



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA
INGRESO A AÑOS POSTERIORES AL PRIMERO
(IAPP)
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UNA PACIENTE CON AUTISMO INFANTIL,
DESCARTAR RETRASO MENTAL GRAVE.**

Para obtener el título de

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Presenta:

HORTENCIA ROSALES CÓRDOVA

No. de cuenta: 8345231-8

DIRECTORA DE TRABAJO

LEO. MARÍA DE JESÚS MORALES CRUZ.

México, Agosto, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	2
3. OBJETIVOS	
Generales	3
Específicos	4
4. METODOLOGÍA DEL TRABAJO	5
5. MARCO TEÓRICO	
5.1. Autismo Infantil	7
5.1.1. Alteración en las diferentes áreas	9
5.1.2. Causas comunes de los trastornos generalizados del desarrollo	11
5.1.3. Frecuencia del autismo infantil	12
5.1.4. Frecuencia a nivel nacional	12
5.1.5. Diagnóstico (evaluación por áreas)	12
5.1.6. Evolución	18
5.1.7. Principios y pautas educativas para el aprendizaje	20
5.1.8. Evaluación.	21
5.2. Hildegard E. Peplau	22
5.2.1. Enfermería psicodinámica	22
5.2.2. Fases de la enfermería psicodinámica	24
5.2.3. Experiencias psicobiológicas	28
5.3. Patrones funcionales de M. Gordon	29
5.3.1. Valoración por patrones funcionales	30
5.4 Principios de asistencia en salud mental	33
5.4.1. Práctica de enfermería en salud mental	33
5.5. Concepto de salud y enfermedad mental	38
5.5.1 Estigma y discriminación	38
5.6 Asistencia holística	39
5.7. Atributos de la personalidad terapéutica según ROACH (1987)	40
5.8 Elementos y/o habilidades de la relación terapéutica	41

5.9. Entorno terapéutico	42
5.9.1. Objetivos del entorno terapéutico	42
5.9.2 Propiedades físicas del entorno	43
5.10 Proceso de Atención Enfermería	46
6. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	51
6.1. Presentación del caso	51
6.2. Familiograma	52
6.3. Valoración de enfermería	52
6.4. Diagnósticos de enfermería	56
6.5. Planes de atención	58
6.6. Plan de seguimiento	66
7. CONCLUSIONES	73
8. SUGERENCIAS	76
9. GLOSARIO	78
10. BIBLIOGRAFÍA	

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, muestra un Proceso de Atención de Enfermería que se realizó en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, aplicado a una paciente femenina de 8 años de edad con diagnóstico médico de Autismo Infantil, descartar Retraso Mental Grave, tomando en cuenta, la metodología del Proceso de Atención de Enfermería, el espectro autista, la interacción social, la comunicación, la capacidad simbólica, los intereses, uso de los sentidos, reacción al dolor, causas comunes de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD), frecuencia del padecimiento, diagnóstico, áreas de evaluación en el autismo infantil, abordajes terapéuticos, principios y pautas educativas para el aprendizaje entre otros aspectos en cuanto a la patología. Así como también la teoría en enfermería psicodinámica de Hildegard E. Peplau; los Patrones Funcionales de M. Gordon, los principios de asistencia en salud mental, atención holística, atributos de la personalidad terapéutica, el entorno terapéutico, propiedades físicas del entorno, valoración por patrones funcionales.

Así mismo contiene objetivos generales y específicos que se deben alcanzar con el paciente y como estudiante de la Licenciatura en Enfermería del Sistema de Universidad Abierta de la ENEO UNAM.

La supervivencia infantil ha aumentado, pero también lo ha hecho el número de niños con alteraciones neuropsicológicas que afectan a los procesos cognitivos y a la conducta emocional. En las últimas décadas, gracias a los avances médicos, ha disminuido significativamente la mortalidad infantil, pero no así las secuelas derivadas del daño o la disfunción cerebral lo que ha reportado un aumento de las alteraciones neuropsicológicas del aprendizaje y del comportamiento como consecuencia de las mayores tasas de supervivencia en la infancia.

El autismo, como el espectro autista, son trastornos complejos y en numerosos casos difíciles de clasificar, padecimientos a los cuales diariamente alguna familia debe hacer frente; quienes solicitan algún tipo de ayuda; el autismo como en cualquier otra patología psiquiátrica, su prioridad de atención debe ser tan inmediata como si se tratara de un cáncer, sida o cualquier otra enfermedad. El presente trabajo contempla aspectos del autismo infantil, razón por la cual fue elegido.

2. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo nace como parte importante y de requisito para sustentar examen profesional de la Licenciatura en Enfermería, del Sistema de Universidad Abierta de la ENEO UNAM, así, como para integrar los conocimientos adquiridos y aplicarlos en el ámbito de los tres niveles de atención, se trabajó con la paciente en la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE) en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” en el área de Hospital de Día; dependiente de la Secretaría de Salud, ubicado en Belisario Domínguez No.86 en la delegación Tlalpan.

El lector apreciara una parte del trabajo que puede realizar el Lic. en Enfermería en el tercer nivel, pero sobre todo los beneficios de salud que en determinado momento éste puede proporcionar en beneficio del paciente, la familia y la comunidad en general.

La universidad nos proporciona conocimientos teórico-prácticos. Las instituciones de salud, conocimiento, práctica pero ante todo una basta experiencia que nos hace especialistas en la materia y ambas nos constituyen como profesionales especialistas teóricos, prácticos, humanos, holísticos, capaces de valorar, realizar diagnósticos reales, potenciales o de bienestar, jerarquizando problemas, para implementar intervenciones de enfermería así como planear y evaluar dichas intervenciones.

3. OBJETIVOS

GENERALES:

Como estudiante:

Cumplir con uno de los requisitos para sustentar examen profesional, para obtener título en Licenciado en enfermería; así como desarrollar habilidades y destrezas en el manejo de pacientes psiquiátricos, identificando signos propios de la enfermedad para planear y jerarquizar los cuidados de enfermería con un enfoque holístico.

Realizar un proceso de atención enfermería a una paciente con autismo infantil para profundizar, analizar y poner en práctica los elementos teóricos, metodológicos y tecnológicos adquiridos durante la etapa de estudios profesionales para identificar las necesidades individuales y familiares de acuerdo a las 4 fases del modelo de Hildegard E. Peplau; en cuanto a los diagnósticos, elaborarlos y jerarquizarlos con base en los Patrones Funcionales de M. Gordon, con la finalidad de proporcionar cuidados específicos, y lograr una mejor calidad de vida en la paciente y la familia.

Como profesional de la salud:

Dar a conocer parte de la atención que se proporciona en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", único en Latinoamérica que brinda atención de alta especialidad a niños con alguna patología psiquiátrica.

ESPECÍFICOS:

Aplicar el método enfermero a una menor con padecimiento psiquiátrico con diagnóstico de autismo infantil en el área de Hospital de Día para identificar las necesidades de salud y otorgar una atención de calidad durante su estancia en hospitalización parcial del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Utilizar el modelo de la enfermería psicodinámica de Hildegard E. Peplau para guiar la práctica de la enfermería en el cuidado del paciente psiquiátrico con diagnóstico de autismo infantil, identificando las necesidades individuales y familiares.

Elaborar los diagnósticos, de enfermería, y jerarquizarlos con base en los Patrones Funcionales de M. Gordon, con la finalidad de proporcionar cuidados específicos, y lograr una mejor calidad de vida en la paciente y la familia.

Identificar el grado de afección de la menor con autismo infantil para, detectar la dependencia de sus necesidades básicas de vida, para establecer un plan de atención individualizando, que permita contribuir con su funcionalidad en la familia y la sociedad, con calidad de vida.

Proporcionar orientación familiar, fomentando un clima de colaboración, expresión de necesidades, de afecto y proporcionar pautas útiles para el hogar.

En el área social y afectiva, lograr que el niño avance en su relación con los demás, que se interese y disfrute de las relaciones sociales. Dar sentido a las relaciones humanas. Disminuir las emociones de miedo o ansiedad. Fomentar su autonomía personal.

En la comunicación y lenguaje; proporcionar al niño un canal para poder expresarse y hacerse entender, que organice su comportamiento, sus emociones y su relación con los otros.

En las habilidades cognitivas y disposición al aprendizaje motivarle y desarrollar en él, capacidades que le permiten seguir aprendiendo a lo largo de su vida, potenciando los procesos de atención, memoria y razonamiento.

En el control de la propia conducta, desarrollar la autorregulación de sus acciones, que aprenda formas adecuadas para desenvolverse en distintas situaciones y disminuir posibles conductas inapropiadas.

4. METODOLOGÍA DEL TRABAJO

El presente trabajo pretende dar a conocer la elaboración de un proceso atención de enfermería aplicado a una menor con padecimiento psiquiátrico de diagnóstico autismo infantil, integrante de una familia nuclear en apariencia funcional.

Se realizó en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, en Hospital de Día, empleando el modelo de Hildegard E. Peplau, así como los Patrones Funcionales de M. Gordon.

Para identificar los problemas que esta enfermedad ocasiona, así como las necesidades que surgen en el paciente, se recolectaron datos de una forma directa e indirecta y la metodología utilizada fue la siguiente:

A) Primaria o de Campo

Elección de un paciente para la elaboración del P.A.E.

Valoración de Enfermería a través de la Recolección de datos objetivos, y subjetivos con base en las 4 fases de enfermería psicodinámica de Hildegard E. Peplau y por Patrones Funcionales de M. Gordon, para identificar signos clínicos través de:

- Observación del paciente.
- Identificando sentimientos, comportamiento y relaciones interpersonales.
- La valoración por Patrones Funcionales enfocando la atención sobre las 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.
- Los 11 Patrones Funcionales están denominados de la siguiente manera:
 - Patrón 1: Percepción – manejo de la salud.
 - Patrón 2: Nutricional – metabólico.
 - Patrón 3: Eliminación.
 - Patrón 4: Actividad – ejercicio.
 - Patrón 5: Sueño – descanso.
 - Patrón 6: Cognitivo – perceptual.
 - Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto.
 - Patrón 8: Rol – relaciones.
 - Patrón 9: Sexualidad – reproducción.
 - Patrón 10: Adaptación – tolerancia al estrés.
 - Patrón 11: Valores – creencias.

B) Secundaria o Documental.

- Consulta del Expediente Clínico para la revisión de los reportes de la clínica de desarrollo, terapia ambiental y notas médicas.

- **Elaboración y Jerarquización de los Diagnósticos de enfermería** con base en las categorías diagnósticas de M. Gordon; y sus Patrones Funcionales; que es la segunda etapa en donde se analizaron los datos obtenidos previamente en la valoración y de esta forma se jerarquizaron sus necesidades y problemas, estructurando un **Plan de Atención de Enfermería**.

- Se realizó una revisión bibliográfica por medio de manuales, libros, páginas de internet y folletos con el fin de conocer científicamente acerca de estos padecimientos y de esta manera **aplicar el Plan de Atención de Enfermería** para brindar cuidados integrales con fundamentación Científica que permitieron satisfacer sus necesidades de salud para beneficio y mejoría del paciente y se **Evaluaron** los acciones de enfermería realizadas.

- Posteriormente se elaboró un Plan de seguimiento de acuerdo a sus alcances.

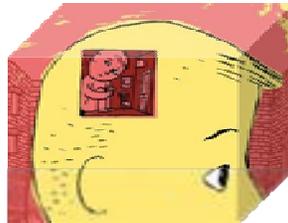
- Se estructuró el presente trabajo, a fin de dar a conocer la implicación de la enfermera en el Proceso de Atención de Enfermería con pacientes infantiles psiquiátricos que presentan autismo infantil, utilizando el Modelo de Hildegard E. Peplau y las categorías diagnósticas de M. Gordon.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 AUTISMO INFANTIL.

El autismo infantil se advierte en la primera infancia y el diagnóstico se confirma a la edad de 2 o 3 años (Rutter y Schopfer, 1987).

La palabra autismo viene de auto, que significa “uno mismo “. Los niños autistas están centrados en ellos mismos, olvidados de los demás; no abrazan, sonríen o hacen contacto visual cuando reciben demostraciones de cariño (Kasari, Sigman, Muundy y Yirmiya, 1988). Los niños autistas pueden pasar horas realizando movimientos repetitivos como aplaudir o rodar sin cansancio una pelota. Pueden gritar aterrorizados cuando algo es cambiado de su ambiente. A menudo permanecen mudos, pero pueden repetir palabra por palabra las cosas que escuchan, como los anuncios de televisión. Aproximadamente una tercera parte tiene un CI de 70 o más. Uno de cada seis puede hacer un buen ajuste y es capaz de poder trabajar cuando llega a la vida adulta.



El concepto de autismo hace referencia al llamado espectro autista, denominado así por la gran variabilidad de manifestaciones que incluye. Este término engloba a su vez a los llamados trastornos generalizados del desarrollo (TGD).

La conceptualización más moderna del autismo lo considera como un continuo con diferentes dimensiones. Permite reconocer a la vez los aspectos que tienen en común y los rasgos que diferencian a cada uno. El denominador común “autismo” engloba una amplia variabilidad de manifestaciones, con necesidades muy diferentes en cuanto a su tratamiento dependiendo de las características de cada individuo. Puede decirse que no existe un autismo puro, sino un amplio espectro de manifestaciones.

Los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) comparten una alteración generalizada en varias áreas del desarrollo. En concreto, presentan alteración en:

- ♥ La interacción social.
- ♥ La comunicación.
- ♥ La capacidad simbólica.

TRASTORNO AUTISTA.

Muestran una alteración del desarrollo que aparece en los primeros años de vida y se acompaña de conductas simples, repetitivas extrañas en ocasiones, mostrando aparentemente poco interés hacia las personas. Tienen dificultades tanto en la adquisición del lenguaje oral como en la comprensión y en las capacidades simbólicas. Estas alteraciones persisten a lo largo de la vida, aunque los síntomas pueden evolucionar favorablemente gracias a una intervención temprana adecuada. Este trastorno es el autismo puro o autismo de Kaner, que se sitúa en el extremo del continuo autista debido a la mayor afectación que implica.

Actualmente el diagnóstico de autismo se establece de manera tardía alrededor de los 4 a 5 años de edad, habiéndose perdido un tiempo importante de 24 a 36 meses entre la posible detección oportuna al diagnóstico formal tardío; tiempo extremadamente valioso si se piensa que la intervención temprana puede aprovechar la plasticidad cerebral y que los infantes en riesgo de autismo todavía no presenta el trastorno en su máxima expresión. [1]

TRASTORNO DE ASPERGER.

Se aprecia un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, aunque su identificación suele ser tardía por ser el trastorno más recuperable de todos ellos, que cuenta con un pronóstico más favorable. No presenta una alteración tan llamativa del lenguaje, ya que tienen una buena capacidad en el lenguaje oral, a diferencia del Trastorno Autista y el de Rett, pudiendo conseguir un comportamiento más adaptado que el resto de los trastornos. La entonación de su lenguaje hablado suele ser monótona y muestran torpeza de movimientos, apreciable en los juegos motores o en la destreza manual. Tienen preservadas sus capacidades intelectuales y a medida que crecen, son capaces de utilizar frases complejas y habilidades sociales básicas tras un programa de entrenamiento.

TRASTORNO DE RETT.

Es una alteración de inicio temprano y sólo descrito en niñas, aunque actualmente algunos profesionales lo han descrito en algunos niños. Se manifiesta con un desarrollo en los primeros meses de vida aparentemente normal. Progresivamente aparece una degeneración neurológica, con una disminución del perímetro craneal que causa microcefalia, así como movimientos descoordinados o atáxicos. Pierden la expresión facial y habilidades de contacto interpersonal que ya habían desarrollado. Muestran movimientos estereotipados como por ejemplo: lavarse las manos o chupárselas a menudo y la pérdida de la función propia de éstas. Este trastorno es similar al trastorno autista durante un período de tiempo de la primera infancia. Se asocia con retraso mental.

[1] **Marcín S.C.** Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental Autismo._Clima. México 2008 p.26

TRASTORNO DESINTEGRATIVO.

Es un trastorno menos frecuente. Se caracteriza asimismo por mostrar un desarrollo aparentemente normal en los tres primeros años de vida, aunque posteriormente mostrarán pérdidas significativas en habilidades ya adquiridas en al menos dos de las siguientes áreas: cognitiva, lingüística, motriz, control de esfínteres y juego.

TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO NO ESPECIFICADO.

Es el diagnóstico que engloba a aquellas personas que no cumplen claramente los criterios de los anteriores diagnósticos, con una causa no evidente.

Una característica común que comparten todos los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) hace referencia a la alteración más o menos significativa en las tres siguientes dimensiones, íntimamente relacionadas entre sí, lo que algunos autores han denominado “tríada autista”.

- ♥ Interacción social.
- ♥ Comunicación.
- ♥ Intereses.

5.1.1 ALTERACIÓN EN LAS DIFERENTES ÁREAS

ALTERACIÓN SOCIAL.

Muestran dificultad para establecer relaciones sociales. Esto se manifiesta en problemas para interactuar con otros niños, dificultad para expresar emociones y para responder a las de los demás y una valoración inadecuada y uso escaso de los signos sociales. No suelen mirar a los ojos ni responder a las personas, lo que suele generar sospechas de sordera. A pesar de esto, muchos niños muestran una gran estabilidad afectiva hacia sus familiares.

ALTERACIONES EN EL LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN.

Aparece un retraso en la aparición y desarrollo del habla, teniendo en cuenta que existe una amplia variedad de la adquisición y uso del lenguaje oral en forma espontánea. Los que adquieren el lenguaje oral suelen presentar un habla monótona, sin entonación y repetitiva, abundando las ecolalias (repetición literal de lo que oyen), confusión entre los pronombres yo y tú, dificultades en las conductas que expresan empatía (capacidad para ponerse en el lugar del otro). Su nivel de comprensión también se ve afectado y muestran grandes dificultades para entender términos abstractos.

ALTERACIONES EN SUS INTERESES O ACTIVIDADES.

Suelen mostrar cierta rigidez en las actividades que realizan como por ejemplo: colocar los objetos de una cierta manera y comportarse de forma repetitiva. Manifiestan una gran ansiedad frente a los cambios, se adhieren a las rutinas diarias inflexibles y su interés en juegos y temas es limitado. Muestran en general un apego a objetos extraños y un trato inusual de los mismos. Presentan un déficit en los procesos simbólicos, necesario para las actividades imaginativas.

USO DE LOS SENTIDOS.

Algunos niños con trastornos generalizados del desarrollo (TGD) pueden emplear, en ocasiones, sus sentidos de forma especial presentando conductas atípicas como oler objetos, reaccionar con aversión ante determinados sonidos o situaciones y utilizar su mirada de forma peculiar, mirando fijamente o evitando el contacto ocular. Estas conductas pueden interferir en las relaciones sociales con los demás.

La imitación en los niños permite aprender a hablar, a comportarse en diversas situaciones o a utilizar determinados objetos. La mayoría de estos niños tiene esta capacidad muy poco desarrollada, por lo que su manera de aprender se produce tras un intenso entrenamiento.

OTRAS CAPACIDADES.

En ocasiones pueden estar preservadas ciertas capacidades, es lo que algunos autores han llamado islotes de competencia, es decir áreas donde el niño tiene una habilidad normal o incluso extraordinaria. Estas habilidades pueden ser una gran capacidad para dibujar con infinidad de detalles, una gran habilidad musical con entonación perfecta o una mayor capacidad aritmética y procesos de memoria muy desarrollados.

REACCIÓN AL DOLOR.

Los autistas en ocasiones pueden mostrarse estoicos ante niveles de dolor que para la mayoría de las personas serían muy elevados. Se debe tener especial atención a esta falta de reacción al dolor, vigilar lo que hacen y animarles para manifestar cualquier pequeña incomodidad, es necesario trabajar las sensaciones, para que puedan ser conscientes de ellas, identificarlas y poder expresarlas.

LAS EMOCIONES.

Se suele creer que estos niños no sienten igual. Esto no es cierto, ya que tienen sentimientos y experimentan emociones, pero no saben cómo expresarlas de manera tal que puedan ser interpretadas por los que les rodean.

5.1.2 CAUSAS COMUNES DE LOS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO (TGD).

En un primer momento se consideraba un trastorno emocional causado por una relación inadecuada entre los padres y el hijo. Posteriormente, esta teoría errónea y culpabilizadora de los padres dejó paso a la consideración de la existencia de ciertos trastornos neurológicos asociados. A partir de los años ochenta se acepta el componente biológico o base genética del autismo, que genera una alteración en el sistema Nervioso Central. Los últimos estudios al respecto muestran que el autismo es un trastorno del desarrollo donde están involucrados factores genéticos, lo que ha facilitado la consideración de estos niños, su cuidado, educación y tratamientos.

Hoy día existen diversos grupos de investigación que pretenden llegar a conclusiones más precisas, aunque ninguno de ellos descarta el componente biológico del autismo. Algunas de estas investigaciones se encaminan a identificar los genes implicados. Se cree que son más de 20, entre ellos los que regulan la acción de ciertos neurotransmisores o sustancias bioquímicas cerebrales fundamentales en el desarrollo cerebral, el aprendizaje, la memoria, los comportamientos obsesivo-compulsivos, la ansiedad y depresión, los niveles de colesterol y la función del sistema inmunitario. Por ello, algunas personas con autismo pueden mostrar hipersensibilidad acústica, algunas alergias alimentarias, problemas gastrointestinales, depresión, epilepsia o hiperactividad.

No se conocen todavía las causas exactas de estos trastornos, sobre todo teniendo en cuenta la gran variabilidad que existe en las personas diagnosticadas. Por ello las investigaciones actuales apuntan a múltiples variables en cuanto a su etiología (genética, metabólica, infecciosa o neuroquímica). Lo más acertado sería considerar que son, en la mayor parte de las ocasiones, un conjunto de causas las que participan en su aparición. [2]

La intervención temprana es preventiva interrumpiendo y modificando el curso y severidad del padecimiento haciendo factible que estos infantes muestren una recuperación de su desarrollo no manifestando el trastorno de una forma que limite su habilidad social para integrarse a la escuela regular en el momento apropiado (edad preescolar).[3].

[2] Paloma-Cuadrado, S. Niños con autismo y TGD ¿Cómo puedo ayudarles? SINTESIS, España-Madrid. 2005 p. 26

[3] Op. Cit. Marcín S.C. 2008. p.6

5.1.3 FRECUENCIA.

Este trastorno tiene una incidencia relativamente baja ya que afecta aproximadamente a 4 o 5 niños por cada 10.000 nacidos aunque esta cifra esta creciendo debido a que cada vez se conocen mejor los criterios para diagnosticarlo. Es una alteración más frecuente en niños que en niñas, en una proporción aproximada de cuatro varones por cada mujer, aunque la incidencia ocurre por igual en todo tipo de naciones, grupos étnicos y clases sociales.

5.1.4 A NIVEL NACIONAL.

La prevalencia de autismo estimada para México es de 3 en 1000. Nacen 2, 100,000 nuevos mexicanos al año de los cuales 6300 podrían desarrollar autismo.

196 nuevos probables casos de autismo cada año en cada estado de la República Mexicana. [4]

5.1.5 DIAGNÓSTICO.

Algunos rasgos propios del autismo aparecen a edades muy tempranas, aunque existe cierta dificultad para detectarlos durante el primer año de vida. Este trastorno suele diagnosticarse aproximadamente a los tres años de edad, o incluso con posterioridad, ante las preocupaciones de los padres por la falta de comunicación oral por parte del niño o la sospecha de una posible deficiencia auditiva. El diagnóstico en el trastorno de asperger puede demorarse hasta después de la primera infancia.

Los factores que más se ajustan a la sospecha de algún tipo de trastornos generalizados del desarrollo (TGD) son la pobreza en el contacto ocular, la ausencia del juego de ficción o simbólico (hacer como si un trozo de madera fuese un coche o imaginar que hay comida en un platito), junto con la falta de conductas de atención conjunta con otras personas como, mirar un objeto a la vez que a otro para compartir su atención, enseñar cosas que han hecho para obtener una gratificación social o pedir cosas por el placer de compartir.

[4] Íbidem p. 14

ÁREAS DE EVALUACIÓN EN EL AUTISMO INFANTIL.

Evaluación médica	Pruebas neurológicas, análisis, enfermedades pasadas.
Área socioemocional	Apego, emociones reconocidas y expresadas, contacto ocular, interés social, iniciativa, atención conjunta, miedos.
Área comunicativa	Nivel de comprensión, expresión, uso de lenguaje, intencionalidad, lenguaje no verbal, imitación.
Área cognitiva	Nivel de desarrollo, estilo de aprendizaje, capacidades, intereses, conocimientos de si mismo y del mundo que lo rodea.
Área motora	Motricidad fina y gruesa, equilibrio, coordinación, esquema corporal, conocimiento corporal, estereotipias.
Área familiar	Necesidades, estructura, recursos, vías de colaboración.
Conducta	Rabietas, resistencia a los cambios, tolerancia a la frustración, estereotipias, autolesiones.
Juego	Exploración del entorno, juego funcional, juego simbólico, juego cooperativo, preferencias, uso de los objetos.
Autonomía personal	Alimentación, control de esfínteres, aseo, vestido, sueño.
Preferencias del niño	Juguetes, comidas, objetos, actividades que estimulen al niño y le motiven hacia el aprendizaje.

[5] Op. Cit. Paloma-Cuadrado, S. 2005. p. 29

INDICADORES DE AUTISMO TÍPICOS DE LA ETAPA DE 18-36 MESES.

1. Sordera aparentemente extraña. Falta de respuesta a llamadas a indicaciones.
2. No comparte focos de atención con la mirada.
3. Tiende a no mirar a los ojos.
4. No mira a los adultos vinculados para comprender situaciones que le interesa o extraña.
5. No mira lo que hacen las personas.
6. No suele mirar a las personas.
7. Presenta juego repetitivo o rituales de ordenar.
8. Se resisten a cambios de ropa.
9. Se altera mucho en situaciones inesperadas o que no anticipa.
10. Las novedades le disgustan.
11. Atiende obsesivamente, una y otra vez, a las mismas películas de video.
12. Hace rabietas en situaciones de cambio.
13. Carece de lenguaje o, si lo tiene, lo emplea de forma ecológica o poco funcional.
14. Resulta difícil “compartir acciones” con él o ella.
15. No señala con el dedo para compartir experiencias.
16. No señala con el dedo para pedir.
17. Frecuentemente “pasa por” las personas, como si no estuvieran.
18. Parece que no comprende o que “comprende selectivamente” sólo lo que le interesa.
19. Pide cosas, situaciones o acciones, llevando de la mano.
20. No suele ser él quien inicia las interacciones con adultos.
21. Para comunicarse con él, hay que “saltar un muro”: es decir, hace falta ponerse frente a frente y producir gestos claros y directivos.
22. Tiende a ignorar completamente a los niños de su edad.
23. No “juega con” otros niños.
24. No realiza juego de ficción: no representa con objetos o sin ellos situaciones, acciones, episodios, etc.
25. No da la impresión de “complicidad interna” con las personas que le rodean, aunque tenga afecto por ellas.[6]

ESCALA DE VALORACIÓN, EN NIÑOS DE 1 – 4 AÑOS.

1. Contactos oculares.
2. Miradas para interpretar.
3. Mirar a lo mismo que otros.
4. Miradas cómplices.
5. Gestos de señalar.
6. Comunicarse para compartir.
7. Respuestas a llamadas.
8. Oraciones espontáneas.
9. Iniciativas de relaciones.
10. Relaciones con iguales.
11. Juegos con sustitución.
12. Respuestas curiosas a lo nuevo.
13. Respuestas de reciprocidad.
14. Conductas de mostrar algo.
15. Respuestas al lenguaje.
16. Curiosidad por las personas.
17. Comentar cosas.
18. Representar personajes.
19. Estereotipias.
20. Rituales.
21. Rabietas ante situaciones nuevas.
22. Rechazar a las personas.
23. Oponerse a novedades.
24. Pedir llevando la mano sin señalar.
25. Oraciones ecológicas
26. Autoagresiones.
27. Agresiones a otros.[7]

[7] *Ibidem* p27

**LENGUAJE Y COMUNICACIÓN EN EL DESARROLLO
NORMAL Y FASES TEMPRANAS DEL AUTISMO (ADAPTADO
DE GILBERG Y PEETERS, 1995).**

Edad (meses)	Desarrollo normal	Desarrollo autista
2	Gorgéo. Sonidos vocálicos.	
6	“conversaciones” vocales: con turnos en posición frente a frente. Primeros sonidos consonánticos.	Llanto difícil de interpretar.
8	Balbuceo con variaciones de entonación incluyendo “entonación interrogativa”. Sílabas repetitivas (ba-ba-ba, ma-ma-ma). Primeros gestos de señalar.	Balbuceo limitado o raro. No se imitan sonidos, gestos o expresiones.
12	Primeras palabras. Jerga con entonación de oración. Lenguaje usado sobre todo para comentar. Juego vocal. Uso de gestos y vocalizaciones para obtener atención, mostrar objetos y hacer preguntas.	Pueden aparecer las primeras palabras, pero con frecuencia carecen de sentido comunicativo. Llanto intenso, frecuente, que sigue siendo difícil de interpretar.
18	Vocabulario de 3 a 50 palabras. Primeras oraciones. “Sobreextensión del significado”. El lenguaje se usa para comentar, pedir y obtener atención. Imitaciones frecuentes de lenguaje.	Continúa como en los 12 meses.
24	Se combinan de 3 a 5 palabras en “frases telegráficas”. Preguntas simples. Empleo de demostrativos, acompañados de gestos ostensivos. Pueden llamarse por el nombre más que el “yo”. A veces, breve inversión de pronombres. No se sostienen temas. El lenguaje se centra en el “aquí y ahora”.	Si las hay, menos de 15 palabras. A veces, las palabras “se pierden”. No desarrollan gestos. Limitación de gestos de señalar, si existen.
36	Vocabulario de más de 1000 palabras. La mayoría de los morfemas gramaticales se dominan (plurales, pasado, preposiciones). Las imitaciones son infrecuentes a esta edad. El lenguaje se emplea cada vez más para hablar de lo no presente. Hay muchas preguntas, con objetivos de mantener interacción más frecuente que de obtener información.	Las oraciones son raras. Muchas ecolalias, pero poco lenguaje creativo. Pobre articulación en la mitad de los hablantes. La mitad o más de los niños con autismo no tienen lenguaje a esta edad.
48	Se emplean estructuras oracionales complejas. Capaces de sostener temas de conversación y de añadir nueva información. Piden a otros que aclaren lo que intentan decir. Ajustan la cualidad del lenguaje al interlocutor.	Algunos combinan 2 o 3 palabras creativamente. La ecolalia persiste. En algunos, se usa de forma comunicativa. Se repiten anuncios de T:V. Algunos piden verbalmente.
60	Uso más adecuado de estructuras complejas. Generalmente, estructuras gramaticales maduras. Capacidad de juzgar oraciones como gramaticales o no. Se comprenden chistes e ironías y se reconocen ambigüedades. Aumenta la capacidad de ajustar el lenguaje a la perspectiva y el papel del interlocutor.	No comprenden ni expresan conceptos abstractos. No pueden conversar. Inversión de pronombres. Ecolalia. Preguntas escasas y repetitivas.

[8] Ídem. p.p, 28-29

ALTERACIONES AFECTIVAS Y EMOCIONALES PRECOCES.

- ♥ Contacto físico.

No le gusta que le toquen. No se abraza. No soporta el contacto corporal. Evita el contacto corporal.

- ♥ Llanto.

Llora sin sentido. Llanto poco expresivo, difícil de interpretar.

- ♥ Seguimiento ocular.

No sigue a las personas ni a los objetos. Difícil contacto ocular.

- ♥ Adaptación postural.

Rigidez y resistencia al contacto. Falta de ajuste postural. Actitudes posturales extrañas. Falta de pautas anticipatorias.

- ♥ Conductas de aproximación.

Ausencia de gestos y actitudes expresivas. Falta de sonrisa al rostro. Indiferencia al rostro. Falta de manifestaciones al ver a la madre.

- ♥ Vocalizaciones.

Ausencia de vocalizaciones.

- ♥ Conductas de imitación.

No imita sonidos. No imita gestos. Dificultad para imitar gestos.

- ♥ Interacciones de la diada.

Indiferencia a la hora de mamar. No busca consuelo.

- ♥ Expresión facial.

Cara poco expresiva, triste e indiferente. Ausencia de mímica facial. Coordinación anómala de la expresión facial.

- ♥ Expresiones de las emociones.

No llora o llora sin lágrimas y sin motivo. Reacciones variables ante la separación. Falta de angustia del octavo mes. Indiferencia ante la presencia de los padres. No diferencia a las personas. No admite frustraciones. No llanto de dolor. No llanto de ira. [9]

[9] Ibidem p.31

5.1.6 EVOLUCIÓN.

Existen notables diferencias entre las manifestaciones y la evolución que se observan en las personas con trastornos generalizados del desarrollo (TGD), por lo que no puede darse una respuesta generalizada que englobe todos los casos. Esta amplia variabilidad se produce debida fundamentalmente a la asociación del autismo con otros síndromes, el grado de afectación y el nivel intelectual y comunicativo que presente cada persona.

Muchos de estos niños sobre todo los que mantienen conservadas sus capacidades intelectuales, pueden adaptarse al mundo y desarrollar varias estrategias para compensar sus limitaciones por lo que es esencial proporcionarles un seguimiento a lo largo del tiempo que les ofrezca los apoyos necesarios para cada etapa de su ciclo vital.

Es cierto que el autismo hoy en día no tiene curación pero también lo es el hecho de que los tratamientos actuales pueden lograr beneficios significativos a medio-largo plazo en la calidad de vida de muchos niños y sus familiares.

Con una detección precoz y una intervención eficaz se pueden reducir de forma notable las conductas inadaptadas, mejorar la comunicación, la inflexibilidad y en algunos casos desarrollar un lenguaje funcional.

No hay que olvidar que un mismo tratamiento puede aportar buenos resultados en algunos casos mientras que en otros no se produce mejora. Es muy importante considerar cada persona en particular y plantear un tratamiento acorde a sus posibilidades.

A través de una intervención temprana y multidisciplinar donde se engloba terapias del habla, del lenguaje, terapia física, ocupacional tratamientos psicológicos, sobre todo de tipo cognitivo conductual, es posible mejorar de forma notable su calidad de vida. En el ámbito psicoeducativo, este enfoque es el único que cuenta con un amplio número de investigaciones que muestran su efectividad sobre otro tipo de tratamientos. Se basa en la modificación de comportamientos variando las circunstancias que los mantiene. En cuanto a la medicación, no siempre resultará necesaria y solo en algunas ocasiones refiere, bajo prescripción médica, un tratamiento farmacológico con base a los síntomas que presenten.

ABORDAJES TERAPÉUTICOS.

El abordaje múltiple y la integración terapéutica cumplen con las funciones de prevenir un mayor deterioro, mantener y maximizar la funcionalidad en estos pacientes para que cuenten con:

- ♥ Una mayor y mejor relación con su entorno.
- ♥ Una optimización en su calidad de vida.

SU OBJETIVO MÁS QUE CURATIVO ES REHABILITATORIO.

Es necesario recordar que aunque comparten síntomas en común, las alteraciones al igual que las respuestas a las diferentes intervenciones pueden variar de un trastorno a otro, así como de un paciente a otro.

Cada trastorno como cada paciente, cuenta con limitaciones determinadas por la situación genética-neurológica subyacente, su estado general de salud, su nivel cognitivo general y su entorno familiar-social.

Es importante esperar lo posible y no perder tiempo ni recursos al tratar de propiciar logros que no están dentro del ámbito de lo alcanzable ya sea para el trastorno en sí o por el paciente (Martín P, 2004).

Hay que subrayar que cada paciente es parte de un sistema familiar en donde su tratamiento no debe encontrarse privilegiado a expensas de otros aspectos del paciente, así como de la vida familiar. Idealmente, los abordajes terapéuticos deben de incluir programas individualizados para cada paciente dependiendo de sus necesidades, de la preponderancia de su sintomatología de la manifestación individual del trastorno, así como de los recursos familiares.

De igual forma, el esquema de integración terapéutica debe de ser individualizado y lo suficientemente flexible como para tolerar modificaciones pertinentes de acuerdo con la evolución del paciente.

5.1.7 PRINCIPIOS Y PAUTAS EDUCATIVAS PARA EL APRENDIZAJE.

A la hora de abordar el proceso de enseñanza-aprendizaje específico en los niños con trastornos generalizados del desarrollo (TGD), conviene tener en cuenta una serie de pautas generales que pueden resultar útiles y constituyen un apoyo en el abordaje, así como éxito en este proceso educativo:

- Respetar el propio ritmo de cada niño, sin forzarle excesivamente ni invadirle cuando no quiere hacer algo. El trabajo debe ser individualizado, estableciendo objetivos solo para él.
- Aunque por si mismos no adquieran determinados aprendizajes como: señalar para pedir, se les pueden enseñar de forma explícita e intencionada esas mismas capacidades.
- Hay que analizar que condiciones favorecen su aprendizaje y cuales lo entorpecen, para adaptar su medio y ayudarlo en su desarrollo.
- Siempre es mejor ofrecerle un aprendizaje sin errores desde el principio, no por ensayo-error. Conviene enseñarle la forma correcta de hacer las cosas desde el inicio; de esta forma se sentirá más motivado.
- Si la tarea es muy compleja se podrá dividir en pasos más pequeños, así se verá más capacitado para realizarla y cada vez requerirá menos ayuda externa.
- El medio en el que se le enseñe debe ser lo más natural posible, lo más cotidiano, para que pueda generalizar los aprendizajes con más facilidad. Por ejemplo, en la calle para que vea personas jugando, comprando en tiendas, hablando, en un contexto natural.
- Lo que se le enseña tiene que servirle para algo, tiene que encontrar una utilidad para ponerlo en práctica. Se tendrá en cuenta el nivel de desarrollo del niño para plantearle objetivos que pueda comprender y sean realmente adecuados a sus capacidades.
- Siempre conviene basarse en el carácter positivo en los aprendizajes y reforzarle para darle confianza en lo que hace bien. Mediante la adquisición de conductas apropiadas el niño podrá disminuir aquellas conductas que se pretenden corregir.

- El ambiente en el que el niño se desenvuelve tiene que estar estructurado y ser predecible para él, de esta forma podrá comprender mejor lo que ocurre en cada momento.
- Siempre conviene partir de sus propios intereses y motivaciones de lo que le gusta y sabe hacer.
- Favorecer que perciba las consecuencias de sus actuaciones; para ello el ambiente debe ser coherente con lo que se le pide. Es necesario que todas las figuras implicadas en el aprendizaje del niño compartan las mismas estrategias y se encaminen a objetivos comunes.
- Hay que convencerse de que la motivación del niño es uno de los factores más importantes, por lo que resulta interesante ofrecerle actividades atractivas y premiar sus intentos comunicativos.

Teniendo en cuenta estos principios el objetivo será el desarrollo de formas de conducta mas adaptadas y la eliminación de aquellas mas problemáticas o difíciles para él, que le hacen sentirse incomodo y le impiden en muchas ocasiones una mayor relación con sus iguales.

5.1.8 EVALUACIÓN.

Este tipo de evaluaciones requieren, dado su alto grado de especificidad, ser realizadas por un equipo multidisciplinario especializado y con alta experiencia en el campo de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD). La formación especializada, la experiencia clínica y los instrumentos validados internacionalmente deben conjuntarse para realizar el trabajo, el cual usualmente se realiza a lo largo de varios meses.

5.2 HILDEGARD E. PEPLAU.



5.2.1 ENFERMERÍA PSICODINÁMICA.

Hildegard E. Peplau nació el 1 de septiembre de 1909, en Pensilvania. Colaboró en el desarrollo del campo de la enfermería psiquiátrica dado su perfil profesional y formativo.

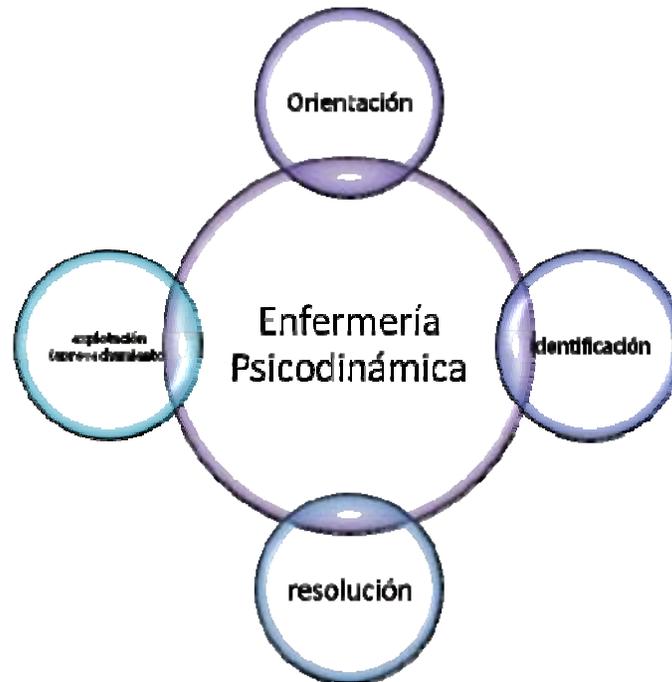
Su fuente teórica la centró en la biología y en las ciencias conductuales, y evolucionó en la teoría de las relaciones interpersonales.

Se apoya en los cuidados de la enfermería psicodinámica, para ello hay que comprender nuestra conducta para poder ayudar a los demás, y así aplicar los principios de las relaciones humanas.

En su obra, "Relaciones interpersonales en enfermería", ofrece una definición de enfermería en la que destaca la importancia del enfermero durante el "proceso interpersonal", al que define como terapéutico, y en la que resalta la influencia de su personalidad en el aprendizaje. Mientras este reciba cuidados, la meta de la enfermería, por tanto, deberá de apuntar hacia el desarrollo de la maduración personal de ambos.

Para Peplau, "La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria".

Esta autora ha descrito cuatro fases para conceptualizar el proceso de interrelación personal:



Su obra produjo gran impacto, probablemente fue la primera que desarrolló un modelo teórico utilizando conocimientos extraídos de las ciencias del comportamiento.

Permitió que las enfermeras ampliaran su campo de intervención, definiendo el modelo, en el que el significado psicológico de los acontecimientos, los sentimientos, y los comportamientos pudieran ser explotados e incorporados a las intervenciones de la enfermería.

5.2.2 FASES DE LA ENFERMERÍA PSICODINÁMICA:

Peplau desarrolla su modelo a través de la descripción de los conceptos estructurales del proceso interpersonal que constituyen las fases en la relación enfermera-paciente. Mantiene que este es un punto básico de la enfermería psicodinámica.

Los cuidados en Enfermería psicodinámica exigen ser capaz de comprender nuestra propia conducta para poder ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas y aplicar principios de relaciones humanas a los problemas que surgen a todos los niveles de experiencia.

La enfermería es un importante proceso interpersonal y terapéutico. Funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos que hacen de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades.

***Relación enfermera–paciente:**

Peplau describe cuatro fases de la relación enfermera-paciente. Aunque independientes estas fases se entrelazan a lo largo de la relación.

1.- **Orientación:** Durante la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y entender su problema, como a determinar su necesidad de ayuda.



2.- Identificación: el paciente se identifica con las personas que le pueden ayudar (relación). La enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad como una experiencia que reorienta sus sentimientos y refuerce los mecanismos positivos de la personalidad y le proporcione la satisfacción que necesita.



3.- Explotación (aprovechamiento): El paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación. Se pueden alcanzar nuevos objetivos a través del esfuerzo personal y el poder se traslada de la enfermera al paciente cuando éste aplaza la gratificación de aspirar a las nuevas metas establecidas.



4.- Resolución: Las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan otras nuevas. En este proceso el paciente se libera de la identificación con la enfermera.



Peplau también describe varios roles de la enfermería (concretamente seis); que surgen en las distintas fases de la relación entre el profesional y el paciente:

- Rol del extraño.

El primer rol que representa la enfermera es el del extraño. Peplau afirma que teniendo en cuenta que la enfermera y el paciente son desconocidos, éste a de ser tratado con la cortesía normal. Es decir, la enfermera no deberá prejuzgar al paciente sino aceptarlo como es. Durante esta fase impersonal la enfermera deberá tratar al paciente como capacitado emocionalmente, a no ser que la evidencia indique lo contrario. Esta fase coincide con la identificación.

- Rol de persona recurso.

La enfermera ofrece respuestas concretas a las preguntas, sobre todo las referidas a información sanitaria y explica al paciente el tratamiento o el plan de asistencia medica. Estas cuestiones suelen surgir en el contexto de un problema grave. La enfermera determina el tipo de respuesta apropiado para un aprendizaje constructivo, ya sea a través de respuestas reales, directas o que proporcionen asesoramiento.

- Rol docente.

El rol docente es una combinación de todos los restantes y siempre emana de lo que el paciente conoce y desarrolla en función de su interés y su deseo de ser capaz de utilizar.

Peplau divide así la enseñanza en dos categorías:

- La instructiva, que consiste principalmente en dar información y es la forma explicada en la bibliografía sobre formación.
- La experimental, que se refiere a la utilización de la experiencia del alumno como base donde se apoya los productos del aprendizaje.

Estos productos del aprendizaje son generalizaciones y estimaciones que realiza el paciente acerca de sus experiencias. Este concepto de aprendizaje utilizado en el rol docente que contempla con el de asesoramiento, ya que el aprendizaje tiene lugar a través de técnicas psicoterapéuticas.

- Rol de liderazgo.

El rol de liderazgo implica un proceso democrático. La enfermera ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y participación activa.

- Rol de sustituta/o.

El paciente asigna a la enfermera un papel de sustituto. La actitud y conducta de ésta provoca en él sentimientos y vibraciones emocionales como reactivación de los generados en una relación anterior. La función de la enfermera consiste en ayudar al paciente a reconocer las similitudes entre ella misma y la persona recordada. Más adelante le ayudará a percibir las diferencias entre su función y la de dicha persona recordada. En esta fase, tanto el paciente como la enfermera definen áreas de dependencia, independencia y finalmente interdependencia

- Rol de asesoramiento.

Las funciones de asesoramiento en la relación enfermera y un paciente se establecen según el modo en que las enfermeras responden a las peticiones del paciente. Peplau optima que el fin de las técnicas interpersonales es ayudar al paciente a recordar y entender plenamente lo que le esta ocurriendo en su

situación actual, de manera que pueda integrar su vivencia en lugar de disociarla de otras experiencias de su vida.

5.2.3 EXPERIENCIAS PSICOBIOLOGICAS.

Peplau describe cuatro experiencias psicobiológicas: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. Estas experiencias generan una energía que se transforma en algún modo de acción.

***Persona:**

Peplau define a la persona como ser humano, al que entiende como un organismo que vive en equilibrio inconstante.

***Salud:**

Peplau define salud como un término simbólico que implica un avance de la personalidad y otros procesos humanos en favor de una vida personal y social, creativa, constructiva y productiva.

***Entorno:**

Peplau define implícitamente el entorno como las fuerzas existentes fuera del organismo y en el contexto cultural a partir del cual se adquiere los gustos, hábitos y creencias. No obstante las condiciones generales que probablemente contribuirán a la salud incluyen siempre los procesos interpersonales.



5.3 PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON

Marjory Gordon.

Profesora emérita de enfermería en Boston College, Chestnut Hill, Massachusetts. Ella es principalmente conocida por la teorización de la valoración de enfermería, A través de un método llamado Los patrones de salud funcional de Gordon.

Patrones Funcionales de M. Gordon.

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero.

Para llevar a efecto esta valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido.

Así se eligió la propuesta de M. Gordon con sus Patrones Funcionales (1982).

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

Los 11 Patrones Funcionales se denominan de la siguiente manera:

- Patrón 1: Percepción – manejo de la salud.
- Patrón 2: Nutricional – metabólico.
- Patrón 3: Eliminación.
- Patrón 4: Actividad – ejercicio.
- Patrón 5: Sueño – descanso.
- Patrón 6: Cognitivo – perceptual.
- Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto.
- Patrón 8: Rol – relaciones.
- Patrón 9: Sexualidad – reproducción.
- Patrón 10: Adaptación – tolerancia al estrés.
- Patrón 11: Valores – creencias.

5.3.1 VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD.

Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.

Por tanto se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc.), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.).

En concreto, mediante la valoración de este Patrón pretendemos determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO.

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta.

Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas, y su estado. Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN.

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD – EJERCICIO.

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo.

Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

PATRÓN 5: SUEÑO – DESCANSO.

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

PATRÓN 6: COGNITIVO – PERCEPTUAL.

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo.

Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección.

En este patrón también se determina la existencia o no de dolor.

Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCION – AUTOCONCEPTO.

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural, corporal, contactos oculares, etc.).

PATRÓN 8: ROL – RELACIONES.

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo.

Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

PATRÓN 9 SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a

las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

PATRÓN 11: VALORES – CREENCIAS

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.



5.4 PRINCIPIOS DE ASISTENCIA EN SALUD MENTAL

Principio, es un código que ayuda a la persona a gobernar su conducta.

Los principios guían las decisiones y los actos de quienes deciden seguirlos.

Enfermería tiene un conjunto de principios establecidos y específicos para cada área; existen 7 principios básicos para el personal que trabaja con pacientes que presentan trastornos mentales y emocionales.

Salud, es un estado dinámico y cambiante que se ve influido por los patrones de conducta del sujeto y por las interacciones con el entorno.

La Salud Mental, también es dinámica y cambia en función de los factores de estrés que surgen en la vida.

5.4.1 PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

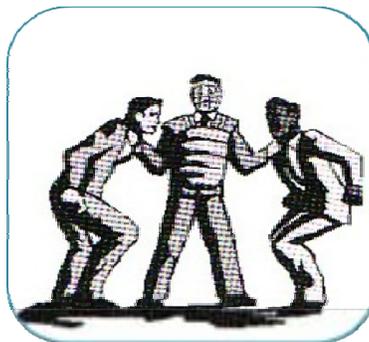
Las habilidades que el personal de enfermería desarrolle en relación con las necesidades emocionales y mentales de los pacientes son básicas.

La enfermería cuenta con 7 principios para el desarrollo de su trabajo asistencial

- No dañar.

No hay que hacer nada equivocado, se deben evitar acciones que pueden resultar dañinas para el paciente.

Cada uno de nosotros somos el instrumento terapéutico para llevar a los pacientes hacia el bienestar.



- Aceptar a cada paciente como una persona total.

Las personas son seres complejos cuya personalidad, tiene múltiples aspectos, la influencia de la cultura, la sociedad y el grupo de pertenencia son factores importantes para el paciente.

El principio de aceptación es importante por que se atiende a muchas personas, todas diferentes entre si.

Usted puede desaprobar la actitud o el comportamiento de un paciente, pero debe aceptar a la persona, por que ella es el centro de su trabajo.



- Desarrollar la mutua confianza.

La palabra confianza significa: esperanza y fe en el otro.

La confianza es un fundamento de la relación terapéutica.

El desarrollo de la confianza, entre un paciente y su enfermera implica: cuidado, empatía y defensa



- Cuidado y Empatía.

La enfermedad restringe la capacidad de una persona para el trabajo diario y las actividades cotidianas. La enfermedad mental tiene el impacto adicional de las actividades culturales y sociales negativas.

La aceptación, el cuidado y el apoyo de sus amigos y cuidadores desempeñan un papel fundamental.

Para que surja la confianza, el paciente debe saber que su cuidador le atiende realmente con cuidado.

La empatía, es la capacidad para reconocer y compartir las emociones de los demás, incluye la comprensión del significado de la conducta ajena.



- Defensa.

Es el proceso por el cual se le facilita información al paciente, el apoyo y las respuestas necesarias para que tome una decisión.

Muchos enfermos mentales son capaces de asumir una parte de sus cuidados y tratamiento.

El personal de enfermería actúa como abogado asesorando al paciente en su proceso de toma de decisiones. Proporciona información y educación.

La confianza se establece cuando una persona sabe que su cuidador es lo bastante hábil para ayudarlo a tomar la mejor decisión posible.



- ⊙ Explorar la conducta y las emociones.

Todas las conductas tienen su significado, los actos de un sujeto son consecuencia de su intento por cubrir necesidades y objetivos personales.

La conducta consiste en percepciones, pensamientos, sentimientos y acciones.



● Fomentar la responsabilidad.

Las personas responsables son capaces de asumir y cumplir sus obligaciones; responden y dan cuenta de sus decisiones y actos.

Enfermería trabaja con pacientes que muestran una amplia gama de conductas y estilos de afrontar las situaciones.

Fomentar la responsabilidad es una intervención primaria con los pacientes que tiene dificultades mentales y emocionales, ya que les ayuda a construir su autoestima, dignidad y confianza en si mismos y a aprender comportamientos más fructíferos.

La responsabilidad es una piedra angular de las sociedades modernas y un objetivo de la asistencia en salud mental.



● Favorecer una adaptación eficaz.

La naturaleza de la enfermedad mental se caracteriza por acciones que no son acordes con la definición social de la conducta apropiada.

Los pacientes capaces de cambiar o adaptar su conducta se manejaran mejor con su realidad vital.

La adaptación significa la mejora suficiente para desarrollar las actividades cotidianas.

Muchos pacientes mentales tiene dificultades para enfrentarse a los cambios, pero los enfermos capaces de adaptarse acaban por atreverse a afrontar ciertos riesgos y a comprometerse con una nueva conducta, la propia estima aumenta y mejoran sus capacidades.



● Aportar coherencia.

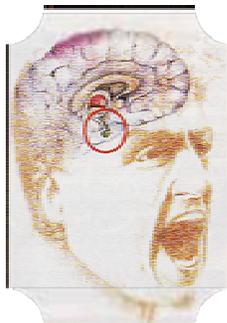
Las personas con enfermedad mental les suele faltar la seguridad de alguien que siempre este ahí cuando le necesitan, alguien que les nutra.

Si el individuo no tuvo esa guía cuando era niño, la coherencia y la fiabilidad del cuidador de salud mental es a veces su única estabilidad.

Hay dos pautas generales para aportar coherencia:
Establecer límites y centrarse en los cambios positivos que están realizando los pacientes.

Otro aspecto es establecer límites y hacerlos respetar.

Cuando los mensajes de la conducta están mezclados o son incoherentes, la persona se siente confundida e intenta descubrir que acciones satisfacen mejor sus necesidades en los distintos contextos; el niño aprende que en diferentes situaciones se aplican distintas reglas.



5.5 CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL

El concepto de salud mental no sólo es la ausencia de enfermedad; la Organización Mundial de la Salud define a la salud mental como la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar el uno con el otro de forma tal, que se promueve el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales), la adquisición de las metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la adquisición y preservación de las condiciones de equidad fundamental.

La salud mental es el resultado de la armonía entre los aspectos biológicos y sociales del individuo, el desequilibrio entre ellos genera un trastorno mental y las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad mental reflejan una alteración de las funciones cerebrales, como la atención (trastorno por déficit de atención), la memoria (demencia), el pensamiento (esquizofrenia), el estado de ánimo (depresión), la sensopercepción (esquizofrenia), el aprendizaje (trastornos del desarrollo infantil), etc., interfiriendo en la vida y la funcionalidad del individuo.[10]

5.5.1 ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

El sufrimiento, la discapacidad y las pérdidas económicas no desaparecerán mientras los enfermos sigan estigmatizados. En todo el mundo, muchas personas con trastornos mentales son víctimas de discriminación por el solo hecho de padecerlos. Con frecuencia tienen dificultades para obtener vivienda, empleo u otros servicios que forman parte de la vida normal en la sociedad, lo que en ocasiones provoca la agudización de sus síntomas. De ahí que a menudo vacilen en recurrir a especialistas para tratar sus problemas y opten, en cambio, por el aislamiento y la falta de tratamiento.

La información equívoca sobre los trastornos mentales, por ejemplo la idea de que esos enfermos suelen ser violentos o víctimas de algún tipo de maleficio, o de que algunas molestias son incurables, no hacen más que perpetuar el estigma y la discriminación.

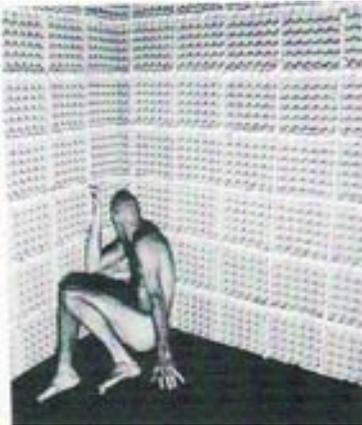
El estigma tiene una serie de referentes en la historia de la medicina, desde los médicos babilonios que consideraban a la enfermedad mental como posesiones demoniacas y los trataban con métodos mágico-religiosos, pasando por las concepciones griegas y romanas.

[10] Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Atención en Salud Mental. 2007 p.p. 26-27

5.6 ASISTENCIA HOLÍSTICA

Es un concepto orientado a ayudar a los pacientes a conseguir la armonía en su interior y con los demás, la naturaleza y el mundo.

Teniendo en cuenta las múltiples necesidades del paciente, cada persona debe ser aceptada, por lo que es y como quien es. El paciente debe ser aceptado sin ser juzgado por que implica desaprobación, se debe aceptar estilo de vida, actitudes y circunstancias vitales.



SIEMPRE SE DEBE SER ACEPTADOR
Y NO JUEZ

ENFERMERA RAZONABLE Y PRUDENTE.

Cuenta con habilidades para comunicar, interactuar y comportarse terapéuticamente por medio del:

- ❖ Contacto visual
- ❖ Expresiones faciales
- ❖ El movimiento corporal
- ❖ Otras conductas no verbales

5.7 ATRIBUTOS DE LA PERSONALIDAD TERAPÉUTICA SEGÚN ROACH (1987)

- Compromiso.

Es un vínculo personal con algún tipo de actividad. Existen dos tipos de compromisos: personales y con los demás. El primer compromiso es con uno mismo y consiste en hacerse cargo del propio crecimiento personal y profesional.

- Compasión.

Consiste en entender como se siente la otra persona y sentir pena por su sufrimiento o sus problemas. Un componente de la compasión es la tolerancia ante las diferencias que existen entre los individuos.

- Competencia.

Incluye una amalgama de características que van desde el conocimiento de sí mismo al compromiso, la responsabilidad, así como el conocimiento y utilización de técnicas adecuadas para conseguir los objetivos terapéuticos.

- Confianza.

Es la creencia en la propia capacidad para ayudar a las personas a enfrentarse a las dificultades y las implicaciones de sus problemas de salud. Establecer este clima de confianza requiere paciencia, persistencia y lo más importante coherencia.

- Conciencia.

Se refiere al conocimiento o sentimiento de lo que es correcto e incorrecto, dentro de un esquema de valores éticos y morales.

5.8 ELEMENTOS Y/O HABILIDADES DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

- Confianza.

Dentro de la relación terapéutica, la confianza tiene que ver con la convicción de que otras personas son capaces de ayudar en momentos de necesidad y que van a hacerlo. Su desarrollo implica: cuidado, empatía y defensa (Keltner y Cols; 1995).

- Empatía.

Es la capacidad para compartir el mundo del otro. Morrison (1999) la describe, como “la capacidad para caminar un trecho con los zapatos del otro”. No hay una directriz específica para el desarrollo de la empatía, se comunica verbalmente, no verbalmente y a través de la conducta. Sin embargo la escucha activa y la seguridad en la actividad desarrollada acrecientan la empatía.

- Autonomía.

Tiene que ver con la aptitud para dirigir y controlar las propias actividades y el propio destino. La actitud paternalista de algunos profesionales sanitarios limita la capacidad del paciente para tomar decisiones y aumenta la dependencia del paciente hacia los demás.

- Cuidado.

En salud mental es una parte vital de la relación terapéutica. El objetivo terapéutico se consigue comunicando preocupación, sensibilidad y compasión con cada acto, cada gesto y cada interacción con los pacientes.

- Esperanza.

Es un concepto que implica futuro. Se caracteriza por una expectativa confiada, aunque incierta, de alcanzar un buen futuro. En el contexto terapéutico de salud mental, el establecimiento de expectativas debe de ser realista, posible y personalmente significativo para el paciente.



5.9 ENTORNO TERAPÉUTICO

El entorno terapéutico describe ciertos marcos o medios cuyo propósito es ayudar a los pacientes a sustituir conductas inadaptadas por habilidades personales y psicológicas más eficaces (Stuart y Sundeen, 1995).

Los entornos terapéuticos pueden formar parte de un hospital, de un hogar o de un marco comunitario, siempre que ayuden a los pacientes a satisfacer sus necesidades y a resolver sus problemas.

Aunque la mayoría de las personas con problemas mentales y emocionales pueden desenvolverse bien en su comunidad, en ocasiones necesitan un entorno más estable y seguro. Se opta por el ingreso cuando se da alguna de estas condiciones:

- El paciente se convierte en una amenaza para sí mismo o para los demás.
- Las personas que lo rodean, no desean continuar ayudándolo.
- El paciente se ve a sí mismo incapaz de afrontar sus problemas o de controlar su conducta.



5.9.1 OBJETIVOS DEL ENTORNO TERAPÉUTICO.

- Proteger al paciente y a los demás durante los períodos de conducta desadaptada.
- Ayudar a los pacientes a desarrollar la autoestima y la confianza.
- Enseñar las habilidades adaptativas más eficaces (afrontar problemas) para satisfacer sus necesidades.

5.9.2 PROPIEDADES FÍSICAS DEL ENTORNO.

Las propiedades físicas del entorno ejercen un efecto interpersonal en todos y cada uno de quienes viven en él. Entre las propiedades físicas del entorno terapéutico se incluyen:

- o La temperatura.

La circulación del aire y la humedad del espacio ejercen algún efecto en los pacientes, que responden a estos factores de formas muy específicas. Por ejemplo, un individuo agitado o hiperactivo puede sentir que la temperatura del entorno es demasiado elevada y reaccionar con comportamientos aún más angustiados. Los días cálidos y la humedad elevada pueden incrementar la agresividad de los enfermos o provocar estados letárgicos. Las personas deprimidas e hipoactivas pueden verse afectadas en mayor medida por las temperaturas más frías.



- o La luz.

La luz ambiental es también un factor importante. Es recomendable que la iluminación sea constante y tenga una intensidad adecuada. Las luces parpadeantes pueden generar delirios o alucinaciones, en tanto que una iluminación demasiado brillante es capaz de producir sobreestimulación y conductas agresivas. Una iluminación con intensidad débil puede dar lugar a estímulos inadecuados cuyo resultado sea una mala percepción de los objetos.

Luz y color son dos grandes aliados y tienen una fuerte carga simbólica para los seres humanos. Puesto que algunos pacientes hipersensibles al color, cuando están agitados o hiperactivos debe valorarse también este factor. En general, los colores brillantes son muy estimulantes, mientras que los oscuros deprimen y los neutros tienden a calmar las emociones y los comportamientos.



o El sonido.

El entorno acústico o sonoro, formado por los ruidos que generan las personas y el equipamiento, también es importante en el entorno terapéutico.

El sonido ambiental es otro factor a tener en cuenta, puesto que puede calmar a las personas o alterarlas. Niveles sonoros elevados pueden llevar a percepciones distorsionadas, alteraciones del pensamiento y sobrecarga sensorial. Cuando los niveles sonoros son demasiado intensos, los enfermos tienden a aturdirse, agitarse e incluso volverse agresivos.



- o La limpieza.

Los problemas de higiene incrementan la probabilidad de infección; los factores estresantes de la enfermedad mental pueden reducir la resistencia a dichas infecciones.



- o La estética.

El entorno invita a quedarse en él o abandonarlo rápidamente. Un entorno ordenado y en buenas condiciones trasmite un mensaje de orgullo y esmero.

La utilización mesurada del color y de la textura también puede producir un ambiente que trasmite un sentimiento de hospitalidad y sensación de pertenencia.

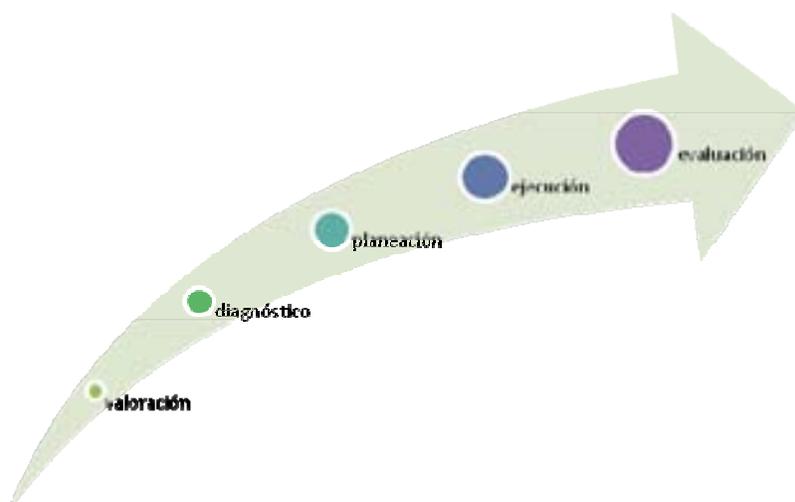


5.10 PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (PAE). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional lógica y sistemática.

Es un método por que en una serie de pasos mentales a seguir le permiten a la enfermera organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados.

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).



Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Es intencionado por que se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible por que debe aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es interactivo por requerir de la interrelación humano-humano con el usuario para acordar y lograr objetivos comunes.

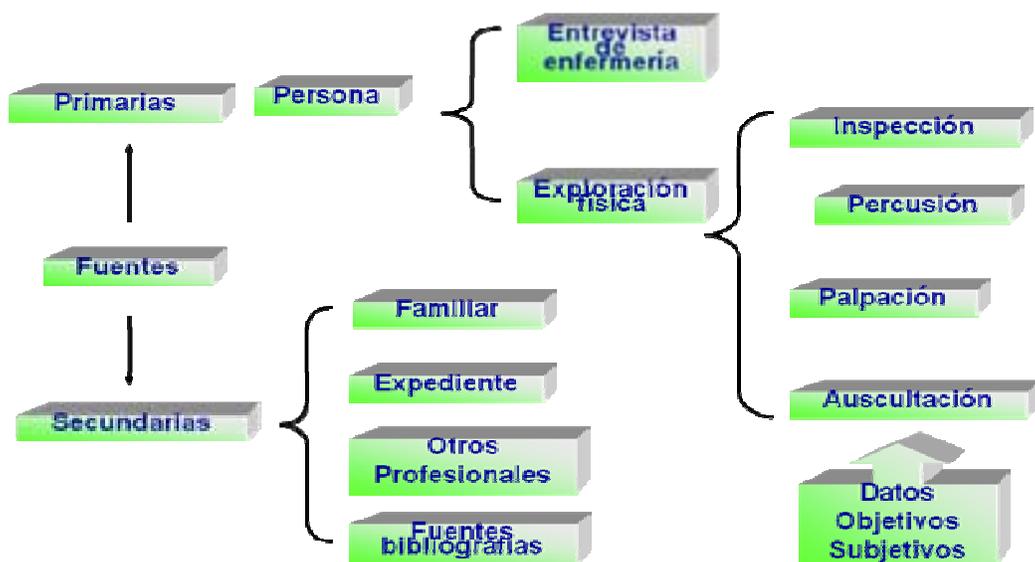
“El proceso de enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir el objetivo de la enfermería: mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo; si éste estado se alterara proveer entonces, todos los cuidados necesarios que la situación exija, para restablecer su bienestar. Si no se puede llegar al bienestar, el proceso debe seguir en su apoyo a la calidad de vida del paciente, aumentando al máximo sus recursos, para conseguir la mayor calidad de vida durante el mayor tiempo posible” (Yura y Walsh, 1983).

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos:

- Valoración.

Nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas así como los recursos (capacidades) con los que se cuenta.

La valoración es el primer paso del proceso de enfermería en el que se recoge la información relativa al cliente y se examina en preparación para el segundo paso: el diagnóstico. [11]

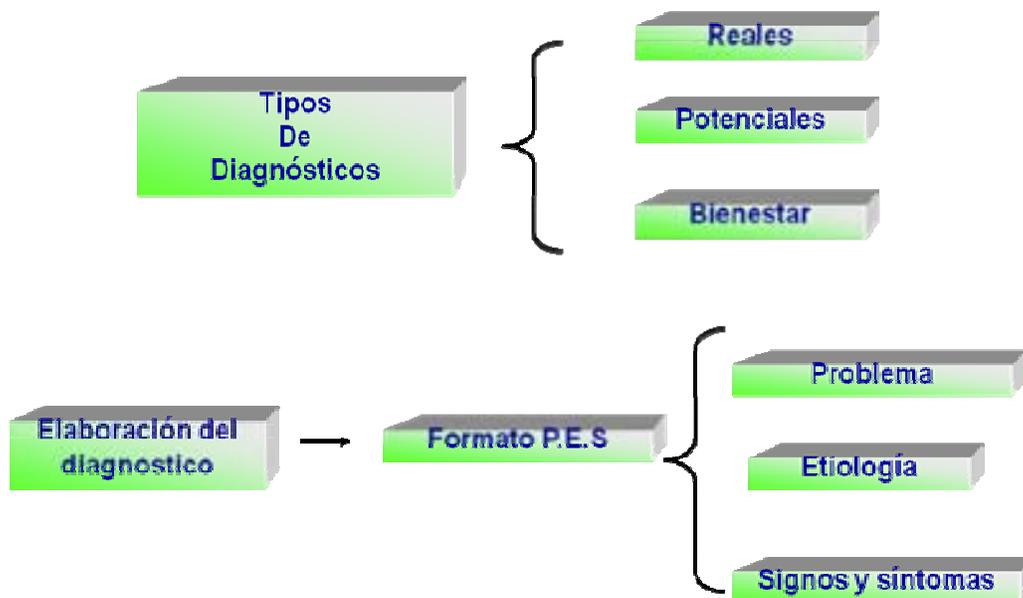


[11] Alfaro Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Mosby/Doyma Libros. Barcelona, Madrid, Baltimore 2000 p. 54

- Diagnóstico de enfermería.

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería; sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad.

Es una formulación que describe la respuesta humana (un estado de salud/alteración real o potencial de un patrón de interacción) de un individuo o grupo que la enfermera puede legalmente identificar y para el cual puede ordenar intervenciones definitivas para mantener el estado de salud o reducir, eliminar o prevenir alteraciones. [12]



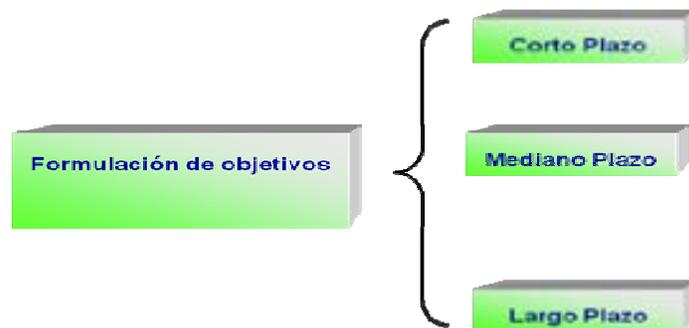
[12] *Ibidem* p. 72

- Planeación.

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

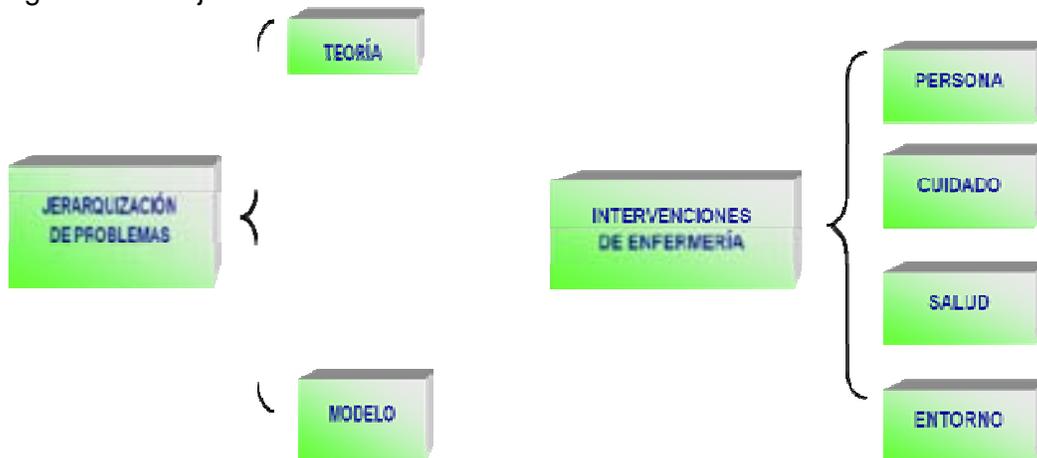
La tercera etapa del proceso de enfermería, la planificación, implica las siguientes actividades:

- Determinar prioridades
- Fijar objetivos/resultados del cliente
- Determinar acciones de enfermería
- Anotar el plan de cuidados de enfermería. [13]



- Ejecución.

Consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan al logro de los objetivos establecidos.



[13] Ibid. p 145

Puede usarse el acrónimo “CLIPVE” para recordar las tareas comunes que deberían realizarse antes de llevar a cabo cualquier intervención de enfermería.

“CLIPVE” significa:

C: comprobar las órdenes y el equipo.

L: lavarse las manos.

I: identificar al paciente.

P: proporcionar seguridad e intimidad.

V: valorar el problema.

E: explicar o enseñar a la persona lo que va a hacer. [14]

- Evaluación.

Permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias.

La evaluación implica las siguientes actividades:

Establecimiento de criterios de resultados.

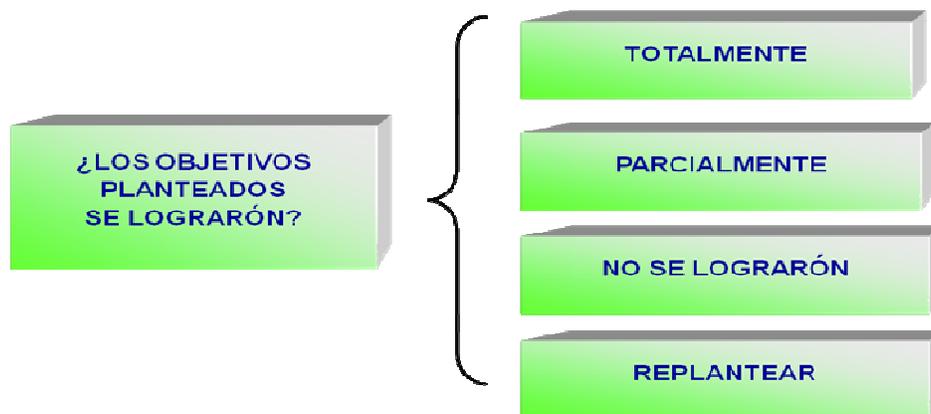
Valoración del estado actual del paciente.

Evaluación del logro de objetivos.

Determinación de las variables que afectan el logro de los objetivos.

Modificación del plan de cuidados/finalización de los cuidados de enfermería.

[15]



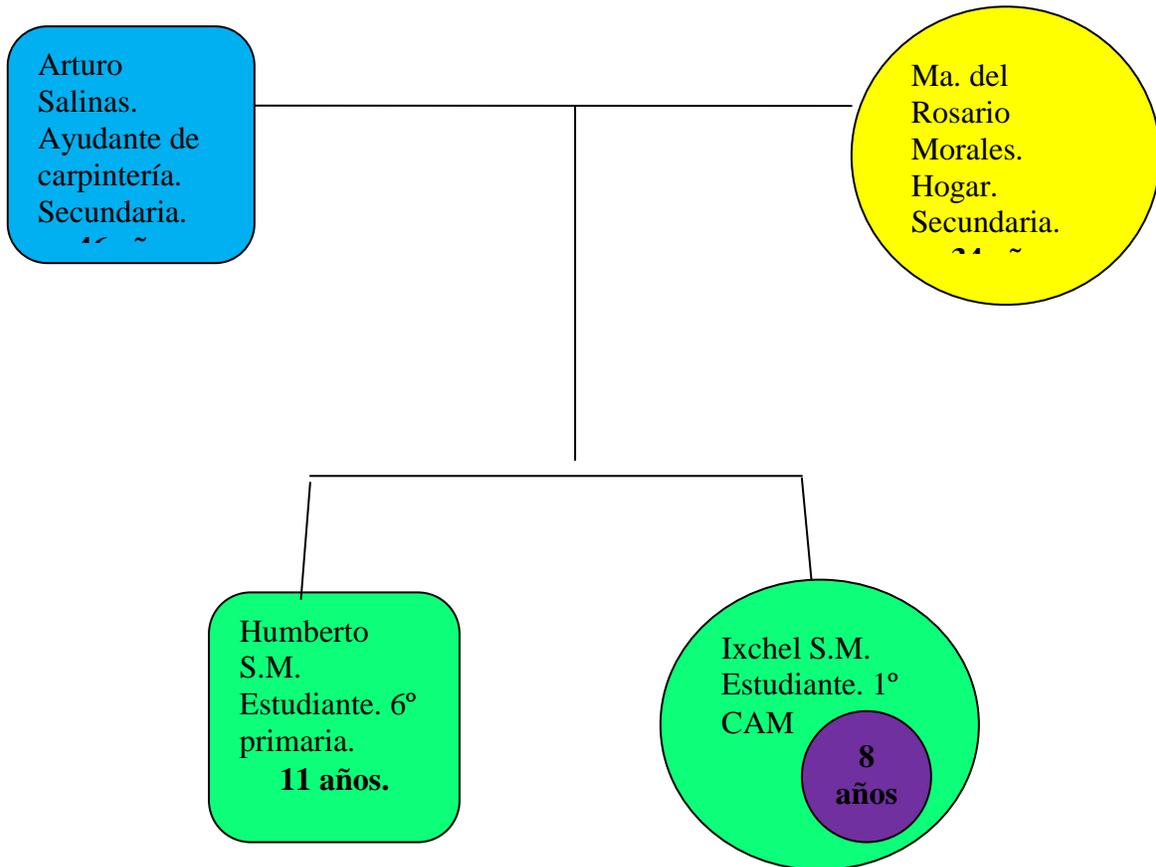
6. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

6.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 8 años de edad, soltera, estudiante, peso actual: 25.800 Kg, talla: 1.24cm, escolaridad: asiste a educación especial, grupo sanguíneo: O RH positivo, transfusionales y alérgicos negados, residente en barrio Dengu sin número, municipio de Jilotzingo Estado de México, vive en casa de sus padres, la vivienda es de concreto, en donde habitan 4 personas; proviene de una familia nuclear integrada con relaciones positivas entre los miembros, en etapa del ciclo vital de crianza de los hijos, la autoridad la ejerce la madre la cual refiere que pone reglas y límites que son obedecidos por la paciente, el nivel educativo de ambos padres es básico, el proveedor económico es el padre el cual no alcanza a solventar sus gastos, debido a que no tiene un salario fijo, tiene que buscar otro trabajo en fines de semana para poder sufragar los gastos de la familia.



6.2 FAMILIOGRAMA



6.3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Datos de identificación:

Paciente Ixchel S. M., nacionalidad mexicana, escolaridad CAM de religión católica, fecha de nacimiento 6/10/2000, ocupación: estudiante, nombre del responsable legal: María del Rosario (madre).

Motivo de consulta:

Referida del DIF de Naucalpan.

Padecimiento actual:

La madre refiere que en el DIF la refieren a este hospital por que no habla, no entiende lo que se le dice, no interactúa con otros niños, no sostiene la mirada, no le gusta que le interrumpan cuando esta haciendo algo, cuando mira a la madre le traspasa la mirada, en ocasiones cuando su mamá se siente mal; trata de consolarla, toma los objetos pero no sabe el uso que tienen.

Presenta movimientos estereotipados como aplaudir, aleteo, mueve las manos, talla los dientes, grita sin sentido, le molesta cuando oye algún sonido fuerte, presenta ecolalia, usa a la madre como agente, presenta atención conjunta en ocasiones; no señala las partes de su cuerpo, intenta comunicación en algunas ocasiones pero no logra hablar.

Durante la historia de su desarrollo se destacan retrasos importantes en los hitos, sobre todo en el área del lenguaje. Presenta alteraciones en el área social principalmente notadas en una falta de iniciación de contactos sociales, no establecer contacto visual, no desarrollar interacciones con niños de su rango de edad y no elabora juego simbólico. Además presenta importantes alteraciones en el área del lenguaje. Presenta retraso en la adquisición del habla y muestra déficits importantes en esta área. Adicionalmente, presenta uso de palabras repetitivas y fuera de contexto claro (“a ver, adiós, adiós,..” sic). Asimismo presenta movimientos repetitivos de manos como aleteo. Además presenta interés repetitivo en armar rompecabezas (“es lo único que juega, yo no sé como lo hace pero los llena rápido” sic madre). Parece adherirse a rutinas de manera inflexible responde con irritabilidad y llanto cuando la llevan a lugares nuevos o tiene que interactuar con extraños. Presenta aparente hiperreactividad a estímulos sensoriales auditivos, la madre describe que con ruidos se espanta fácilmente. En ocasiones pasa hasta diez minutos viendo sus manos y lo hace por varias ocasiones al día en un par de días a la semana. Presentó crisis convulsivas en la infancia.

Antecedentes heredofamiliares (psiquiátrico y médico):

Negados.

Antecedentes personales no patológicos:

Vive con su madre, su padre y su hermano de 11 años, se lleva bien con los padres pero con el hermano se pelea mucho.

Antecedentes personales patológicos:

Niega alérgicos, quirúrgicos y hemotransfusionales. Traumatismo craneoencefálico al caerse de las escaleras a los 9 meses de vida sin complicaciones inmediatas, pero a los 11 meses presentó estatus epiléptico y permaneció 15 días hospitalizada ya que la madre le daban dos cada hora. Recibió tratamiento con carbamazepina que tomó por lapso de dos años, suspendida por orden médica, no ha vuelto a presentar convulsiones. A los dos años y medio traumatismo en fémur por que la madre se cayó de las escaleras con ella en los brazos.

Antecedentes perinatales:

Producto de la segunda de dos gestaciones, embarazo complicado por amenaza de parto pretérmino y RPM, obtenido por parto eutócico bajo anestesia epidural posterior a las 40 semanas no se sabe con exactitud, pero niega datos de producto postérmino, lloró y respiró al nacer, aunque la madre comenta que la escucho tenue y por solo un rato, apgar: 8/9 peso: 3.300 kg talla: 50 cm, egresa en binomio.

Desarrollo motor: sostén cefálico a los 7/12 sedestación: 1 6/12, bipedestación 1 6/12, deambulación: 2 años.

Desarrollo de lenguaje, bisílabos a los 4 años, primeras palabras: 4 años, no elabora frases estructuradas, ni lenguaje.

Desarrollo social, emocional con déficit, el maternaje lo ejerce la madre, primera sonrisa al mes, no presentó angustia de separación del octavo mes, negación (no): 3/12, no tuvo objeto transicional, no temores extraños.

Desarrollo de la alimentación: seno materno: 1 año, ablactación: 3 meses, biberón: no recuerda cuando lo dejó de usar, aceptación de nuevos alimentos los tolera bien, inicio de la dentición: 5/12.

Desarrollo del sueño: primera noche completa desde recién nacida, tipo de sueño: tranquilo, duerme sola, terrores nocturnos: negados, sonambulismo: negado, pesadillas: negadas, presenta bruxismo, noctilalia negada.

Control de esfínteres: inicia a los 3 años y consolida a los 4 años.

Desarrollo de la sexualidad: no distingue.

Desarrollo escolar: en el CAM al empezar a ir lloraba mucho, no interactuaba con los niños, no trabajaba.

Actualmente trabaja sola, pero sigue sin interactuar con los niños.

Aparatos y sistemas:

Datos patológicos negados en cabeza, cara, cuello, tórax, abdomen, genitales, extremidades, pares craneales, tono y fuerza muscular, coordinación motora fina, marcha; lateralidad derecha.

Signos vitales:

Pulso 88 x min, respiración 22 x min, temperatura 36.5°

Peso 25 kg, estatura 1.22 cm.

Examen mental:

Paciente alerta, con buen aliño, en ocasiones sostiene la mirada, emite sonidos guturales, trata de comunicarle a la madre lo que quiere, expresa afecto, alianza con madre, la utiliza como agente, se le da algo para que escriba y se tranquiliza aunque solo escribe garabatos.

Diagnóstico médico:

Autismo infantil.

Descartar RM grave.

Plan terapéutico:

Valproato de magnesio: 200mg 1-0-1

Risperdal: 1mg 0-0-1/2.

Referencia interna:
Clínica del desarrollo.

6.4. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Patrones Funcionales (M. Gordon): Patrón 10: Adaptación – tolerancia al estrés

Afrontamiento individual inefectivo; relacionado con la vulnerabilidad de la paciente, manifestado por la falta de participación social.

- Patrones Funcionales (M. Gordon): Patrón 8: Rol –relaciones

Aislamiento social; relacionado con la alteración del estado mental, manifestado por indiferencia, no comunicación, no contacto ocular.

- Patrones Funcionales (M. Gordon): - Patrón 8: Rol –relaciones

Deterioro de la comunicación verbal; relacionado con el trastorno del desarrollo del lenguaje manifestado por ecolalia, incapacidad para hablar, encontrar palabras, decir las o identificar los objetos.

- Patrones Funcionales (M. Gordon): - Patrón 4: Actividad – ejercicio

Déficit de actividades recreativas; relacionado con la rigidez y adhesión a rutinas, manifestado por la no elaboración de juego simbólico, seguimiento de rutinas de manera inflexible, dificultad de adaptación a ambientes nuevos.

- Patrones Funcionales (M. Gordon): - Patrón 6: Cognitivo – perceptual

Conflicto de decisiones; relacionado con la falta de experiencia en la toma de decisiones, manifestado por expresiones de consecuencias no deseadas de las acciones alternativas a considerar.

- Patrones Funcionales (M. Gordon): - Patrón 8: Rol –relaciones

Retraso en el desarrollo del lenguaje; relacionado con la falta de lenguaje, manifestado por el uso de la madre como agente.

- Patrones Funcionales (M. Gordon): - Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto

Trastorno de la identidad personal; relacionada con factores cognitivo-perceptuales, manifestado por no mirar la parte corporal, no tocarla, no percibir la estructura en forma completa.

- Patrones Funcionales (M. Gordon): - Patrón 8: Rol –relaciones

Duelo (padres); en relación con las pérdidas anticipadas secundarias al problema.



Patrón 10: Adaptación – tolerancia al estrés

Dx. Enfermería: Afrontamiento individual inefectivo; relacionado con la vulnerabilidad de la paciente, manifestado por la falta de participación social. [16]

Valoración: Femenino de 8 años de edad, soltera, estudiante CAM. Presenta movimientos estereotipados como aplaudir, aleteo, mueve las manos, talla los dientes, grita sin sentido, le molesta cuando oye algún sonido fuerte, presenta ecolalia, usa a la madre como agente, presenta atención conjunta en ocasiones; no señala las partes de su cuerpo, intenta comunicación en algunas ocasiones pero no logra hablar, no establece contacto visual, no desarrolla interacciones con niños de su rango de edad y no elabora juego simbólico, presenta interés repetitivo en armar rompecabezas (“es lo único que juega”), parece adherirse a rutinas de manera inflexible responde con irritabilidad y llanto cuando la llevan a lugares nuevos o tiene que interactuar con extraños.

Objetivo: Facilitar las interacciones y la capacidad de compartir de forma que experimente el placer de jugar con los demás, en contraposición a jugar con cosas.

<u>Intervenciones de enfermería</u>	<u>Fundamento</u>
<p>Empezar con juegos tranquilos. Organizando las cosas de manera de brindar tranquilidad y despertar interés por la actividad; sentarse a su lado para lograr tolerancia, intervenir brevemente en el juego.</p> <p>Dar tiempo suficiente para que la paciente asimile los juegos; se deben utilizar juegos de contacto físico.</p> <p>Animar la imitación e interacción de forma gradual, aumentando paulatinamente el tiempo de tolerancia o para cambiar de juego.</p> <p>Ayudar a crear movimientos con las manos, reduciendo la ayuda hasta dejarla que realice los movimientos por sí misma.</p> <p>Con el uso de nuestras manos sobre las suyas, introducir acciones de movimiento como tirar, empujar, apretar, salpicar, enrollar, torcer, clavar, girar, golpear. Todo esto se realiza con juegos apropiados y de ubicación física, manual.</p> <p>Juegos con diversas texturas: semillas, arena, pastas, se proporciona en pequeñas cantidades en sus planos para que repita la actividad con uno; pudiéndose realizar también en agua.</p> <p>Práctica de juegos que requieran sentarse en el suelo y estimular con música, empezar el contacto de espaldas, más tarde conseguir que se mueva y que lleve el ritmo dando palmas, ganar confianza obteniendo la mirada haciendo que se mueva, procurar la mayor parte del tiempo juego cara a cara.</p> <p>Utilizar juegos como correr y treparse, siempre compartiendo y fomentando el contacto visual, introduciendo pausas largas de forma que se cree anticipación</p>	<p>Cuando los niños nacen por lo general están preparados para ser sociales y para desarrollar destrezas de comunicación. Desde sus primeros días de vida se muestran especialmente interesados por las caras de la gente que se mueve alrededor. Los niños pequeños saben instintivamente que las personas son importantes para buscar consuelo, para compartir momentos de alegría, para aprender de ellas y para disponer de un modelo a imitar. En seguida aprenden a conseguir ayuda de los adultos cuando consiguen algo.</p> <p>Todo esto les resulta muy difícil a los niños autistas. Se muestran menos interesados por las personas. Les cuesta ver las cosas desde otro punto de vista y a menudo parece que estén encerrados en su propio mundo.</p> <p>Muchos niños autistas no responden bien cuando sus padres intentan jugar con ellos.</p> <p>Pueden mostrarse pasivos o, por lo contrario, darse la vuelta, marcharse o inquietarse aunque a su alrededor haya alguien muy ocupado con las tareas domésticas, ellos se muestran desinteresados.</p> <p>Muchos no buscan la atención de sus padres ni de cualquier otra persona.</p>

Evaluación: [xchel] ha logrado tolerar la presencia de sus pares; aunque no la interacción, se continuara fomentando la conducta, el tiempo a aumentado de 5' a 12' en el cambio de juegos, se ha logrado implementar algo más que los rompecabezas incluso por elección de ella , se fomentará e integrarán el uso de otros más, el empleo de sus manos ha logrado mayor objetividad, tolera música, permite el abrazo y las cosquillas,

[16] Actualización en Enfermería – Etiquetas Diagnósticas (consultado 8 de septiembre de 2009). Disponible en www.enfermeria-actual.com



Patrón 8: Rol –relaciones

Dx. Enfermería: Aislamiento social: relacionado con la alteración del estado mental, manifestado por indiferencia, no comunicación, no contacto ocular. [17]

Valoración: Femenino de 8 años de edad, soltera, estudiante CAM. Presenta movimientos estereotipados como aplaudir, aleteo, mueve las manos, talla los dientes, grita sin sentido, le molesta cuando oye algún sonido fuerte, presenta ecolalia, usa a la madre como agente, presenta atención conjunta en ocasiones; no señala las partes de su cuerpo, intenta comunicación en algunas ocasiones pero no logra hablar, no establece contacto visual, no desarrolla interacciones con niños de su rango de edad y no elabora juego simbólico, presenta interés repetitivo en armar rompecabezas ("es lo único que juega"), parece adherirse a rutinas de manera inflexible responde con irritabilidad y llanto cuando la llevan a lugares nuevos o tiene que interactuar con extraños.

Objetivo: Lograr la socialización, mediante el contacto físico, mímico, verbal, visual o cualquier otro que se pueda obtener que exprese aceptación.

<u>Intervenciones de enfermería</u>	<u>Fundamento</u>
<p>Establecer contacto con Ixchel de todas las maneras posibles, haciendo uso de la vista, oído y del tacto.</p> <p>Lograr su atención, buscando su ángulo de visión pronunciando su nombre.</p> <p>Procurar el contacto físico, suave en las mejillas, buscando la mirada.</p> <p>Fomentar que toque o señale partes del cuerpo, nombrándolos, realizar juegos con canciones que pongan de relieve las partes del cuerpo.</p> <p>Colocar sus manos sobre la cara o garganta, mientras se emite sonidos o movimientos exagerados, caras graciosas.</p> <p>Fomentar el contacto físico, visual y auditivo, en todas las actividades que se realicen fomentar y propiciar la imitación.</p> <p>Enseñar a reconocerse con sus propias manos mencionando cada parte del cuerpo y para que sirva, que escuche su nombre.</p> <p>Fomentar la atención, que mire cara a cara.</p> <p>Al captar su interés, utilizarlo para conseguir que se fije en la persona total, estableciendo contacto visual, moviendo la cabeza para coincidir con la mirada.</p> <p>Llamar su atención de diversas maneras (con un sombrero gracioso, con unos pendientes llamativos) nos tapamos los ojos con sus manos y al descubrirnos le miramos con una sonrisa.</p> <p>Realizar pompas de jabón, propiciando que las mire mientras flotan y desaparecen. Hacerlas siempre a baja altura para lograr el contacto visual, si se nota su mirada, responder con una sonrisa y un saludo intentar el inicio de conversación.</p>	<p>Los niños autistas no suelen mirar directamente a las personas, sino a un lado por encima de los hombros.</p> <p>Aunque parezca que no están escuchando, se puede notar que sí lo están haciendo aunque no se vuelvan ni al oír su nombre.</p> <p>Puede parecer que no les importa el estado de ánimo de su interlocutor.</p> <p>Muchos niños autistas no hacen gestos con la cara ni de otro tipo para dar a conocer sus deseos.</p> <p>Aunque algunos niños autistas nunca miran a los ojos. Lo más habitual es que estos niños establezcan contacto visual pero de forma poco frecuente.</p> <p>Lo más probable es que miren la ropa, el pelo o los accesorios de la persona con la que están, en vez de su cara o sus ojos.</p> <p>Cuando miras a sus ojos, a veces, bajan la mirada, se tapan los ojos con la mano o miran hacia otro lado.</p> <p>Algunos se quedan mirando fijamente a las personas, sin expresión alguna, especialmente si son extraños o invitados.</p> <p>En algunas ocasiones examinan a las personas, arrimándose mucho y haciendo que se sientan incómodos.</p>
<p>Evaluación: Ixchel ha logrado hacer contacto visual por tiempos cortos, se continuara fomentando la conducta, permite el contacto físico a través del abrazo y las cosquillas, se buscarán otros medios de tolerancia a la presencia e interacción.</p>	

[17] Ibidem.



Patrón 8: Rol –relaciones

Dx. Enfermería: Deterioro de la comunicación verbal; relacionado con el trastorno del desarrollo del lenguaje manifestado por ecolalia, incapacidad para hablar, encontrar palabras, decirlos o identificar los objetos. [18]

Valoración: Femenino de 8 años de edad, soltera, estudiante CAM. Presenta movimientos estereotipados como aplaudir, aleteo, mueve las manos, talla los dientes, grita sin sentido, le molesta cuando oye algún sonido fuerte, presenta ecolalia, usa a la madre como agente, presenta atención conjunta en ocasiones; no señala las partes de su cuerpo, intenta comunicación en algunas ocasiones pero no logra hablar, no establece contacto visual, no desarrolla interacciones con niños de su rango de edad y no elabora juego simbólico, presenta interés repetitivo en armar rompecabezas (“es lo único que juega”), parece adherirse a rutinas de manera inflexible responde con irritabilidad y llanto cuando la llevan a lugares nuevos o tiene que interactuar con extraños.

Objetivo: Brindar la oportunidad de entender el lenguaje que oye a su alrededor durante las rutinas cotidianas.

Cuidar la forma en que se transmiten los mensajes en las primeras etapas de aprendizaje.

<u>Intervenciones de enfermería</u>	<u>Fundamento</u>
<p>Para conseguir que el aire de sus pulmones salga a través de la boca, se realizan juegos en los que haya que soplar (con globos o trozos de tela) o hacer pompas. También se emplean instrumentos musicales; cuando Ixchel no imita, se intenta que al menos observe.</p>	<p>Cuando los bebés vienen al mundo están deseosos de comunicarse. Están “programados” para absorber y para intentar entender todo lo que ven y oyen. Se muestran muy interesados por la gente y las caras que les rodean y enseguida aprenden a participar y a hacer turnos, incluso antes de poder hablar o emitir sonidos, como si se tratara de una conversación.</p>
<p>Fomentar el movimiento de los labios. Si se consigue comodidad al mirarse frente un espejo o frente a nosotros se le anima a explorar labios y cara con sus ojos y con sus manos, se fomenta la imitación.</p>	<p>Los niños autistas puede que no tengan tantos deseos de comunicarse. Es posible que no estén preparados para aprender las cosas que otros bebés hacen de forma natural y por lo tanto no tienen las mismas oportunidades para adaptarse al lenguaje. Para ellos, entender lo que acontece a su alrededor es muy difícil y las palabras tienen un significado escaso y confuso. Puede que sean incapaces de relacionar lo que ven con lo que se les dice.</p>
<p>Utilización de juguetes que se activen con la voz.</p>	
<p>Cantos continuos, dando tiempo para esperar su participación.</p>	
<p>Al lograr captar el interés en las palabras y las letras, éstas se deben de utilizar para propiciar emitir sonidos.</p>	<p>Los niños autistas más pequeños suelen balbucear, aunque este balbuceo puede desaparecer por completo o puede que no se convierta en sonidos propios del lenguaje oral.</p>
<p>Utilización de fotografías, espejos o máscaras, para que se mire a sí misma o a otras personas.</p>	<p>Algunos niños emiten sonidos que no son propios del idioma que hablan. Algunos balbucean durante largos periodos de tiempo. A veces hablan consigo mismos pero no como lo harían con otra persona y rara vez para imitar a alguien.</p>

Evaluación: Se continuará trabajando bajo este rubro, debido a que Ixchel no ha logrado manejar el lenguaje en forma precisa, además continua con ecolalia, los logros serán a mas largo plazo; se explica a los padres de no desistir a pesar de no ver modificaciones, para evitar retrocesos.

[18] Ibid.



Patrón 4: Actividad – ejercicio

Dx. Enfermería: Déficit de actividades recreativas; relacionado con la rigidez y adhesión a rutinas, manifestado por la no elaboración de juego simbólico, seguimiento de rutinas de manera inflexible, dificultad de adaptación a ambientes nuevos. [19]

Valoración: Femenino de 8 años de edad, soltera, estudiante CAM. Presenta movimientos estereotipados como aplaudir, aleteo, mueve las manos, talla los dientes, grita sin sentido, le molesta cuando oye algún sonido fuerte, presenta ecolalia, usa a la madre como agente, presenta atención conjunta en ocasiones; no señala las partes de su cuerpo, intenta comunicación en algunas ocasiones pero no logra hablar, no establece contacto visual, no desarrolla interacciones con niños de su rango de edad y no elabora juego simbólico, presenta interés repetitivo en armar rompecabezas ("es lo único que juega"). parece adherirse a rutinas de manera inflexible responde con irritabilidad y llanto cuando la llevan a lugares nuevos o tiene que interactuar con extraños.

Objetivo: Fomentar la variedad en los juegos de forma que la vivencia de nuevas experiencias y el aprendizaje sean posibles, lo que a su vez aumenta la satisfacción y la diversión del niño.

<u>Intervenciones de enfermería</u>	<u>Fundamento</u>
<p>Imitar las rutinas propiciando que las comparta, cuando lo acepte; durante este tiempo introducir elementos nuevos en forma paulatina.</p> <p>Fomentar la imitación donde ella incluye nuevos elementos a la rutina.</p> <p>Evitar turnos rígidos, cambiando los turnos de vez en cuando.</p> <p>Ayudar a Ixchel a organizar su espacio. Relacionando actividades determinadas a lugares concretos.</p> <p>Establecer fronteras físicas, para propiciar que Ixchel permanezca en un sitio determinado.</p> <p>Respetar la necesidad de rutinas y realizar un horario que las indique.</p> <p>Uso de lenguaje simple y preciso para explicar lo que esta ocurriendo y decir lo que ocurrirá después de la actividad prevista.</p>	<p>La imaginación y la capacidad para simular hacen que nuestro pensamiento sea más creativo y flexible. No estamos atados a las cosas tal como son, podemos planificar, anticipar y tratar las cosas como si fuesen de otra manera. La imaginación nos ayuda a ver las cosas desde otros puntos de vista. La aparición de los juegos de simulación es el primer signo que la imaginación está empezando a desarrollarse. En los niños autistas, este proceso es muy lento o poco usual. En algunos casos, nunca se lleva a cabo.</p> <p>Otro rasgo del autismo son los comportamientos repetitivos y la rutina que se asocian a la carencia de imaginación. Las personas autistas tienen dificultad a la hora de pensar de modo flexible y de imaginar cómo podrían ser las cosas. También tienen problemas en anticipar y planificar el futuro. Para ellos el mundo es un lugar incierto y por esta razón establecen rutinas y patrones fijos de comportamiento controlados para sentirse más seguros.</p> <p>Les cuesta mucho entender el mundo, sobre todo a la gente y el lenguaje que usan por lo que la opción más fácil es dejarlo de lado, estableciendo actividades repetitivas y desarrollando unos intereses muy limitados.</p>

Evaluación: Ixchel ha logrado aceptar cambios en el ambiente, logrando un poco de flexibilidad en su rutina; implementando ligeras variantes pero sin que esto la desestructure.

[19] Id



Patrón 6: Cognitivo – perceptual

Dx. Enfermería: Conflicto de decisiones; relacionado con la falta de experiencia en la toma de decisiones, manifestado por expresiones de consecuencias no deseadas de las acciones alternativas a considerar. [20]

Valoración: Femenino de 8 años de edad, soltera, estudiante CAM. Presenta movimientos estereotipados como aplaudir, aleteo, mueve las manos, talla los dientes, grita sin sentido, le molesta cuando oye algún sonido fuerte, presenta ecolalia, usa a la madre como agente, presenta atención conjunta en ocasiones; no señala las partes de su cuerpo, intenta comunicación en algunas ocasiones pero no logra hablar, no establece contacto visual, no desarrolla interacciones con niños de su rango de edad y no elabora juego simbólico, presenta interés repetitivo en armar rompecabezas (“es lo único que juega”), parece adherirse a rutinas de manera inflexible responde con irritabilidad y llanto cuando la llevan a lugares nuevos o tiene que interactuar con extraños.

Objetivo: Lograr una mejor adaptación al entorno, con una respuesta de mayor acertividad.

<u>Intervenciones de enfermería</u>	<u>Fundamento</u>
<p>Enseñar, mediante reforzadores positivos como evitar situaciones de peligro; impidiendo la situación bajo una orden estricta para que aprenda a identificar situaciones.</p> <p>Cuando logre el aprendizaje, implementar barreras dibujadas en el suelo (con tiza o cinta), alrededor de las áreas peligrosas. Enseñándole a que no cruce la línea, premiándole por no hacerlo, con un abrazo.</p> <p>Si presenta conducta autolesiva en algún momento; adoptar la conducta como si le provocara dolor, aunque se muestre indiferente; hay que consolarle y darle abrazos, conjunto a un objeto catexico o transicional; elegir algún canto con voz relajante.</p> <p>Buscar la tolerancia y agradecer la aproximación por mínima que sea; recordando que cualquier aproximación es mejor que ninguna.</p> <p>Enseñar formas alternativas de tocar a las personas guiando su mano y ayudándole a acariciar sus manos y mejillas suavemente. De la misma manera enseñar como debe tocar a sus hermanos, a los animales domésticos recompensándole cariñosamente por cada conducta positiva.</p> <p>Dar tiempo suficiente para que asimile cada una de las enseñanzas; esto le brindará confianza y aprenderá a aproximarse a los demás de forma más adecuada.</p>	<p>El contacto que surge de forma natural con los bebés y los niños más pequeños durante las actividades cotidianas rutinarias como cambiarles pañal, vestirles, bañarles, darles de comer, debe ser divertido y sin prisas todo esto resulta difícil a los niños autistas. Se muestran menos interesados por las personas. Les cuesta ver las cosas desde otro punto de vista y a menudo parecen estar encerrados en su propio mundo.</p> <p>Algunos niños autistas no parecen tener ninguna reacción ante el dolor. Es posible que no lloren cuando se hacen daño y que no tengan interés en buscar consuelo.</p> <p>A menudo, no suelen ser conscientes del peligro.</p> <p>Algunos niños autistas ignoran a los demás la mayoría del tiempo pero de repente puede que se acerquen y toquen, la cara, el pelo, los ojos.</p> <p>A veces son los accesorios y la ropa lo que más atrae a estos niños, más que la persona que los lleva.</p> <p>Este comportamiento del niño puede resultar impersonal ya que trata a las personas como si fueran objetos. Sin embargo, este comportamiento es un buen principio sobre el qué mejorar de su comportamiento.</p>

Evaluación: Ixchel presenta ansiedad, labilidad emocional, continua rechinando los dientes, en ocasiones se muestra impulsiva, presenta poca atención y concentración terminando en rabietas y berrinches; no muestra conciencia de lo que pasa a su alrededor; se continuarán actividades de enseñanza, reforzamiento y manejo de tiempos.

[20] Ib.



Patrón 8: Rol –relaciones

Dx. Enfermería: Retraso en el desarrollo del lenguaje; relacionado con la falta de lenguaje, manifestado por el uso de la madre como agente. [21]

Valoración: Femenino de 8 años de edad, soltera, estudiante CAM. Presenta movimientos estereotipados como aplaudir, aleteo, mueve las manos, talla los dientes, grita sin sentido, le molesta cuando oye algún sonido fuerte, presenta ecolalia, usa a la madre como agente, presenta atención conjunta en ocasiones; no señala las partes de su cuerpo, intenta comunicación en algunas ocasiones pero no logra hablar, no establece contacto visual, no desarrolla interacciones con niños de su rango de edad y no elabora juego simbólico, presenta interés repetitivo en armar rompecabezas (“es lo único que juega”), parece adherirse a rutinas de manera inflexible responde con irritabilidad y llanto cuando la llevan a lugares nuevos o tiene que interactuar con extraños.

Objetivo: Lograr que encuentre un mejor manejo del lenguaje para establecer un canal de comunicación sin el uso de la madre.

<u>Intervenciones de enfermería</u>	<u>Fundamento</u>
<p>Discernir la intención de Ixchel cuando me toma y lleva hasta algún objeto; interpretar la intención de querer comunicar alguna necesidad.</p> <p>Antes de satisfacer las necesidades, buscar su mirada o alguna indicación de que esta consciente de la presencia de otra persona.</p> <p>Realizar pausas entre las acciones por si decide repetir alguna, sin dar mucha importancia si no lo hace.</p> <p>Propiciar un entorno predeterminado, que proporcione diferentes objetos a su alcance, donde pueda tomarlos y enseñar lo que quiere. Estimular para que realice determinadas acciones.</p> <p>Propiciar la comunicación no solo en forma verbal, sino en cualquier otra forma que desee.</p> <p>Cuando se alcance o se logre alguna capacidad de elección se brindan refuerzos positivos, siempre haciendo énfasis de que existe alguien más, buscando la mirada y proporcionando una sonrisa.</p>	<p>Los niños autistas no solo tienen problemas a la hora de entender las palabras sino que también les resulta muy difícil captar los mensajes no verbales que conllevan los gestos y las expresiones de la cara. Para todos nosotros estos mensajes implícitos son muy importantes a la hora de ayudarnos a la hora de entender el mensaje completo. Es muy importante ayudar a los niños con problemas específicos de aprendizaje de lenguaje a entender lo que queremos decirles. No debemos olvidar que los niños autistas entienden mejor las cosas que ven, que las que oyen. Los dibujos, símbolos, fotografías y signos, constituyen elementos positivos de utilidad.</p> <p>Uno de los objetivos es ayudar a los niños autistas a disfrutar explorando sus labios, lengua, dientes, etc. y los sonidos que pueden emitir.</p> <p>Algunos niños autistas usan a las personas, como si fueran objetos para conseguir lo que quieren.</p> <p>Para indicar que quieren un objeto, algunos niños empujan el brazo del adulto hacia él.</p> <p>Otros intentan maniobras muy complicadas para conseguir poner a alguien en lugar o posición correctos.</p>

Evaluación: En ocasiones no quiere trabajar y hace berrinche, presenta llanto inmotivado y se tira al suelo para no trabajar, en ocasiones ha presentado agresión hacia sus compañeros, no pone atención y se muestra renuente a continuar trabajando.

[21] Ib.



Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto

Dx. Enfermería: Trastorno de la identidad personal; relacionada con factores cognitivo-perceptuales, manifestado por no mirar la parte corporal, no tocarla, no percibir la estructura en forma completa. [22]

Valoración: Femenino de 8 años de edad, soltera, estudiante CAM. Presenta movimientos estereotipados como aplaudir, aleteo, mueve las manos, talla los dientes, grita sin sentido, le molesta cuando oye algún sonido fuerte, presenta ecolalia, usa a la madre como agente, presenta atención conjunta en ocasiones; no señala las partes de su cuerpo, intenta comunicación en algunas ocasiones pero no logra hablar, no establece contacto visual, no desarrolla interacciones con niños de su rango de edad y no elabora juego simbólico, presenta interés repetitivo en armar rompecabezas (“es lo único que juega”), parece adherirse a rutinas de manera inflexible responde con irritabilidad y llanto cuando la llevan a lugares nuevos o tiene que interactuar con extraños.

Objetivo: Mejorar su atención para ampliar el marco conceptual y perciba estructuras de forma completa así como fomentar el uso del sentido del tacto para establecer líneas de comunicación.

<u>Intervenciones de enfermería</u>	<u>Fundamento</u>
<p>Exagerar gestos y expresiones. Evitar mostrar temor al exagerar alegría o molestia.</p> <p>Evitar hacer bromas. Sin embargo anticipar lo que va a ocurrir de forma amistosa y con una sonrisa (decir “voy a hacerte cosquillas”).</p> <p>El mensaje transmitido debe de ser el mismo en la cara, en la voz y en las palabras.</p> <p>Utilizar la misma expresión y las mismas palabras en las mismas situaciones.</p> <p>Si se logra la capacidad de entendimiento de lenguaje oral, explicar lo que quiere decir la expresión en ese momento.</p> <p>Hacer uso de las expresiones de la gente que aparece en fotografías, revistas, televisión; hablarle sobre caras alegres, tristes, asustadas, emocionadas.</p> <p>Hacer uso de espejos y jugar a poner caras distintas.</p>	<p>En el autismo coexisten grados diversos de gravedad y las dificultades de aprendizaje que los acompañan son, en consecuencia, variables. Los problemas con la imaginación se concretan de múltiples maneras.</p> <p>Algunos niños nunca se interesan por lo que es un juguete o por lo que representa, solo se fijan en los rasgos físicos o en detalles pequeños. A veces juegan con cacharritos de cocina o con cochecitos de juguete, pero no plantean en sus juegos historias o secuencias más complejas.</p> <p>En algunas ocasiones sí representan historias y a sus personajes, sin embargo se suele dar el caso de que no son historias sacadas de libros o de cintas de videos. Estos juegos suelen ser repetitivos y si otros niños juegan con ellos se ven forzados a representar personajes fijos.</p>

Evaluación: Ixchel presenta conductas disruptivas en la adaptación al cambio de rutinas, le causa frustración y rompe en llanto, la comunicación intenta hacerla con señas y algunos gestos como de sorpresa, pregunta, desconcierto, enojo y felicidad, se mece estando sentada, muestra conductas estereotipadas; en la socialización intenta acercarse pero bajo su interés, busca la mirada para pedir algún objeto o mostrar algo.

[22] ib.



Patrón 8: Rol –relaciones

Dx. Enfermería: Duelo (padres); en relación con las pérdidas anticipadas secundarias al problema. [23]

<p>Valoración: Femenino de 8 años de edad, soltera, estudiante CAM. Presenta movimientos estereotipados como aplaudir, aleteo, mueve las manos, talla los dientes, grita sin sentido, le molesta cuando oye algún sonido fuerte, presenta ecolalia, usa a la madre como agente, presenta atención conjunta en ocasiones; no señala las partes de su cuerpo, intenta comunicación en algunas ocasiones pero no logra hablar, no establece contacto visual, no desarrolla interacciones con niños de su rango de edad y no elabora juego simbólico, presenta interés repetitivo en armar rompecabezas (“es lo único que juega”), parece adherirse a rutinas de manera inflexible responde con irritabilidad y llanto cuando la llevan a lugares nuevos o tiene que interactuar con extraños.</p>	
<p>Objetivo: Hacer consiente el padecimiento de la niña a sus familiares. Capacitar a la familia e involucrarla en la participación activa y efectiva del tratamiento de la menor.</p>	
<p><u>Intervenciones de enfermería</u></p>	<p><u>Fundamento</u></p>
<p>Proporcionar orientación a padres. Asesorías técnicas acerca del padecimiento. Taller de padres. Terapia de pareja. Manejo de autoestima. Manejo de duelo.</p>	<p>Hasta el día de hoy no existe una etiología, ni un solo medicamento, ni un abordaje terapéutico, que haya probado consistentemente su eficacia, por lo que todos y cada uno de éstos, son considerados como muy valiosos intentos en constante evolución.</p> <p>La detección temprana es hasta ahora, la única medida que ha probado su consistente utilidad y eficacia.</p> <p>El tratamiento depende del nivel adaptativo del paciente.</p> <p>En el autismo es útil la información, orientación y consejería acerca de cómo convivir y mejorar la calidad de vida de los niños con autismo y de sus familias.</p>
<p>Evaluación: la madre ha afrontado de mejor manera la enfermedad de Ixchel mostrando mayor compromiso en el tratamiento.</p>	

[23] Ib.

6.6 PLAN DE SEGUIMIENTO DIARIO EN EL HOGAR; DE ACTIVIDADES EN NIÑOS CON AUTISMO

OBJETIVOS:

Brindar apoyo y orientación a los padres en el manejo de sus hijos; para un mayor entendimiento del trastorno autista.

Lograr una aceptación genuina de los padres con la conflictiva de sus hijos.

Mejorar la convivencia y calidad de vida de los niños con autismo así como de sus familiares.

ACTIVIDADES:

Asistencia a orientación de padres.

- Asesorías técnicas acerca del padecimiento



- Taller de padres
- Terapia de pareja
- Manejo de autoestima
- Manejo de duelo

La práctica con este tipo de pacientes nos ha demostrado que cuando se involucra a la familia del paciente, se tiene mejores resultados, pero para ello debemos brindar ayuda a la familia ya que la mayoría está cursando por un duelo en la etapa de negación, minimizando o justificando los pocos alcances de sus menores, evitando enfrentar la realidad, cuando se logra este primer paso la situación cambia tanto para el paciente, la familia y la comunidad, la situación que cada uno vive puede ser tan funcional o disfuncional tanto como ellos mismos lo afronten y canalicen.

Reforzamiento de hábitos de vida diaria.

➤ Hábitos higiénicos

Aliño personal.



Lavado de manos



➤ Peinado

➤ Vestido

Aceptación y adecuado cepillado de dientes



Uso adecuado de zapatos



Amarrar agujetas



El aprendizaje en estos pequeños por mínimo que reporten debe ser reconocido y reforzado para evitar que desaparezca, nunca debemos de perder de vista que la constancia es primordial.

Cuidados de la piel:

Baño completo



- Lavado de cara
- Aceptación y aplicación de lubricante de piel

Reforzamiento de hábitos alimenticios:

- Proporcionar una dieta balanceada, en cantidad y calidad
- Integración de diferentes alimentos



- Establecer horarios alimenticios
- Uso debido de utensilios para comer (los que acostumbre)



- Integración en la preparación de la mesa
- Lavado de loza

Es importante mencionar que este tipo de pacientes no acepta todo tipo de alimentos, generalmente lo que consumen son embutidos, carnes frías, frituras y refrescos; forma parte de nuestra acción la modificación y supresión de dicha conducta

Control de esfínteres:

- Establecer horarios por periodos cortos



- Retiro de pañal

Estimulación para relajación de esfínteres



Establecer reglas y límites:

- Modificación conductual
- Supresión de autoagresión y heteroagresión
- Corrección de conductas inapropiadas

Imponer la presencia por periodos cortos



- Obediencia de órdenes sencillas y específicas cortas
- Fijar atención mediante reforzador positivo
- Paseo por áreas verdes comunes

Identificación corporal:

- Identificación de las partes de su cuerpo

Identificación de colores.

Relajación corporal:

- Aceptación del contacto físico.

Manejo de identificación de texturas



- Manejo de frustración
- Tolerancia

Compromiso de asistencia a convivios de fechas conmemorativas:

- Participación total



La asistencia a los convivios tienen una gran importancia para todos los involucrados, paciente, familia y profesionales ya que mediante ellos los pacientes se ven en situaciones que se viven fuera de un hospital ayudándoles a integrarse a dichas actividades funcionalmente, a la familia se sitúa en medio de personas que comparten mismas vivencias brindándoles pertenencia evitando sentirse excluidas y al profesional nos sirve para hacer observaciones, corregir actitudes, realizar abordajes, depositar responsabilidades a quien corresponde, pero sobre todo evaluar los alcances del tratamiento, para mejorar las acciones siguientes.

FUNDAMENTO

Desde que Leo Kanner en 1943 describiera la sintomatología del trastorno autista, el papel desempeñado por los padres en la vida de sus hijos ha tenido diferentes consideraciones. Actualmente su papel se considera imprescindible, tanto en la evaluación como en la propia intervención.

Quién mejor que los padres para saber cómo es el propio niño, qué necesidades tiene, cómo se comporta en el hogar o qué estrategias han ido desarrollando para mejorar su convivencia. Su figura es necesaria en la vida del niño, ya que son su referente más cercano y quienes más pueden aportar al trabajo de intervención.

La implicación de los miembros de la familia en los programas de tratamiento, la coordinación entre lo que se hace en el centro de apoyo, en el hogar y en el ámbito educativo es fundamental para intercambiar información, tomar en común unos mismos criterios de actuación y conseguir un clima de cooperación y confianza entre todos, lo que favorece notablemente el éxito del tratamiento.

Las instituciones y/o asociaciones cumplen un importante papel tanto de acogida e información en un primer momento, como soporte emocional y asesoramiento posterior, orientando a la familia en cada etapa del desarrollo de su hijo. Un aspecto clave es comentar los progresos del niño con los padres, así como facilitarles información, orientarles y ofrecerles propuestas de actuación.

7. CONCLUSIONES

Mediante el presente trabajo se logro integrar los conocimientos teóricos y metodológicos con habilidad y destreza en el ámbito hospitalario, empleando el proceso de atención de enfermería para identificar las necesidades del paciente, valorar, diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar acciones de enfermería de alta calidad, con fundamento científico, enfoque humanístico y holístico, haciendo énfasis en el involucramiento familiar, auto-cuidado y atención integral en la comunidad.

Los beneficios que se obtuvieron mediante el presente trabajo fueron de apoyo a la familia, intentando dar respuesta a la necesidad de información fiable de los padres, con la intención de explicar de una forma clara y sencilla estrategias o pautas útiles de actuación que pueden ayudar al desarrollo de niños autistas en los diversos contextos en los que se desenvuelven.

Conforme a los objetivos.

Se aplicó el método enfermero a una menor con padecimiento psiquiátrico con diagnóstico de autismo infantil en el área de Hospital de Día, identificando sus necesidades de salud y se otorgo una atención de calidad y calidez, durante su estancia en hospitalización parcial del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.



Se empleo el modelo de la enfermería psicodinámica de Hildegard E. Peplau, así como la valoración por Patrones Funcionales de M. Gordon, para guiar la práctica de la enfermería en el cuidado del paciente psiquiátrico con diagnóstico de autismo infantil.

Se identifico el grado de afección de la menor con autismo infantil, detectando la dependencia de sus necesidades básicas de vida; se estableció un plan de atención individualizado, que le permitió una mejor funcionalidad en su medio familiar y social, aumentando su calidad de vida.

Se proporcionó: orientación familiar, fomentando un clima de colaboración, expresión de necesidades, de afecto, además se proporcionaron pautas útiles para el hogar.

En el área social y afectiva, se lograron avances en su relación con los demás, mostrando gusto e interés por las relaciones sociales. Se dio sentido a sus relaciones humanas. Disminuyeron las emociones de miedo o ansiedad en Ixchel, además se fomento su autonomía personal.

En la comunicación y lenguaje; se facilitó un canal de comunicación para poder expresarse y hacerse entender, organizando su comportamiento, sus emociones y su relación con los demás.

En las habilidades cognitivas y disposición al aprendizaje se motivo para desarrollar, capacidades que le permitieron seguir aprendiendo a lo largo de su vida, potenciando los procesos de atención, memoria y razonamiento.

En el control de su propia conducta, se desarrollo la autorregulación de sus acciones, para aprender formas adecuadas para desenvolverse en distintas situaciones y disminuir posibles conductas inapropiadas.

- Se contribuyo a mejorar el nivel de salud y bienestar individual y familiar.
- Se mejoro el nivel de conocimientos acerca del padecimiento de la paciente; con respecto a la familia se fomentaron actitudes positivas ante sus necesidades
- Se logro el compromiso de la familia con respecto a su aceptación y ayuda constante y trato digno.
- Se proporcionó información de intervención terapéutica con respecto a las necesidades de la paciente.
- Se creo un ambiente de confiabilidad y seguridad.
- Se logro la empatía, aceptación y soporte terapéutico.

A nivel personal y profesional.

El presente trabajo es una muestra de 21 años de experiencia, de trabajo operativo continuo de calidad, calidez, holismo que día a día nos retribuye con pautas nuevas a seguir en cada tratamiento para predecir conductas, respuestas pero que nunca se generaliza; el trato siempre es personalizado para cada paciente, por que cada persona tiene diferentes respuestas ante un mismo estímulo dependiendo de su edad, sexo, estado civil, ocupación, lugar que habita, costumbres, religión, estado de ánimo, y del profesional que esta siendo en ese momento su entrevistador.

Siempre escuchamos lo que el paciente o su familiar quieren expresar por que todo ello es una muestra de las vivencias cotidianas en su hogar, en la escuela, en el grupo social donde convive y se desarrolla, además nos proporciona las expectativas reales de lo que los padres y familiares esperan del paciente y que muchas de las veces sobre pasan los alcances del menor y esto a su vez es el detonante de parte de su problemática, otra parte esta formada por el compromiso que los pacientes sienten para con su familia, y otra más lo que la sociedad espera de ellos antes, durante y después de salir de un Hospital psiquiátrico, es todo un estigma difícil de borrar y afrontar para el paciente y la familia.

Generalmente nos damos cuenta que los pacientes que asisten al hospital solo son la cúspide de toda una problemática real existente en la familia y que el paciente es el que no se adapto a las múltiples facetas de desadaptación y patologías que sus familiares comparten y al percibirlo como diferente es el causante de la problemática familiar y social.

La enfermera juega un papel muy importante en toda esta situación, al compartir la mayor parte del tiempo de estancia del paciente en el hospital desde su llegada puede identificar, valorar, jerarquizar, planear, realizar abordajes y evaluaciones para brindar atención de calidad, calidez, compromiso, aceptación genuina, confiabilidad, seguridad, empatía, siempre buscando un soporte terapéutico familiar, para que reciba un trato digno, se cubran sus necesidades oportunamente y por prioridad para que con esto mejore su calidad de vida personal, familiar y se de una mejor reinserción en la sociedad.

8. SUGERENCIAS

Como profesional.

La experiencia nos brinda grandes pautas para el abordaje y tratamiento pero sobre todo para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes así como la de sus familias.

Una de las pautas a seguir es ser siempre aceptador y no juez, esto nos lleva a la empatía, cuando hablamos con la verdad, nos hace auténticos, debemos concientizar a la familia que el paciente es de ellos, no de la institución que el interés y la aceptación empieza a partir de ellos.

Los tratamientos psiquiátricos son a largo plazo, de evolución lenta y poco aceptados a hoy en día por la sociedad, debemos evitar dar falsas expectativas a los responsables del paciente, concientizarlos desde el inicio del tratamiento dejando muy en claro que no es un resfriado común que remite en 7 días, y que así como el cáncer, el sida, o la diabetes su tratamiento debe ser inmediato certero y multifactorial evitando minimizar cualquier recurso que pueda brindarnos mejoría y calidad de vida en el paciente.

Enfermería tiene una gran importancia en el abordaje y tratamiento de estos pacientes, por que siendo el personal que está tan íntimamente ligado al paciente y a la familia tiene la facilidad de detectar factores de riesgo, reales o potenciales, brindando información específica para la detección oportuna de alguna patología psiquiátrica ante la aparición de los primeros signos y síntomas que muchas ocasiones pueden pasar desapercibidos por los cuidadores de los infantes.

Es importante capacitar al personal de estancias infantiles, guarderías y educación preescolar para la detección oportuna de patologías psiquiátricas. Así como también concientizar al personal que labora en control del niño sano que nuestro quehacer cotidiano ha cambiado, que somos capaces de detectar e identificar factores de riesgo, reales o potenciales a los que pueden estar expuestos los infantes.

Como estudiante.

Creo que todas las especialidades son importantes y que así como la Obstetricia nos brinda grandes satisfacciones, el resto de ellas también pueden reportar grandes beneficios y mayor aporte de conocimientos para la práctica.

Sería muy satisfactorio que para finalizar la licenciatura cada uno eligiera su propia especialidad, por que esto enriquecería nuestra vida laboral, como con anterioridad mencione las instituciones nos transforman en especialistas prácticas y que mejor que nuestra universidad nos brindara la oportunidad de ser licenciados en nuestra especialidad.

9. GLOSARIO.

Acción: Conducta humana (ya sea un hacer externo o interno, permitir u omitir) siempre que el sujeto o los sujetos de la acción enlacen a ella un sentido subjetivo.

Aceptación: No rechazar a personas ni ser rechazados por ser diferentes, pensar o creer en algo diferente de las demás personas. La aceptación es muy importante por que se basa en la igualdad, ya que todos somos semejantes ante Dios y debemos ser aceptados tal y como somos.

Ansiedad: Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.

Autoestima: Opinión **emocional** profunda que las personas tienen de sí mismas, y que sobrepasa en sus causas la **racionalización** y la **lógica** de dicho individuo, también se puede expresar como el amor que tenemos hacia nosotros mismos. También podría decirse la forma de amar y quererse a uno mismo, sintiendo aprecio por las demás personas. Significa saber que eres valioso, digno, y afirmarlo. Implica respetarte a ti mismo y enseñar a los demás a hacerlo.

Coherencia: Los argumentos y las conclusiones son consistentes, se derivan unos de otros.

Conducta desadaptada: Es aquella que no se atiende las normas que nosotros entendemos por normales, no solo tiene efectos sobre el entorno social que la desapruueba sino que tiene un efecto "desasosegante" para el individuo que la vive.

Confianza: Capacidad que tienen las personas para inspirar el deseo de contarle alguna situación personal, familiar o de trabajo. La confianza de las personas es muy difícil de conseguirla y si la tenemos no debemos dejarla pasar ni desaprovecharla.

Conflicto: El conflicto suele considerarse negativo porque lo percibimos a través de las consecuencias destructivas que tiene la forma habitual de resolverlos. Entramos en el conflicto con una actitud de competitividad. Conflicto no es igual a violencia, es algo habitual en las relaciones entre grupos sociales e interpersonales. Es la interacción de personas con objetivos incompatibles. La violencia supone la ruptura, la negación del conflicto, supone optar por resolverlo de forma destructiva.

Dependencia: Estado mental y físico patológico en que uno necesita un determinado estímulo para lograr una sensación de bienestar.

Enfoque holístico: El Holismo es la idea de que todas las propiedades de un sistema dado, por ejemplo, biológico, químico, social, económico, mental, lingüístico, etc. no pueden ser determinadas o explicadas por las partes que los componen por sí solas. El sistema como un todo determina de una forma importante cómo se comportan las partes. Se puede definir como un tratamiento de un tema que implica a todos sus componentes, con sus relaciones obvias e invisibles. Normalmente se usa como una tercera vía o nueva solución a un problema. El holismo enfatiza la importancia del todo, que es más grande que la suma de las partes, y da importancia a la interdependencia de éstas.

Frustración: Sentimiento que fluye cuando no consigues alcanzar el objetivo que te has propuesto y por el que has luchado.

Identificación: Generalmente se ha utilizado para definir y representar el activo proceso estructurante que tiene lugar dentro del yo y por el cual éste metaboliza ciertos componentes internalizados dando lugar a una matriz identificatoria. Es el conjunto de operaciones que determinan el proceso de estructuración que ocurre dentro del yo sobre la base de la selección, inclusión y eliminación de elementos provenientes de los objetos externos, de los objetos internos y de partes del yo. La identificación así considerada sería el resultado de una serie de objetos que abarcan distintos fenómenos comprendidos en dos grandes categorías: internalización y externalización”.

Incoherencia: Hay contradicciones entre los diferentes argumentos. Las conclusiones no se derivan de los argumentos.

Independencia: La capacidad de las personas mayores de hacer sus cosas por ellos mismos. Ser capaz de hacer todas las cosas completamente solo.

Instrumento terapéutico: Enfermería de Salud Mental. Nunca, hasta ahora, habíamos abordado de forma explícita "lo terapéutico". Y esto es algo que diferencia nuestros cuidados de otros, más técnicos quizás, que prestan otras enfermeras generalistas y especialistas; sin que por ello esos cuidados técnicos sean menos terapéuticos o dejemos de prestarlos. Sin embargo, técnicas como la observación, la comunicación y la entrevista tienen un mayor peso específico en el quehacer cotidiano de la enfermera de salud mental. La comunicación (verbal y no verbal) es un elemento fundamental para la prestación de cuidados de salud mental; y con ella, el uso de la palabra como herramienta terapéutica.

Interdependencia: La interdependencia es la dinámica de ser mutuamente responsable y de compartir un conjunto común de principios con otros. Este concepto difiere sustancialmente de la "dependencia", pues la relación interdependiente implica que todos los participantes sean independientes emocional, económica y/o moralmente "independientes". Algunos abogan por la libertad o la independencia como una suerte de bien deseable superior; otros creen lo mismo con respecto a la familia, la comunidad o la sociedad entera. La interdependencia reconoce la verdad (o la validez) en cada una de las posiciones, y las desarrollan juntos.

Miedo: El miedo o temor es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente o futuro. Es una emoción primaria que se deriva de la aversión natural al riesgo o la amenaza, y se manifiesta tanto en los animales como en el ser humano.

Necesidad: Se define la necesidad como un estado psicológico producto o consecuencia de la carencia o exceso de algo, cuando este sentimiento esta unido al deseo eliminar el estado supliendo la carencia o bien eliminado el exceso.

Pensamiento: El pensamiento es la actividad y creación de la mente; dicese de todo aquello que es traído a existencia mediante la actividad del intelecto. El término es comúnmente utilizado como forma genérica que define todos los productos que la mente puede generar incluyendo las actividades racionales del intelecto o las abstracciones de la imaginación; todo aquello que sea de naturaleza mental es considerado pensamiento, bien sean estos abstractos, racionales, creativos, artísticos, etc.

Percepción: Proceso mediante el cual el individuo selecciona, organiza e interpreta la información sensorial, para crear una imagen significativa del mundo.

Persistencia: Tenacidad, insistencia permanente para lograr un propósito y no desfallecer hasta conseguirlo.

Proceso cognitivo: Proceso exclusivamente intelectual que precede al aprendizaje, las capacidades cognitivas solo se aprecian en la acción, es decir primero se procesa información y después se analiza, se argumenta, se comprende y se produce nuevos enfoques. El desarrollo de lo cognitivo en el alumno debe ser el centro del proceso de enseñanza por parte del docente (GONZALO QUIROZ MARTINEZ).

Secuela: Trastorno o lesión que queda tras la curación de una enfermedad o un traumatismo, como consecuencia de los mismos.

Sentimiento: El sentimiento es el resultado de una **emoción**, a través del cual, el consciente tiene acceso al estado anímico propio. El cauce por el cual se solventa puede ser **físico** y/o **espiritual**. Forma parte de la dinámica cerebral del hombre, que le capacita para reaccionar a los eventos de la vida diaria.

Técnicas psicoterapéuticas: El proceso de comunicación que se establece entre un psicoterapeuta (entrenado para evaluar y generar cambios) y la persona que acude a consultarlo (el paciente) es conocido como psicoterapia. Este tratamiento se utiliza con el propósito de mejorar la calidad de vida del paciente y de propiciar cambios en su conducta, actitudes y pensamientos.

Tolerancia: Soportar en los momentos difíciles que nos pone la vida, para sí aprender de eso y ser mejores con el paso del tiempo. También puede ser el aceptar a las personas tal y como son aunque a nosotros esa manera de ser nos moleste y no sea de nuestro agrado.

10. BIBLIOGRAFÍA

Actualización en Enfermería – Etiquetas Diagnósticas (consultado 8 de septiembre de 2009). Disponible en www.enfermeria-actual.com.

Ajuriaguerra J.. Manual de Psiquiatría Infantil. Masson.3ª. ed. Madrid, Buenos Aires. 2000.

Alfaro Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Mosby/Doyma Libros. Barcelona, Madrid, Baltimore. 2000.

Barrat Penny. El Autismo Como ayudar a tu hijo o hija. National Autistic Society. Eusko Jaurlaritz, Gobierno Vasco. 2002.

Campos-Paredes, C. Trastornos del espectro autista. Manual moderno. México, Bogotá 2007.

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Atención en Salud Mental. México (DF) 2007.

Escobar V. Salud Mental. Proceso de Atención de Enfermería. ARS/Manizales. Colombia. 2001.

Fornés Vives J, Enfermería de salud mental y psiquiátrica. 2ª ed. Panamericana. Madrid, España, Argentina. 2001.

Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros.(consultado 28 de julio de 2009). Disponible en books.google.com.mx.

Gordon M. Marjory Gordon. (Consultado 26 de agosto de 2009). Disponible wikipedia.org/wiki.

Gordon M. Patrones funcionales (consultado el 26 de agosto de 2009). Disponible en www.nipe.enfermundi.com.

Juall Carpenito L, Manual de diagnóstico de enfermería. McGraw-Hill interamericana. Madrid, Buenos Aires, Caracas. 2002.

Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (México). Autismo. Clima. México. (D.F.) El Secretariado 2008.

Marriner-Tomey, A. Modelos y teorías en enfermería. Harcourt Brace, Barcelona, Madrid, Boston. 2001.

Morrison Michelle, Fundamentos de enfermería en salud mental. Harcourt Brace, Barcelona, Madrid, Boston. 2001.

Paloma-Cuadrado, S. Niños con autismo y TGD ¿Cómo puedo ayudarles? SINTESIS, España-Madrid. 2005.

Philip-Rice, F. Desarrollo humano. Pearson Educación, México, Argentina, Brasil. 2003.

Reviere Martos A. El niño pequeño con autismo. APNA, Madrid. 2000.

Rodríguez-Sánchez, B. Proceso enfermero. Cuellar, México. 2002.

W. Iyer P. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. McGraw-Hill Interamericana. México, Madrid, Buenos Aires, Caracas. 2002.