolor se presente de nuevo.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Pérdida del apetito (condicionado) por el dolor.

Expresión de dolor tipo cólico en epigástrico.

Sensación de náusea, sensación de olores nauseabundos.

RAZON CIENTIFICA:

La anorexia es la pérdida de apetito en presencia de la necesidad fisiológica de alimentos, es un síntoma común en padecimientos gastrointestinales y de endocrinopatías. También se caracteriza en ciertos trastornos psicológicos graves, y puede derivarse de factores como ansiedad, temor, dolor crónico, higiene bucal inadecuada entre otros.

El centro del temor esta localizado en las áreas integrales difusas, en el sistema límbico y en el hipotálamo.

Los estímulos que inician este patrón de respuestas en el animal intacto, no son impulsos reguladores viscerales; sino estímulos emocionales en el temor o miedo, la amenaza es objetiva, externa. El individuo que experimenta tiene conocimiento de la fuente de peligro que lo amenaza y en principio puede enfrentarse a él; defenderse, por eso cuando existe una señal de peligro se desencadena un gran estímulo simpático (en el caso del miedo) lo que produce respuestas noradrenergicas se incrementa la secreción de la médula suprarrenal y esto

sucede cuando el sistema vasodilatador simpático-colinérgico es activado y existe aumento de secreción de adrenalina y noradrenalina.

(Existe un sistema de neuronas que contienen Fenitetanolamina N Metiltransferasa (PMT) y cuyos cuerpos celulares se encuentran en el bulbo y se proyectan en el hipotálamo esas neuronas secretan adrenalina.)

Estas catecolaminas tienen una vida media de alrededor de 2min. en la circulación. sus efectos además de sintetizar los efectos de la descarga nerviosa adrenergica, la noradrenalina y adrenalina estimulan el sistema nervioso y ejercen efectos metabólicos que incluyen a la glucogenólisis hepática y muscular, a la movilización de ácidos grasos libres y a la estimulación de la tasa metabólica En las personas la adrenalina provoca más temor.

Las catecolaminas tienen varias acciones diferentes que modifican la glucemia estas mismas catecolaminas aumentan la secreción de insulina y de glucagón a través de mecanismos B-adrenergicos, el balance neto entre los diversos efectos en los humanos es tal, que la adrenalina intravenosa eleva la glucosa en sangre más que la noradrenalina y en algunos casos de tumoraciones; el paciente puede presentar una hiperglucemia. Con todo esto se apoya la siguiente hipótesis.

Hipótesis Glucostática:

La actividad del centro de la saciedad está probablemente gobernada, en parte por el nivel de utilización de glucosa de las células dentro del centro. En consecuencia estas células han sido llamadas glucostáticas, se ha postulado que cuando su utilización de glucosa es baja y consiguientemente cuando la diferencia arteriovenosa

de glucosa a través de ellas es pequeña su actividad decrece, la actividad del centro alimentario no está restringida y el individuo siente hambre. Cuando la utilización es alta, la actividad de la glucostática aumenta el centro alimentario se inhibe y el individuo queda saciado sobreviniendo así la anorexia.

Esta teoría se apoya; por ejemplo en la diabetes en la cual existe aumento de apetito (polifagia) debido a que la glucemia circulante es alta, pero la utilización de la glucosa por las células es baja a causa de la deficiencia de la insulina.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- 1.-Disminuir el estado de temor de la paciente relacionado con el dolor.
- 2.-Checar el nivel de glucosa en sangre de la paciente (Dextroxtix) una vez por turno.
- 3.-Emplear una terapia (psicoterapia de grupo) 3 dias a la semana.
- 4.-Motivar a la familia a que colabore en el tratamiento de la paciente.

RAZON CIENTIFICA:

- 1.-El disminuir el factor primario (dolor) que esta ocasionando el temor favorece a que no se liberen mas catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), estas a su vez, como ya se menciona antes; estas tienen una vida media de 2min. en el sistema circulatorio, son metabolizados en productos biológica-

mente inactivos por la oxidación y metilación.

La primera reacción es catalizada por la monoaminoxidasa (MAO) y la segunda por la catecol-O-metiltransferasa (COMT).

La MAO se encuentra en las mitocondrias. Está ampliamente distribuida, siendo particularmente abundante en el cerebro, hígado y riñones; y grandes cantidades se encuentran en las mitocondrias, de las terminaciones nerviosas en las cuales se secretan catecolaminas.

La COMT está también distribuida en hígado y riñones pero no en terminaciones nerviosas.

Al degradarse estas catecolaminas dejan de estimular a los islote del páncreas dando por resultado disminución de glucagón e insulina al disminuir la glucosa en sangre perdiéndose en estos el centro de saciedad de hambre y finalmente desaparece la anorexia condicionada.

- 2.- Cuando un paciente no es diabético, se debe de todas maneras tener cuidado de las hiperglucemias, en este caso señalamos ya con anterioridad los efectos que producen las catecolaminas en el estado de ansiedad por lo tanto el chequeo de dextroxtix nos ayudará también a evaluar el estado de temor de la paciente, si este ha disminuido, la paciente presentará síntomas de hambre y baja de glicemia circulatoria dentro de

los niveles normales establecidos.

3.-La psicoterapia es una forma de tratamiento de los problemas de naturaleza emocional; consiste en que una persona previamente formada, establece deliberadamente una relación profesional con un paciente con el objeto de renovar, modificar o atenuar los síntomas existentes, de modificar los tipos de conducta perturbados y de promover una moderación y desarrollo positivos de la personalidad.

Teniendo en cuenta que los problemas del paciente estarán en relación con frustraciones ambientales o personales y/o familiares.

La acción de la psicoterapia se dirigirá, por lo tanto a producir cambios en el ambiente a fin de reducir la intensidad o frecuencia de las frustraciones de él derivadas, a servir de apoyo ó soporte de frustraciones personales y sobre todo a descubrir las causas de sus conflictos, de forma tal que el sujeto comprenda mejor los móviles de su conducta. Que se produzcan en él cambios emocionales y se diluyan sus mecanismos de defensa, dando paso a otras formas de comportamiento más maduro.

La psicoterapia de grupo es una modalidad de psicoterapia consiste en que varios pacientes exponen y discuten sus problemas bajo el control y la orientación de un terapeuta y frecuentemente un ayudante toma notas del curso de la sesión.

Evaluación.

Es importante mencionar que el objetivo mediato de el plan de atención de enfermería en relación con la integración de la paciente a una actividad recreativa se llevo en forma satisfactoria.

Mencionaré que la paciente acepto la ayuda de la familia, sólo que esta no se ha podido integrar al tratamiento de la paciente.

Los niveles de glucosa han disminuido, el dextroxtix reporto 110 mg/dl en la toma de 2 días consecutivos. Y el temor también se redujo, la paciente toleró satisfactoriamente su dieta normal, y no se presento náuseas, ni dolor en la semana en que se estuvo trabajando con la paciente.

Finalmente cabe mencionar que la psicoterapia resultó tanto para la paciente, como para el resto de los pacientes de esa sala, logrando establecer un diálogo entre los mismos pacientes.

Es importante señalar que el objetivo mediato de el plan de atención de enfermería en relación con la integración de la paciente a una actividad rereactiva se llegó a cumplir.

Así mismo el que la paciente aceptara la ayuda de la familia se cumplio, pero el que la familia colaborara con el tratamiento de la paciente no; debido principalmente a que esta no se presento a la hora de la visita, solamente acudio un día una nuera de la señora.

Por otro lado el temor disminuyo en un 80 % en la paciente los dextroxtix reportaron cifras normales.

La psicoterapia funciono; no nadamas para la Sra. Alicia, sino que también para el resto de los pacientes de esa sala, por lo menos en el

turno en que se llevo acabo, (Matutino), en este caso.

PROBLEMA: Angustia a que su mal sea incurable y a depender de sus familiares.

MANIFESTACIONES CLINICAS: Agitación, aumento en la tensión, irritabilidad, puede haber náusea, vómito, insomnio y temblores.

RAZON CIENTIFICA:

Para entender bien a la angustia se necesita estudiarla como tensión somática, como ansiedad individual y como pánico del grupo, lo que significa que hay por lo menos tres formas distintas bajo las cuales se presenta la ansiedad. Para ser investigada, la angustia se comprende mejor cuando fuera de todo interés clinico se le estudia fenomenológicamente o se le ve como una manifestación típicamente humana que depende en parte del medio y de la cultura.

Erikson dice lo siguiente: "Un aspecto de un proceso adquiere importancia a medida que da, y a su vez recibe, significado de otros aspectos que presentan los demas procesos".

Se menciona también que la angustia es una respuesta global de la personalidad en situaciones que el sujeto experimenta como amenazantes para su existencia organizada. Subjetivamente se caracteriza por un efecto de incertidumbre e impotencia ante una amenaza que no es del todo persibida o que lo es en forma parcial vaga. Fisiológicamente implica cambios bioquímicos y pautas fisiológicas en las que participan el sistema nervioso de la vida de relación, el sistema endócrino y particularmente el sistema nervioso vegetativo.

Particularmente a la intensidad de la angustia, el funcionamiento interno se desorganiza y la relación de la persona con el mundo objetivo se debilita; de ahí que lo que el sujeto experimenta en los casos severos " la disolución de sí mismo".

Freud diferencio entre la angustia como señal de que la amenaza se cierne sobre la personalidad y que no es sino el alertamiento del organismo ante un peligro que facilita el que su reacción sea adecuada a la situación de peligro. La angustia como reacción plenamente desarrollada que paralizante, desgarradora e inadecuada, dice Freud, tiene relación con la expectación que se caracteriza para aumento de la tensión sensorial y motora.

Filogénesis y Antogénesis de la Angustia:

Punto de vista biológico: Entre las defensas de que están todos los organismos para protegerse de estímulos agresivos que son destructivos para su organización. El precursor más remoto de estas funciones protectoras de la irritabilidad de los protoplasmas.

Cuando los organismos adquieren cierto grado de complejidad, poseen la capacidad de sentir dolor, lo cual les permite reaccionar y protegerse contra agentes agresivos en el momento mismo de ser atacados. Especies más complejas han adquirido, en el desarrollo filogenético, medios más eficaces que les permite prever la presencia de estímulos nocivos y protegerse de ellos con anticipación. A esta categoría de reacciones pertenece la reacción de vigilancia.

La pauta precursora de la angustia en el desarrollo ontogenético. Por su carencia de capacidades perseptivas y discriminativas, el infante reacciona a los estímulos peligrosos para su integridad con pautas que son globales, difusos indiferenciales y vacías de conteni-

do.

Posteriormente cuando el niño es capaz de localizar e identificar las situaciones peligrosas, su respuesta defensiva se condiciona a esos eventos particulares puesto que en la maduración de los organismos siempre ocurre el paso de lo menos diferenciado a la más diferenciado, podemos decir que la angustia es menos diferenciada que el miedo, es también anterior a él, en el desarrollo antogenético.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- 1.-Entablar un diálogo entre familiares y paciente.
- 2.-Informarle a la paciente la realidad de su padecimiento.
- 3.-Reafirmar su sentimiento de confianza.
- 4.-Reforzar su poder de decisión, para de este modo reafirmar el de autonomía.

RAZÓN CIENTÍFICA:

- 1.-El hecho de que la familia colabore en el diálogo con la paciente, esta va desechando la idea negativa que se ha formado acerca de que, familia es igual a dependencia, la autoestima es una necesidad; que es la carencia de algo que se siente como útil, deseable y quizás esencial. La carencia produce en el individuo un desequilibrio caracterizado por tensión. En la esfera psicológica, cuando se refiere a sentimientos y pensamientos a lo largo de nuestra vida las personas experimentan la fuerte tendencia a buscar recompensas, reconoci-

mientos y gratificaciones, así de esta manera la familia, al comentar con la paciente su estado de salud enlazarán algunas ideas que les permitan a ambas partes seguir conservando su sentido de valía personal sin que la relación de diálogo se vea como una obligación.

2.- Es bien sabido que en padecimientos crónicos degenerativos e incurables, los pacientes pasan por diversas etapas de adaptación de la enfermedad.

La transición del estado de salud a enfermedad es una experiencia compleja y muy individualizada. Las dos tareas principales que ha de afrontar cualquier enfermo son: Modificar su imagen corporal, el concepto de sí mismo y su relación de trabajo con los demás.

En el ciclo de salud enfermedad, la mayoría de las personas pasan por tres etapas a saber:

- 1). Transición del estado de salud al de enfermedad.
- 2). El período de la enfermedad "aceptada", y
- 3). Convalecencia.

El tiempo y la clase de experiencia que un individuo tenga en estas etapas varían con su personalidad, el trastorno específico y los cambios originados en su vida.

En el primer punto para disminuir la ansiedad e impedir el pánico, es útil obtener la información acerca de pacientes próximos y, si es posible ponerse en contacto con el médico particular de la persona. La explicación calmada de su padecimiento y la capacidad técnica convencerán al paciente de que es cuidada adecuadamente. Cuando un paciente

experimenta antipatía, incredulidad y negación acerca de su estado, la enfermera puede ayudar al escucharlo; la enfermera de esta manera, no apoya su negación, pero de esta manera al mismo tiempo permite que afronte su situación.

En la segunda etapa el paciente reconoce y admite que está enfermo y que necesita ayuda de los demás en especial del equipo médico, enfermería. En forma pasajera pierde el interés por sus responsabilidades corrientes de adulto y se dedica a sí mismo. El paciente se vuelve egocéntrico con dependencia aumentada y gran interés en su cuerpo. Su conducta suele describirse como regresiva, en la que aparecen formas infantiles de actuar, sentir y participar con los demás. Se considera necesario algo de regresión de manera que la persona pueda permitirse reposo en cama.

La tercera etapa en la adaptación se llama período de convalecencia. La restitución, la recuperación de la salud y la fuerza física suele preseder a que el paciente se sienta y actúe bien. Curar significa abandonar la posición dependiente, regresiva y egocéntrica, y resumir las responsabilidades de adulto. La enfermera puede ayudar al paciente en esta etapa asumiendo un papel análogo al del padre comprensivo de un adolescente.

La enfermera disminuye gradualmente la protección y ofrece guía, consejo y estímulo para el progreso; poco a poco se retira discretamente, lista para tranquilizar al paciente, pero animándolo a experimentar nuevas probabilidades y sólo intervendrá cuando ocurren errores graves de criterio. El paciente siente la confianza de la enfermera y ello lo tranquiliza, en particular cuando no se esperan resultados perfectos o ideales.

3.-Erikson, piensa que su concepto de "confianza" coincide con el de Teresa Benedek, quien prefirió llamarlo "Fé".

Erikson.- "Se puede decir que un recién nacido, es confiado, mientras que sería excesivo decir que tiene fé". De cualquier modo contiene tres aspectos clave según se desprende de la descripción del autor.

a).-Implica que el individuo que lo ha conformado sanamente ha aprendido a apoyarse en la igualdad de los proveedores externos.

b).-Su presencia como integrante de la personalidad hace que uno confie en si mismo y en la capacidad de los propios órganos para superar las urgencias.

c).-Quien posee este sentimiento se siente a su vez merecedor de confianza, al grado de que sus proveedores no necesitan ponerse en guardia temerosa de ser atacados. En última instancia, el sentimiento de confianza permite experimentar al mundo como un lugar habitable y gratificante, capaz de proporcionar confort y felicidad al mismo tiempo, hace que el individuo se sienta preparado para alcanzar todo lo que su habitat le ofrece.

4.-Para que el niño pueda lanzarse a una afirmación de si mismo como ser humano, con una meta y una voluntad propia, se necesita que el sentimiento de confianza sea fuerte. Los siguientes dos años de vida significan un enorme gasto de energía para conseguir un cierto grado de autonomía concebida como la capacidad para la

libre elección.

La maduración anal-muscular proporciona el marco fisiológico para este nuevo enlace, puesta que se relaciona con las actitudes sociales de retener y saltar. Retener puede llegar a ser un acto destructivo y cruel, o bien una actividad que permite "hacer" a otros, desde el punto de vista cultural esas decisiones no son ni buenas ni malas, ya que su valor dependerá de, si la hostilidad se dirige contra alguien o contra si mismo.

Ahora el niño experimenta un indiscriminado deseo de hacer elecciones y si queremos que el medio externo le evite tempranas experiencias de vergüenza y duda, deberá ejercerse un firme control que respete la fé básica de la existencia.

De otro modo el niño puede volver contra si mismo todo esa urgencia de manipular y de experimentar la libre elección, lo que desarrollará en él una conciencia precoz paralizante. La vergüenza y la duda son los sentimientos que aparecerán si el desarrollo no se produce normalmente hacia la autonomía.

EVALUACION:

En el transcurso de la semana del (20 al 24 de Enero del 92) existieron ciertas circunstancias que no permitieron integrar un resultado satisfactorio en las acciones de enfermería planteadas por este problema, primeramente señalaremos la gran cantidad de gente y personal que se agrupa en el turno matutino, en segundo lugar el hecho de que la familia no realizó las visitas con frecuencia, por tal razón la comunicación entre familia y paciente no resultó.

Por otro lado la paciente no fue informada de su padecimiento, debido principalmente a que su hijo mayor se nego a que se diera la noticia a su madre y hasta cierto momento llego a oponerse a que se le sometiera a cirugía paleativa.

Sólo se logro el punto de confianza y autonomía de la paciente al decidirse, a no salir del hospital y el haber firmado con su propio convencimiento la orden de ser operada en este hospital y ser transferida a un tercer nivel, para la realización de sus quimioterapias.

PROBLEMA: Alejamiento de la dinámica familiar, falta de visita por parte de la familia a la paciente en el hospital.

Manifestaciones Clínicas:

Paciente preocupada, un poco ansiosa, constantemente se asoma por la ventana.

Razón Científica:

La familia es el único grupo social que se conoce, donde muchos cambios y diferencias deben acomodarse en tan poco espacio y en tan corto tiempo.

Integración Familiar

I). Familia Integrada: Ambos cónyuges conviven bajo el mismo techo y ninguna función amerita ser atendida.

II). Familia Semi-integrada: Ambos cónyuges conviven bajo el mismo techo y una o más de las funciones ameritan atención.

III). Familia Desintegrada: Ausencia de alguno de los cónyuges.

Fases del Ciclo de Vida de la Familia.

a).- Soltería: 1 ó más personas solteras que conviven bajo el mismo techo.

b).- Matrimonio: Pareja heterosexual que convive bajo el mismo techo, tienen relaciones sexuales, pero no tienen hijos.

c).- Expansión: Igual a matrimonio, pero tienen 1 ó más hijos cuyo cuidado es proporcionado por la familia.

d).- Dispersión: Igual a matrimonio, pero el cuidado de uno ó varios hijos es compartido por otra institución (guardería, Kinder, primaria etc.).

e).- Independencia: Igual a matrimonio, pero alguno de los hijos ya no convive en su hogar (aunque puede haber dependencia afectiva y económica.)

f).-Pensión: Familia en la que alguno de sus integrantes esta pensionado.

g).-Disolución: Familia en la que alguno de los cónyuges estan ausentes (por muerte, divorcio, separación etc.).

Ademas de esto existen en la familia etapas importantes, naturales y comunes por las que atraviesa una familia cuando va creciendo, los individuos que la integran pasan por las siguientes etapas y/o crisis; que genera una angustia temporal y requiere un período de ajuste, así como un ajuste a una nueva integración.

1a. Crisis, la concepción.

2a. Crisis, cuando el niño empieza a utilizar el lenguaje.

3a. Crisis, cuando el niño entra a la escuela.

- 4a. Crisis, la adolescencia de los hijos.
- 5a. Crisis, cuando el adolescente llega a convertirse en adulto.
- 6a. Crisis, el matrimonio de los hijos (síndrome del nido vacío)
- 7a. Crisis, la menopausia de la mujer.
- 8a. Crisis, climaterio en el hombre.
- 9a. Crisis, cuando los padres son abuelos.
- 10a. Crisis, llega con la muerte de alguno de los cónyuges.

Cuando tres o cuatro de estas crisis se producen al mismo tiempo, la vida de la familia puede resultar muy intensa y tornarse más difícil que de costumbre, pero las cosas saldrán bien si se entiende que es lo que pasa y se busca con calma las formas indicadas para efectuar cambios.

Virginia Satir, considera 2 tipos de Familia.

A).-La Familia Nutrida o Nutridora, en las cuales se forma un núcleo, pero todas se asemejan en su forma de actuar; en este tipo de familia, la comunicación es clara, directa y congruente.

Existe un ambiente racional. Existen normas, reglas y la relación con la sociedad es aceptada y confiable.

B).-La Familia Conflictiva; en este tipo de familia el ambiente está dado con cierta frialdad los rostros de los integrantes pueden reflejar los conflictos internos. las normas y reglas no se respetan o se pasan por alto y la comunicación no es clara, a veces se da de manera indirecta y el trato con la sociedad es conflictiva y desconfiado.

Acciones de Enfermería:

- 1.- Motivar a la familia, a que colabore con el tratamiento de la paciente.
- 2.- Orientar a la familia acerca de la importancia que representa, para la familia su presencia en el hospital.
- 3.- Dar oportunidad a que la familia brinde sugerencias acerca de el padecimiento de la paciente.

RAZON CIENTIFICA:

1.- La conducta humana va invariablemente dirigida hacia ciertos fines y objetivos.

Gran parte de la conducta del hombre va dirigida hacia objetivos intimamente relacionados con la satisfacción de sus necesidades fisiológicas básicas. Por lo menos durante los primeros meses de vida y no es, sino hasta mucho más tarde cuando lo vemos motivado por casos como el dinero, el prestigio y el deseo de ser socialmente aceptable.

El término "motivo", entonces, es un término muy amplio empleado para cubrir los diversos tipos de conducta hacia determinados objetivos.

La motivación es un término amplio utilizado en psicología para comprender las condiciones o estados que activan o dan energía al organismo que llevan a una conducta dirigida hacia determinados objetivos.

El hacer comprender a la familia que cuando un individuo se enfrenta sólo a una situación de stress (enfermedad, abandono, etc.)

difícilmente logra superarse estando solo, y que el problema de stress lo lograra superar si cuenta con una red de apoyo social, (familiar, amigos, etc.). La red de apoyo primaria es la familia. Sólo de esta manera la familia lograra establecer objetivos hacia la paciente. Objetivos que han de ser puestos en práctica para el mejoramiento, moral de la paciente.

2.- La familia representa una red de apoyo primaria, la cual debe tener la función de integrar a la familia a unirse en base a darles una identificación personal, pero apoyando a que cada miembro de la familia, mantenga su separación individual, no entre en conflicto con el resto de los miembros de la familia.

Es importante hacer mención a estos miembros que cuando una persona se encuentra enferma, su estado afectivo se ve minorizado, a tal grado que a veces se siente sensible a muchas cosas (emocionalmente hablando) y que el simple hecho de que la visiten, para ella significa que todavía es importante para el resto de la familia.

3.- Existen a veces ciertas situaciones que solo son competencia de la familia.

Virginia Satir, menciona que la familia es como un hifetr, en el cual solamente se deja ver una parte y que esa parte a veces consideramos como un todo, más sin embargo existen muchos aspectos que no son conocidos a la luz, es por ello que lo mas conveniente es hablar con ellos, exponerles la situación real y que sea de ellos las formas que tratan de turnarse para ir a ver a la paciente al hospital tomando en cuenta sus horarios y actividades cotidianas diarias.

EVALUACION:

Retomando todos los cuidados de enfermería otorgados al paciente Alicia Zariñana Rdz. en la semana comprendida del 20 al 24 de Enero de 1992, con horario de 7 a.m. a 3 p.m. ; procedemos a evaluar los resultados parciales descritos en cada uno de los diagnósticos de enfermería.

Los objetivos inmediatos se cumplieron en un 100% gracias a la colaboración y coordinación que fue posible establecer con el médico tratante, la jefe de enfermeras y personal de nutrición, cabe hacer mención que en la aplicación de la historia clínica (Valoración) hubo la necesidad de revisar algunos datos que no coincidían con los recolectados por trabajo social y esto se debió a que hubo un traspapeleo de hojas en el expediente clínico.

9.- EVALUACION:

A pesar de los esfuerzos realizados para lograr entebilar comunicación con la familia, sólo se logro con una nuera de la paciente y uno de sus hijos mayores, también surgieron contratiempos, debido principalmente a que entre los fomentarios recibidos por parte de trabajo social al parecer no todos los hijos de la paciente estaban de acuerdo en el tratamiento que se le esta realizando en el hospital llegando incluso a quererla sacar de ahí para ser trasladada a un hospital particular.

Debido a todo esto la familia esta callendo en una de las familias descritas por Satir y nos referimos desde luego a la familia conflictiva.

Para finalizar el trabajo empezaremos por evaluar los objetivos del plan de cuidados de enfermería.

Los objetivos denominados como inmediatos se alcanzaron satisfactoriamente. Es importante señalar que en los dos primeros días que se manejo a la paciente no contaba todavía con un diagnóstico médico definitivo, manteniendose en protocolo de estudio, y que una vez ubicado este se procedio a atacar el factor causal de las molestias de la paciente. Por parte de enfermería se le brindo, apoyo emocional y cuidados específicos que permitieran tanto a la paciente como familiares, hacer menos angustiosa su estancia en el hospital.

Los objetivos clasificados como mediatos solo fueron alcanzados en un 50% aun 70% debido principalmente a que la familia de la paciente no se presento en la mayoría de las visitas hospitalarias.

Por parte de los cuidados de enfermería, se mantuvo una coordinación entre el pasante de nivel Lic. en Enfermería, la jefe de enfermeras y el personal médico del servicio de cirugía general para que de esta forma los cuidados brindados a la paciente fueron acorde con las problemáticas detectadas tanto por parte de enfermería como del médico tratante. Quedando plasmados estos cuidados en un plan de atención.

Los objetivos de este trabajo en general, mencionaremos que la relación directa entre el PAE y su aplicación en el área operativa se encuentra en el momento en que en el servicio de enfermería se pueda contar con un plan de cuidados de enfermería que abarque al paciente como un ser biopsico-social y que ostente una fundamentación científica de los cuidados otorgados.

El último objetivo de trabajo todavía no sea logrado a alcanzar, debido principalmente a que todavía no se han logrado unificar los criterios de los docentes que imparten esta materia.

SUGERENCIAS

1.-Que el alumno de enfermería se le de mayor difusión del proceso atención enfermería y su relación en el área de trabajo.

2.-Dar un curso de repaso al personal trabajador, para lograr actualizar sus conocimientos.

3.-Motivar al personal de enfermería a escribir un poco más las acciones que lleva acabo en su quehacer diario.

4.-Consientizar al personal docente; para que se trate de unificar sus conocimientos acerca del PAE.

10.- GLOSARIO DE TERMINOS.

- ALINEACION CORPORAL,** Alineación anatómica de el sistema muscular esquelético, para mantener en equilibrio normal al organismo.
- ANTAGONISTA.-** Que obra en sentido opuesto.
- BIOPSIA.-** Exámen microscópico de un trozo de tejido cortado de un organismo vivo.
- BIOQUIMICA.-** Ciencia que estudia los fenómenos químicos en el ser vivo.
- CAQUEXIA.-** Se caracteriza por la aparición de consunción notable de tejidos blandos faciales, los ojos están hundidos y los pómulos son prominentes. Este tipo de facies indica desnutrición grave y duradera de vida, por ejemplo a enfermedad neoplásica muy avanzada.
- DECAUSADA.-** Que esta en declinamiento teórico
- DERMATOMA.-** Tumorción de la piel // Desarrollo embrionario de las estructuras anatómicas.

- DIAGNOSTICO.-** Conocimiento, de padecimiento en el individuo.
- DISYUNTIVA.-** Que desune o separa // Alternativa entre dos opciones y por lo cual se debe de optar a una de ellas.
- ENDOSCOPIA.-** Método de exámen por medio de un endoscopio que permite, mirar el estado de un órgano interno.
- JERARQUIZAR.-** Establecer un orden de acuerdo a su jerarquía.
- META.-** Finalidad de llegar a su destino, ó alcanzar sus objetivos propuestos, es la cuantificación del objetivo en relación con espacio, tiempo y cantidad.
- METODOLOGIA.-** Conjunto de reglas que deben seguirse para el estudio de la ciencia o arte. Es el estudio formal de los procedimientos usados para la adquisición o la exposición del conocimiento. Es una forma de organización para llevar acabo las tareas.
- PLAN.-** Intención; proyecto // programa, detalle de las cosas que, hay que hacer para la ejecu-

- ción de un proyecto.
- PERCEPCION.-** Acción de percibir al mundo exterior por los sentidos.
- PSICOLOGIA.-** Ciencia que trata del alma, de sus facultades y operaciones, y particularmente de los fenómenos de la conciencia.
- PSICOTERAPIA.-** Conjunto de medios psicológicos empleados para tratar problemas de origen psicológico.
- SOCIALIZACION.-** Colectivización de los medios de producción y de intercambio de las fuentes de riqueza.
- SOCIALIZAR.-** Poner al servicio del conjunto de la sociedad determinados medios de producción o de intercambio.
- TAUTOLOGICO.-** Repetición de una misma idea con diferentes palabras. La identidad de estas, están implícitas y no se necesita dar mayor explicación.
- TECNICA.-** Conjunto de procedimientos de un arte, ciencia u oficio.

11.- BIBLIOGRAFIA.

ALFARO Rosalinda. Aproximación al Proceso de Enfermería
Barcelona, ed. Doyma 1989 15 pp.

ATKINSON, Leslie y Marry Ellen Murray, Proceso de Atención de
Enfermería. tr. de Dr. Teresa de Jesús Garza Casias, México,
Ed. El Manual Moderno. 1985 141 pp.

AVILA DE CASTELLANOS, Ma. Antonieta, Proceso de Atención de
Enfermería. En la revista del Colegio Nacional de Enfermeras.
No. 102 Año XXV, Marzo - Julio, México.

AZCANA Jorge, Familia y Sociedad. Méx. Ed. Martiz, 1976 140 pp.

BAENA PAZ, Guillermina. Instrumentos de Investigación Manual para
Elaborar trabajos y tesis Profesionales, Méx. Ed. Editores Unidos S.A.
1986, 190 pp.

BALDERAS PEDRERO, Ma. de la Luz, Administración de los Servicios de
Enfermería, 2a. Edición Ed. Interamericana, Méx. 1988, 257 pp

BALSEIROS, Lasty. Guía de tesis y diseños de investigación, fotocopia-
do para la Materia de seminario de tesis de la ENEQ-UNAM Méx. 1981,
134 pp.

E. Dabaut, Diccionario de Medicina tr. M. Montaner de la Poza Ed. Editora Nacional Méx. 1979, 839 pp.

GERARD, J. Tortara Principios de Anatomía y Fisiología Ed. Harla, Méx. 3a. ed. 1029 pp.

GRIFFITH, Janet y Paula Cristensen. Proceso de Atención de Enfermería, Aplicación de teorías, Guías y Modelos. tr de Ma. del Rosario Carso-lio, México Ed. El Manual Moderno, 1986 (c 1982) 386 PP.

GUILLEN VELASCO, Rocío del Carmen. Diferencia de los Cuidados de Enfermería, Funcionales e Integrales en la atención de los pacientes en el INC. ENED-UNAM Méx. 1990 247 pp.

MARRINER, Ann. El Proceso de Atención de Enfermería. Un enfoque científico. tr. de Alfonso Téllez Vallejo. México, Ed. El Manual Moderno 1983, 289 pp.

.... "Análisis de las teorías de Enfermería" en Modelos y teorías Barcelona, 1989, 11 pp.

NORDMARA - Roheweder Bases Científicas de Enfermería, Mex., 2a Edición, Ed. La Prosa Médica Mexicana S.A. 1987 712 pp.

REA CASTAÑEDA Rogelio, Estructura de los capítulos del protocolo de investigación, según el tipo de estudio Revista Médica del Distrito Federal Vol. 4 No. 3 2a. época Julio-Septiembre 1987.

ROBERT K. Murray, Bioquímica de Harper, México, Editorial El Manual Moderno 1988, 713 pp.

SANCHEZ Estrada Teresa, La Historia Clínica de Enfermería como instrumento de recolección de datos en el P.A.E., ENEO-UNAM Méx. 1979 180 pp.

SATIR Virginia, Relaciones Humanas en el núcleo Familiar Mex. ed. Prensa Médica 1979, 121 pp.

SATIR Virginia, Psicoterapia Familiar Conjunta Méx. Ed. Prensa Médica. 1979. 121 pp.

STEVEN A. Schoroeder, Marcos A. Kupp, Diagnóstico clínico y Tratamiento, Méx. 25a. Edición, Editorial El Manual Moderno, Méx.1990 1922pp.

SHALTIS, Phillips. Enfermería Médico -Quirúrgica Méx. 2a. Edición Ed. Interamericana 1970, 1105 pp.

S. WALD Florence, Hacia el Desarrollo de la Teoría de Enfermería. Nursing Research Vol. 13 Núm. 4 1984. 20 pp.

TARTAGLIA J. Michael. "Diagnóstico de Enfermería. La piedra angular de su plan de cuidados. Revista Nursing 86 Vol. 4, Núm. 1 Enero-Febrero 1986, Barcelona.

TROJASKY, León, La Mujer y la Familia, Méx. 1979, Ed. Juan Paidó, 232 pp.

WHITTAKER, James Ollipeu , Psicología tr. Luis Augusto Méndez, Méx. 1972 Ed. Interamericana 681 pp.

WILLIAM F. Ganon, Fisiología Médica , Méx. 11a. Edición, Ed. El Manual Moderno 1988, 692 pp.

WOLFF Werner, Introducción a la Psicología tr. Federico Pascual del Roncal Ba. ed. Méx. 1973, Ed. Fondo de la Cultura Económica 580 pp.

12.- PIES DE PAGINA

11. Rocio del Carmen Guillen Velasco. tesis, "Diferencia de los cuidados de enfermería funcionales e integrales de la atención de los pacientes". En el INC del D.F. p. 13

21. Ibidem, p. 1

31. Ibidem, p. 14

41. Leslie de Atkinson. "Proceso de Atención de Enfermería", Méx. El Manual Moderno p. 3

51. Leslie de Atkinson y Mary Ellen, ibidem, p. 7

61. Leslie de Atkinson y Mary Ellen Murray, op cit, p.p. 12,13

71. Maria Antonieta Avila, et. "Proceso de atención de enfermería", en el Colegio Nacional de Enfermeras No. 102, año XXV Julio, Méx. p. 15.

81. Rocio del Carmen Guillen, op cit, p. 20

91. Leslie de Atkinson, op cit, p. 13

101. Michael Tartaglia, "Diagnóstico de enfermería. La piedra angular de su plan de cuidados". Revista Nursig 86 Volumen 4, Núm. 1 Enero-Febrero, 1986, Barcelona, p. 9

111. Michael Tartaglia, *ibidem*, p. 11
121. Michael tartaglia, *ibidem*, p. 11
- 131.-Ann Marry. "El proceso de atención de enfermería, un enfoque científico". Méx. Ed. el Manual Moderno, 1983, p.p. 18,19
- 141.-Lasty Balseiros, "La dinámica administrativa en el etapa de planeación", Méx. Ed. UNAM-ENED, admón. 5 recopilación de apuntes 1984, p. 21
- 151.Rocio del Carmen Guillen, *op cit*, p. 25
161. Leslie de Atkinson, *ibidem* , *op cit*, p.p. 33, 38
171. Leslie de Atkinson, *ibidem* , p. 38
181. Ann Marriner, "El proceso de atención de enfermería.Un enfoque científico". Méx. D.F. Ed. el Manual Moderno, 1983, p.p. 143,144.
191. Lillian Sims, et al; "Administración de los servicios de enfermería". El Manual Moderno p.p. 366,368.
201. Ann Marriner, *op cit*. p.p. 102, 103.
- 211.Ann Marriner, *ibidem* p. 124
- 221.Paula Griffith,"Proceso de atención de enfermería, aplicación de

teorías, guías y modelos". El Manual Moderno, 1986, p. 196

23J.-Ma. de la Luz Balderas, "Administración de los servicios de enfermera" ed. interamericana, Méx. 2a. Edición, p.p. 84,88

24J. Ma. Antonieta Avila et al. "Proceso de atención de enfermería" En la revista del colegio nacional de enfermeras, núm. 102, año XXV, Marzo-Julio, Méx. p. 15