



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE
ZAMORA A.C. INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

CLAVE 8723

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
DOMICILIARIO APLICADO A ADULTA JOVEN
CON ALTERACION EN LA NECESIDAD DE
MOVERSE, RELACIONADO CON ARTRITIS
REUMATOIDE**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A:

**ROSA ISABEL GARCIA NUÑEZ
Nº DE CUENTA 407537415**

**ASESORA: L. E. O. IGNACIA ESCALERA MORA
ZAMORA MICHOACAN, OCTUBRE DE 2011**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE
ZAMORA A.C. INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

CLAVE 8723

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
DOMICILIARIO APLICADO A ADULTA JOVEN
CON ALTERACION EN LA NECESIDAD DE
MOVERSE, RELACIONADO CON ARTRITIS
REUMATOIDE**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A:

**ROSA ISABEL GARCIA NUÑEZ
Nº DE CUENTA 407537415**

**ASESORA: L. E. O. IGNACIA ESCALERA MORA
ZAMORA MICHOACAN, OCTUBRE DE 2011**

DEDICATORIA

A mis padres Rubén y María Elena por ser el pilar de mi vida.

A mis hermanos Laura Elena y José Alberto por estar a mi lado y siempre darme el mejor ejemplo a seguir.

A mis sobrinos que con cada palabra y mirada de inocencia, me impulsaron a ser cada día mejor.

A cada uno de mis familiares y amigos que durante este tiempo estuvieron al pendiente de cada paso y logro obtenido.

A todas esas personas que se han cruzado en mi camino y que me han hecho mejor persona.

**El mundo está en manos de aquellos que tienen el coraje de soñar y
de correr el riesgo de vivir sus sueños**

AGRADECIMIENTO

Primeramente agradezco a Dios por darme ese regalo tan valioso que es la vida y dejarme crecer en el lugar correcto, en donde he tenido grandes satisfacciones, por brindarme sabiduría, coraje y entrega para no dejarme caer.

Gracias a mis padres por darme la oportunidad de llegar a este mundo y estar siempre al pendiente de mis pasos, por aplaudir mis logros y llorar junto a mi cuando se presentaban obstáculos en el camino, sin ustedes esto no hubiera sido posible, es un orgullo poder decir que son mis padres.

Mamá gracias por ser mi amiga, por dejarme aprender de mis errores, desvelarte cada noche conmigo, por sufrir mis angustias y reír mis alegrías, eres el mayor ejemplo que pueda tener.

A mis hermanos Laura y José, no tengo palabras para agradecer tanto amor, a pesar de la distancia, a diario los siento cerca, porque los llevo en mi corazón y pensamiento, gracias por preocuparse, por animarme a ser la mejor y siempre salir adelante, sus palabras han sido mi impulso. Juan, a ti no te puedo dejar fuera de este logro, eres como otro gran hermano para mi, gracias por todo.

Gracias Dr. Jorge Roberto Vázquez Palacios por todo el apoyo que me ha brindado y por esas palabras de aliento que llegan en el momento indicado, es un honor poder llamarlo amigo.

A las directivas de la Escuela de Enfermería de Zamora, gracias porque durante todo este tiempo he recibido un gran apoyo, pueden estar seguras que me han formado como una gran profesional de la salud.

A mi asesora de proceso enfermero Licenciada en Enfermería y Obstetricia Ignacia Escalera Mora, por su tiempo y dedicación en la elaboración de mi trabajo, y porque durante mi estudio recibí solo cosas buenas de usted, gracias.

A cada uno de mis amigos y familiares, que no terminaría de nombrarlos, estén lejos o cerca, solo me resta darles las gracias por que en cada palabra sin darse cuenta me ayudaron a salir adelante.

INDICE

Apartado I

Introducción	7
Justificación	9
Objetivos	10
Metodología	11

Apartado II

2 Marco Teórico	
2.1 Antecedentes de la historia de enfermería	13
2.2 Evolución del proceso enfermero	15
2.3 Definición del proceso enfermero	17
2.4 Etapas del proceso enfermero	
a) Valoración	19
b) Diagnostico	23
c) Planeación	25
d) Ejecución	29
e) Evaluación	30
2.5 Teoría de Virginia Henderson	
a) Biografía	31
b) Fuentes teóricas	33
c) Aplicación de datos empíricos	36
d) Supuestos principales	38
e) Afirmaciones teóricas	39
f) Conceptos principales y definiciones	40
2.6 Adultez	
a) Desarrollo biosocial	41
b) Desarrollo cognitivo	43

c) Desarrollo psicosocial	44
---------------------------	----

Apartado III

3. Aplicación del proceso de Enfermería	
3.1 Valoración de las 14 necesidades	46
3.2 Análisis de datos objetivos y subjetivos	53
3.3. Jerarquización de necesidades	57
3.4 Diagnósticos	60
3.5 Planeación, ejecución y evaluación de los cuidados	63
3.6 Conclusiones	89
3.7 Anexos	91
3.8 Bibliografías	115

INTRODUCCIÓN

La enfermería como profesión asume la responsabilidad de cuidar al individuo sano o enfermo, y en su formación ha respondido en las diferentes épocas a las formas en que se ha concebido el proceso salud-enfermedad, y a los avances de la ciencia y la tecnología.

En la actualidad, se debe examinar con detenimiento los valores que subyacen a la práctica profesional, centrándose en el cuidado como un medio de desarrollo humano, ya que las enfermeras tienen el privilegio y responsabilidad de estar junto al ser humano de todas las edades, desde el nacimiento hasta la muerte.

El ejercicio profesional de la enfermera al brindar cuidado directo a pacientes puede ser desde muy simple, con acciones que van desde obtener información a través de la conversación, hasta tomar decisiones para actuar frente a situaciones complejas. Para ejecutar funciones de cuidado directo, enfermería utiliza una forma de organización en su trabajo, que bien aplicada es garantía de satisfacción, esta forma organizativa se le conoce como Proceso Enfermero, este mismo por ser integral describe la atención que requiere el usuario en relación a sus problemas físicos, psíquicos, emocionales o sociales.

El presente proceso enfermero consta de varios apartados en donde se presenta el Marco Teórico sintetizando la Historia de la Enfermería, el Proceso Enfermero con cada una de sus etapas, el Desarrollo Psicosocial de la etapa de la vida del Adulto, así como diversos temas relacionados con los cuidados de enfermería, incluyendo el Modelo de las 14

Necesidades de Virginia Henderson, que se utilizó para la realización del presente trabajo.

Una vez realizada la valoración en base a las 14 Necesidades de Virginia Henderson, se establecieron Diagnósticos de Enfermería, priorizándolos de acuerdo a las necesidades más afectadas, determinando el grado de dependencia e independencia para continuar con la elaboración de objetivos y posteriormente con la planeación de los cuidados encaminados a la recuperación de su autonomía y prevención de enfermedades, posteriormente se realizó la evaluación del plan de cuidados y para finalizar las conclusiones.

JUSTIFICACIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica autoinmune, caracterizada por provocar inflamación crónica principalmente de las articulaciones, que produce destrucción progresiva con distintos grados de deformidad e incapacidad funcional.

La prevalencia de la artritis reumatoide es de un 1% aproximadamente. La incidencia es de aproximadamente 3 casos nuevos cada año por cada 10 mil habitantes de la población. La distribución de la enfermedad es mundial, no obstante hay zonas con mayor índice de casos, como los indios americanos y zonas con menor gravedad, como el África subsahariana y la población negra del Caribe.¹

Existe también una establecida variación entre géneros: razón varón/mujer de 1/3 aproximadamente, probablemente por la influencia de los estrógenos. La variación disminuye con la edad. En las mujeres, la enfermedad suele iniciarse entre los 30 y los 50 años, mientras que en los hombres unos años más tarde aumentando con la edad para ambos sexos.

El presente trabajo se realizó con la intención de brindar cuidados de calidad a una paciente con Artritis Reumatoide, encaminados hacia el logro de la independencia y promover el autocuidado, recordando que la función de enfermería no solo se basa en lo curativo, su principal campo de acción es prevenir la enfermedad, disminuyendo riesgos y favoreciendo un mejor estilo de vida.

¹ Organización Mundial de la Salud

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Brindar cuidados de una manera holística y de calidad a través del proceso de atención de enfermería fundamentado de manera científica, técnica y humanitaria, así mismo proporcionar herramientas de autocuidado para prevenir complicaciones a corto o largo plazo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar necesidades afectadas, realizando la Valoración de las 14 Necesidades de Virginia Henderson, de una manera holística.

Establecer diagnósticos de Enfermería, realizando un juicio clínico sobre las respuestas humanas y fisiopatológicas, basados en la taxonomía de NANDA, priorizando en primera instancia aquellos que comprometan las funciones vitales de Verónica.

Elaboración de un plan de cuidados de calidad y holístico, que responda de manera óptima a las necesidades, logrando así su independencia.

Ejecutar cada una de las actividades planeadas, fundamentadas científicamente.

Periódicamente realizar evaluación de las actividades, de acuerdo a las respuestas de Verónica

METODOLOGÍA

TIPO Y DISEÑO: El presente trabajo se trata de un proceso enfermero descriptivo, ya que narra de forma detallada la patología, actividades planeadas y ejecutadas junto con la usuaria durante un tiempo de trabajo estipulado, así como la teoría de Enfermería utilizada, problemas que se encontraron y conclusiones que se llevaron al finalizar el trabajo.

OBSERVACIONAL A CORTO PLAZO: Se dice que es observacional a corto plazo porque se aplicó la observación directa en un lapso de tiempo de Octubre del 2010 a Marzo del 2011.

MODELO DE RELACIÓN: Es un trabajo de continuidad, realizado en base a las 14 necesidades que plantea Virginia Henderson, para obtener la validación de los datos mediante la aplicación de las guías de valoración que propone la misma teórica en el desarrollo del proceso enfermero.

GUÍAS DE VALORACIÓN: Se utilizaron guías de valoración que propone la teórica Virginia Henderson, obtenidas de la Antología de Fundamentos de Enfermería tomo I, y el test de duelo de Marco Polo Scott, mismos que se anexan al final del trabajo.

TÉCNICA DE TRABAJO: Para la valoración se utilizaron la entrevista y la exploración física, las cuales consisten:

ENTREVISTA

Se complementa la valoración con la entrevista directa a Verónica, mediante preguntas sencillas que se fueron estructurando y aplicando de

lo general a lo particular, logrando con esto la participación activa y dinámica de la paciente. Más la forma indirecta, con la opinión de los diferentes médicos que la estuvieron tratando y colaboración de los familiares.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Se llevó a cabo la inspección, palpación, auscultación y percusión con Verónica, de forma cefalocaudal, para que la valoración resultase más completa, además de haber consultado la opinión de otros profesionales para valorar los estudios de laboratorio y gabinete, anteriores y recientes con que la usuaria contaba.

APARTADO II

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES DE LA HISTORIA DE ENFERMERÍA

A enfermería se le conoce como la más antigua de las artes y la más moderna de las profesiones. Ha sido una profesión de lucha permanente, de trabajo abnegado humanitario.

En algunos documentos históricos, enfermería aborda episodios de la mujer, ya que asumió el carácter de arte domestico. La enfermera es el espejo en el que se refleja la situación de la mujer a través de los tiempos”.

Alrededor de cada mujer en la familia se entrelazan y elaboran las prácticas rituales que tienden a asegurar la vida, su promoción y su continuidad. La mujer utiliza elementos que son parte de esa misma vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y las manos, elemento muy importante de contacto maternal, para transmitir bienestar.

En el siglo XII las hermanas de la caridad ejercen el cuidado a los enfermos y es cuando enfermería sufre su mayor revés, ya que, quienes anteriormente atendían a las personas enfermas eran presos, grupos sociales de baja posición, sin conocimientos, gente ruda y desconsiderada.

En el siglo XIX se definió a la enfermería como arte y ciencia; arte por el desarrollo de habilidades y destrezas acompañado de la motivación al cuidado de personas enfermas. Según Florence Nightingale, el trabajo en enfermería es un proceso que incorpora elementos como el alma, la mente, la imaginación, y el fundamento es la interacción entre el entorno y el paciente.²

Así fueron surgiendo etapas características de cada tiempo con distinguidas representantes, como Florencia Nightingale (1852), con la cual se fundó la base de la enfermería moderna, Virginia Henderson (1966) con su Modelo suplementario y complementario; Marta Rogers con su Modelo de seres humanos unitarios; Dorotea Orem, con el Modelo de Autocuidado; entre otras.

Un componente vital de la enfermería fue el “cuidado”; este le daba identidad propia, abarcaba el afecto, la solidaridad, responsabilidad hacia los necesitados y desvalidos. La suma de otros elementos como el humanismo, el altruismo, las formas más nobles del amor y bondad, hicieron que la enfermera dedicara su vida al servicio, por amor, a los demás.³

Los cuidados de enfermería se basan en la naturaleza de las necesidades de la persona considerada como un ser integral en la que se desarrollan procesos biológicos, físicos, mentales, sociales, que interactúan en diversos grados, por lo tanto, no existen dos personas que reaccionen de

² ALMEDIA De Jara Elsa, Manual de la Enfermería, Editorial Cultural, Perú, 2005

³ ALMEDIA De Jara Elsa, Manual de la Enfermería, Editorial Cultural, Perú, 2005, pag. 12

la misma forma, esto aclara que la atención debe ser individualizada, los cuidados a brindarse se organizan y planifican a través del Proceso de Enfermería.

El Proceso de Atención de Enfermería sigue los mismos pasos que el método científico; ambos tuvieron que pasar por muchas variaciones y modificaciones para llegar a consolidar las etapas que en la actualidad conocemos.

Antes de que se desarrollara el proceso de atención de enfermería, las enfermeras se limitaban a prestar los servicios basándose en las órdenes del médico, se guiaban con frecuencia por la intuición y la experiencia, más que el método científico.⁴

Las representantes de la enfermería moderna, basadas en la observación, la experiencia clínica y la investigación científica, nos muestran el desarrollo que, gracias al aporte de cada una con su pensamiento crítico, y razonamiento diagnóstico, se logra la aplicación de dicho proceso en beneficio de los usuarios.

EVOLUCIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

Para que enfermería proporcione un cuidado integral del individuo, familia o comunidad se necesita un método de enfermería basado en reglas y principios científicos denominado proceso de enfermería, término familiar por ser una herramienta habitual y útil para organizar

⁴ KOZIER, B., Fundamentos de Enfermería, Quinta Edición, Volumen I, Ed. McGraw Hill, México, 1999

los cuidados del individuo en la salud o en la enfermedad, el cual ha tenido varios cambios a lo largo de la historia.

Peplau H. (1952) Identifico cuatro fases secuenciales que se ocupan de las relaciones mutuas de carácter terapéutico entre las personas.

Hall L. (1955) A ella se debe la creación del termino de proceso de enfermería.

Kreuter (1957) Describió las fases del proceso de enfermería, como coordinación, planificación y evaluación, además de orientar a la familia y a la auxiliar de enfermería en la prestación de sus servicios.

Johnson D. (1959) Considero el proceso enfermero como valoración en las situaciones, toma de decisiones, realización de un conjunto de acciones diseñadas para resolver y evaluar los problemas de enfermería.

Orlando Li (1961) Considero que el proceso de enfermería era interactivo. Sostuvo que el proceso tenía tres fases: comportamiento del cliente, reacción y acción de la enfermera.

Virginia Henderson (1965) Afirmo que el proceso de enfermería comprendía las mismas etapas, del método científico.

Heiderken L. (1965) Describió las fases del cuidado profesional enfermero como: evaluación de los comportamientos y situaciones; reconocimiento de los sistemas físicos; diagnósticos de planificación; identificación de las necesidades y coordinación del régimen del cliente a través de todas las fases del cuidado.

Mc Cain RA (1965) Fue la primera en emplear el término valoración en el artículo publicado en 1965. Utilizo las capacidades funcionales del cliente como marco para la valoración.

Knowels L. (1967) Introdujo un modelo de proceso llamado de las “5 D”, descubrir, profundizar, decidir, hacer y discriminar.

Catholic University of EE UU (1967) Propuso cuatro componentes del proceso de enfermería: valoración, planificación, intervenciones de enfermería y evaluación.

Windenbach E. (1970) Introdujo el modelo de los tres pasos en el proceso de enfermería; identificar la ayuda necesaria, prestar esa ayuda, y verificar que la ayuda fue proporcionada.

Ana Standard of Nursing Practice (1973) Hizo referencia a las 5 etapas del proceso que actualmente conocemos: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

DEFINICIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

El proceso de enfermería es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente, es el ordenamiento lógico de las actividades que realiza el personal de enfermería para proporcionar cuidados al individuo, la familia y la comunidad.

OBJETIVOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Establecer una estructura que pueda cubrir, las necesidades individuales de la persona., identificar necesidades reales y potenciales de la persona,

establecer planes de cuidados individualizados, actuar para resolver problemas y prevenir complicaciones.

Ventajas para la enfermera:

Definir el campo del ejercicio profesional a partir de las normas de calidad de los cuidados de enfermería; logrando como resultado la satisfacción profesional de la enfermera, volverse experta en un área del cuidado y vivencia el crecimiento profesional

Ventajas para el paciente:

Participación en su propio cuidado. Identificación de la continuidad de sus cuidados, experimentar las mejoras en su salud. Su finalidad es reconocer el estado de salud de un usuario, y los problemas o necesidades reales o potenciales de los mismos.

Tiene las siguientes características:

Es un método porque es una serie de pasos mentales que guían a la enfermera en la organización de su trabajo y solución de problemas del paciente.

Es sistemático porque lo conforman cinco etapas que tienen un orden lógico.

Es humanista porque considera al ser humano holísticamente, el cual no se puede fraccionar.

Es intencionado ya que se centra en el logro de objetivos y guía las acciones para resolver problemas o disminuir factores de riesgo.

Es dinámico porque está expuesto a cambios relacionados con la evolución del paciente.

Es flexible porque puede aplicarse a cualquier situación y se adapta a cualquier teoría de enfermería.

Es interactivo porque se necesita la relación humano-humano para lograr objetivos comunes.

ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Sus etapas son Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, las cuales deben ser flexibles, adaptables y aplicables en todas las situaciones, para contribuir a la mejor calidad de vida y la satisfacción de las necesidades de la persona.

VALORACIÓN

Es la primera etapa del proceso enfermero la cual nos permite identificar el estado actual de salud del usuario, así como también respuestas humana y fisiopatológicas. La valoración se debe realizar con un enfoque holístico, es un proceso continuo.

Son tres los pasos a seguir en la valoración:

1. Recolección de la información
2. Validación de la información
3. Registro de la información

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Inicia en el primer encuentro con el usuario y continúa hasta que se da de alta. Se recurre a fuentes directas e indirectas.

DIRECTAS – Estas a su vez se dividen en primarias y secundarias, las primarias corresponden al usuario y su familia y las secundarias son amigos u otros profesionales de salud.

INDIRECTAS – Corresponden a registros tomados de expediente clínico

La recolección de la información también puede ser general y específica, así se tendrá primero un conocimiento sobre todos los aspectos relacionados, identificando así el problema real y central la valoración en un área específica.

Al realizar la valoración se obtienen cuatro tipos de datos:

- **SUBJETIVOS** – Son los que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual.
- **OBJETIVOS** – Es toda aquella información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos.
- **HISTORICOS** – Se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario.
- **ACTUALES** – Son los hechos que se presentan en el momento y son motivo de consulta u hospitalización.

METODOS DE RECOLECCIÓN

ENTREVISTA

Requiere habilidad para comunicarse y tiene como finalidad la obtención de la información necesaria para el Diagnóstico y Planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto y confianza, y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera y/o el usuario.⁵

Aspectos a tomar en cuenta en la entrevista:

- Seguir guía de valoración y saber lo que se va a preguntar.
- Valorar las condiciones físicas y emocionales del usuario al momento de realizar la entrevista.
- Ser amable, cordial y respetuoso.
- Formular las preguntas de manera clara y sencilla.
- Dejar que el usuario exprese sus ideas.
- Desarrollar la capacidad de empatía.

EXAMEN FÍSICO

La exploración física, determina la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, se obtienen datos para comparar y valorar la eficacia de las actuaciones, se confirman los datos subjetivos de la entrevista. Para ello se utilizan cuatro técnicas:

⁵ RODRIGUEZ Sánchez Bertha Alicia; Proceso de Enfermería; Ediciones Cuellar; 2000; pp. 41

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio.
- Palpación: se utiliza el tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel
- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.

VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Es necesaria la validación para corroborar que los datos obtenidos son los correctos. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas.⁶

Es necesario revalorar al usuario o solicitar a un compañero que lo haga, así como también comparar datos objetivos y subjetivos.

REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Este es el último paso de la valoración el cual consiste en registrar los datos que se obtuvieron en la entrevista y examen físico.

Los objetivos son: favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de

⁶ RODRIGUEZ Sánchez Bertha Alicia; Proceso de Enfermería; Ediciones Cuellar; 2000

calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería.⁷

DIAGNOSTICO

Es la segunda etapa del proceso enfermero que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes.

Es un juicio clínico sobre la respuesta humana de la una persona familia y comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento de forma independiente.⁸

El proceso diagnostico en enfermería difiere del proceso diagnostico en medicina en que, siempre que sea posible, la persona que es el foco de los cuidados enfermeros deben estar implicados como colaboradores de las enfermeras en el proceso de valoración y diagnostico.

Se requiere de cuatro pasos:

1. Razonamiento diagnostico
2. Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes

⁷ RODRIGUEZ Sánchez Bertha Alicia; Proceso de Enfermería; Ediciones Cuellar; 2000; pp. 46

⁸ RODRIGUEZ Sánchez Bertha Alicia; Proceso de Enfermería; Ediciones Cuellar; 2000; pp. 55

3. Validación

4. Registro de los diagnósticos y problemas.



RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO

Es la aplicación del juicio crítico a la solución de problemas. Es necesario que la enfermera integre conocimientos adquiridos y experiencias para llegar a un juicio clínico.


Para realizar un razonamiento diagnóstico es necesario hacer una clasificación de datos objetivos y subjetivos y a su vez una comparación de cada uno de ellos. Determinar si el problema es interdependiente o es en base a respuestas humanas.


FORMULACIÓN

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en:

-  **REAL:** el problema es actual y las manifestaciones son observables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. “El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen. Se aconseja un formato de tres partes (EDFRCD): Etiqueta Diagnostica (ED) + Factores Relacionados (FR) + Características Definitorias (CD)
-  **ALTO RIESGO:** es un juicio clínico, de que es más probable que una persona sea más vulnerable a desarrollar el problema que otros en situación similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La prescripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedido

por el término “alto riesgo”. Se utiliza el formato (EDFR):
Etiqueta Diagnostica (ED) + Factores Relacionados (FR)

 POSIBLE: son enunciados que describen un problema que se sospecha, por lo cual se necesitan datos adicionales y la enfermera debe confirmar o excluir.

 DE BIENESTAR: juicio clínico respecto a una persona, en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. No contienen factores relacionados.

PLANEACIÓN

Es la tercera etapa del proceso de enfermería. Una vez elaborados los diagnósticos de enfermería, se realizara la planificación, la cual es el acto de determinar que puede hacerse para apoyar al paciente en el restablecimiento, conservación o el fomento de la salud.⁹

Esta fase comprende de tres pasos:

1. Establecimiento de prioridades
2. Identificación de objetivos
3. Intervención de enfermería

⁹ ROSALES Barrera Susana; Fundamentos de Enfermería; Editorial Manual Moderno; México 1999, pag. 248

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

La clasificación de prioridades es el proceso para establecer un orden de preferencias a los problemas más importantes en la distribución de los cuidados de enfermería, el establecimiento de prioridades se facilita con la puesta en marcha de teorías, modelos, conceptos y principios. Un modelo que con frecuencia se utiliza es el de Maslow, el cual sostiene que las necesidades fisiológicas, de protección, amor, estima y autorrealización son las cinco metas de las necesidades humanas básicas.

Para el establecimiento de prioridades, la participación del paciente y su familia es fundamental, ya que la cooperación que puedan proporcionar en la identificación y jerarquización de sus necesidades será de inestimable valor para el personal de enfermería.

El personal de enfermería debe asumir ante el equipo de salud, paciente y familia, su rol coordinador en la planeación de atención de las necesidades y problemas del paciente, lo cual traerá consigo un aumento en la necesidad de amor y autoestima de este y la capacidad de participar en su cuidado.¹⁰

IDENTIFICACIÓN DE OBJETIVOS








Una vez concluido el establecimiento de prioridades se comenzara con la elaboración de objetivos que habrán de dar la pauta a seguir para abordar los problemas o diagnósticos del paciente.

¹⁰ ROSALES Barrera Susana; Fundamentos de Enfermería; Editorial Manual Moderno; México 1999, pag. 249

Rober Mager enuncia tres razones aplicables al desarrollo de objetivos en enfermería:

1. Dan dirección para seleccionar las estrategias y el orden.
2. El objetivo definido en forma apropiada implica el contenido de la estrategia.
3. Los objetivos proporcionan medios para que la enfermera y el paciente organicen sus esfuerzos.

Requisitos para la elaboración de objetivos:

-  Deben estar centrados en el paciente
-  Ser realistas, reflejando las capacidades y limitaciones del paciente.
-  Realistas de acuerdo con el grado de habilidad del personal de enfermería.
-  Congruentes y dar apoyo a otras terapias que esté recibiendo el paciente.
-  Iniciarse con lineamientos a corto plazo
-  Deben ser observables y medibles.
-  Describirse en forma de resultados o logros, y no acciones de enfermería.

Los objetivos se clasifican en:

OBJETIVOS A CORTO PLAZO – son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días.









OBJETIVOS A LARGO PLAZO – Requieren de un tiempo largo y existen dos tipos: el primero abarca un periodo prolongado y requiere

acciones continuas de enfermería; el segundo es aquel que se obtiene a través de objetivos a corto plazo.







PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Se considera como el núcleo del proceso de enfermería, ya que se plantean problemas, objetivos, acciones y respuestas. El plan de cuidados inicia con el diagnóstico de enfermería y avanza hacia los objetivos, una vez identificados, se seleccionan acciones específicas de enfermería para ayudar al paciente a alcanzar dichos objetivos.

Para redactar el plan de cuidados es necesario seguir los siguientes lineamientos:

-  Debe tener fecha y firma de la enfermera responsable.
-  Deber ser actual y flexible
-  Redactarse en términos del estado del paciente y de las acciones de enfermería para lograr metas y objetivos.
-  Deben expresarse en término específicos, dando dirección a la conducta de la enfermera y el paciente.
-  Deben incluir aspectos preventivos, de promoción y rehabilitación.
-  Incluir la colaboración de coordinación de actividades con otros profesionistas que estén al cuidado del paciente.
-  Ordenarse en una secuencia de jerarquización de necesidades.
-  Deben prescribir las medidas de acción de enfermería que deben basarse en principios científicos.

En cuanto a las acciones a realizar se debe seguir con el siguiente lineamiento:

-  Ser seguros para el paciente
-  Ser realistas y congruentes con otros tratamientos
-  Desarrollar una serie de acciones para el logro de cada objetivo
-  Elegir acciones específicas de enfermería.
-  Ser importantes para el paciente.
-  Listar en secuencia lógica las acciones de enfermería.

EJECUCIÓN

La fase de ejecución, es la etapa de realización del plan de cuidados, en ella se inician las intervenciones previstas en el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

VALIDACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN:

Se necesita buscar fuentes apropiadas para validar el plan como colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente, dándole así la oportunidad de participar en su propia atención.

DOCUMENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS:





Debe estar escrito y al alcance de los miembros de salud. Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados, los más comunes son: individualizados, son impresos y divididos en columnas destinadas para el diagnóstico de enfermería, los resultados esperados y las acciones de enfermería. En los planes estandarizados con modificaciones, los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las acciones se especifican utilizando espacios en blanco para completar.

MANTENER EL PLAN DE CUIDADOS ACTUALIZADO: Enfermería tiene la responsabilidad de la ejecución del plan, en el cual se incluye a la persona y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones dirigidas a la resolución de las necesidades a fin de promover la salud.

EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados. Al medir el progreso, la enfermera se da cuenta de los resultados obtenidos y de la eficacia de sus actuaciones.

El proceso de evaluación consta de:

-  La obtención de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
-  Comparación con los resultados esperados.
-  “Emitir un juicio sobre la evolución de la persona hacia la consecución de los resultados esperados.”
-  La evaluación tiene como finalidad asegurar cuidados de calidad verificando continuamente la pertinencia de las intervenciones, dando la oportunidad de realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON

BIOGRAFÍA

Virginia Henderson nació en 1897. Originaria de Kansas City, Missouri. Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería. Debido a que sus primos fueron enviados a la guerra y ella no lo podía evitar.¹¹

En 1918, Virginia Henderson empezó a escribir a las escuelas hospitalarias y no fue aceptada, fue entonces que leyó sobre Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C., donde fue atendida por Annie Warburton Goodrich, a pesar de no haber cumplido con el requisito de tener 21 años. Según Smith (1996) afirma que el padre habló con Annie Warburton Goodrich para convencerla de que le permitiera su inscripción y que sería una buena enfermera y así en 1918 inicia sus estudios de enfermería en la En 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inicio su carrera como docente en enfermería en el Norfolk Protestant

Virginia Henderson tuvo éxito en la conclusión de sus estudios seguramente por contar con la vocación y una motivación familiar de servir a los soldados lesionados en la guerra, pues sus primos eran soldados.

Cinco años más tarde ingreso en el Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada y Magíster en la rama de enfermería. En 1929, Henderson ocupó el cargo de supervisora

¹¹ SMILES J. Historia de la Enfermería; Editorial Aguaclara; España 1999; pp. 912

pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. En 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948. En 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.¹²

En 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson. En 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería. En 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959. En 1960 se publico su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse. En 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Henderson dio continuidad a su desarrollo profesional estudiando la licenciatura y la maestría, seguramente en el interés de encontrar una forma para clarificar las funciones de enfermería de las funciones del médico.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale. Recibió nueve títulos doctorales honoríficos, es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos, fue elegida miembro honorario de la American

¹² MARRINER, TA Raile AM; Modelos y Teorías de Enfermería; Cuarta Edición; Ed. Harcourt Brace; España 1999; pp. 99-100

Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra. En 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.¹³

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

Virginia Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1966 a la edad de 98 años.¹⁴

FUENTES TEÓRICAS

Henderson publicó por primera vez su definición de enfermería en la revisión de 1955 de *The Principles and Practice of nursing*. En 1939 había revisado *Textbook of the principles and Practice of Nursing* y identificó este trabajo como una fuente que le permitió darse cuenta la necesidad de aclarar la función de enfermería. Un aspecto que reconocemos los profesionales de enfermería fue su dedicación para distinguir el trabajo médico del trabajo de enfermería, situación indispensable para romper con la idea de ser ayudante del médico y responsabilizarse desde lo personal y lo profesional ante un desempeño independiente e interdependiente.

¹³ MARRINER, TA Raile AM; Modelos y Teorías de Enfermería; Cuarta Edición; Ed. Harcourt Brace; España 1999; pp. 99-100

¹⁴ MARRINER, TA Raile AM; Modelos y Teorías de Enfermería; Cuarta Edición; Ed. Harcourt Brace; España 1999; pp. 100

Describió su interpretación de la enfermería como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas. En *The Nature of Nursing*, indica las siguientes fuentes de influencia en sus primeros trabajos dentro de la enfermería.¹⁵

Annie W. Goodrich, fue decana de la escuela de Enfermería del ejército en la que Henderson recibió su formación básica como enfermera y constituyó una fuente de inspiración para ella, dejando muy gravadas estas palabras “no existen las tareas serviles, si no actitudes serviles respecto al trabajo y se puede acumular mucho resentimiento al tener que realizar ciertas tareas”. También mencionaba Henderson que Goodrich tenía un pensamiento moderno en comparación del pensamiento que se tenía en su época Así mismo atribuía a Goodrich su primera discrepancia con el cuidado de pacientes reglamentario en el que participo y con la idea de la enfermería como un mero complemento de la medicina. Las experiencias vividas en la escuela del ejército junto con Goodrich adquirió “el conocimiento de que las enfermeras eran aceptadas como miembros importantes de la sociedad” y aprendió a sentir menos temor ante el cuidado.¹⁶

Carolina Stackpole era profesora de filosofía en el Teachers collage, de la Universidad de columbia, fue quien imprimió en Henderson la idea de “la importancia de mantener el equilibrio fisiológico”.¹⁷

¹⁵ MARRINER, TA Raile AM; Modelos y Teorías de Enfermería; Cuarta Edición; Ed. Harcourt Brace; España 1999; pp. 100-101

¹⁶ SMILES J.; Historia de la Enfermería; Editorial Aguaclara; España 1999; pp. 30-40

¹⁷ MARRINER, TA Raile AM; Modelos y Teorías de Enfermería; Cuarta Edición; Ed. Harcourt Brace; España 1999; pp. 101

Jean Broadhurts era profesora de microbiología en el teachers college aprendió de ella “la importancia de la higiene y la asepsia”

Dr. Edgard Thorndike trabajaba como psicólogo en el teachers college e investigaba sobre las necesidades básicas de los seres humanos. Henderson “se dio cuenta de que la enfermedad es algo más que un estado patológico y que las necesidades básicas no se satisfacen, en su mayoría, en los hospitales”.¹⁸

Se realizó una búsqueda completaría para investigar sí, Thorndike, ejerció una influencia definitiva para la consolidación de su filosofía, sin embargo no se encontraron otros trabajos de Thorndike, sobre las necesidades básicas, por lo que pienso que el trabajo de investigación que estaba realizando cuando Henderson lo conoció fue uno de tantos y que para él no tuvo trascendencia. Aunque ha Henderson le permitió derivar su propuesta de valoración de las 14 necesidades.

Dr. George Deaver era medico en el Institute for the Crippled and Disable y, más tarde, en el Bellevue Hospital. Observo que el objetivo del esfuerzo de rehabilitación en el instituto era recuperar la independencia del paciente.

Bertha Harper, enfermera de origen canadiense, fue la autora original del Textbook of the Principles and Practice of Nursing, aunque no llegaron a conocerse, las coincidencias entre sus visiones de la enfermería eran

¹⁸ MARRINER, TA Raile AM; Modelos y Teorías de Enfermería; Cuarta Edición; Ed. Harcourt Brace; España 1999; pp. 101

evidentes. La definición que propuso Harmer en 1922 comienza diciendo que la enfermera se enraíza en las necesidades de la humanidad.¹⁹

Ida Orlando había influido en Henderson en su idea sobre la relación existente entre la enfermera y el paciente ya que Orlando siempre hacía hincapié en esta relación. Según palabras de Henderson “me ha hecho darme cuenta de lo fácil que es para una enfermera equivocarse al valorar las necesidades del paciente cuando no contrasta con él su interpretación de dichas necesidades”. Se conocieron en 1961 donde Henderson cambio su opinión sobre la enfermería psiquiátrica, después de haber leído su trabajo sobre la Enfermería psiquiátrica desarrollado en la Universidad de Yale, donde Orlando planteo el proceso de enfermería por primera vez, sin embargo ella reconoce su error de no haber titulado sus resultados con éste nombre.

APLICACIÓN DE DATOS EMPÍRICOS

Henderson incluyo principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de la enfermería, supuso que una definición de enfermería debería incluir una apreciación del principio de equilibrio fisiológico. Describió su punto de vista así: “Era evidente que el equilibrio emocional no se puede separar del equilibrio fisiológico, después de haber reconocido que la emoción es realmente nuestra interpretación de la respuesta celular a la fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares.”²⁰

¹⁹ MARRINER, TA Raile AM; Modelos y Teorías de Enfermería; Cuarta Edición; Ed. Harcourt Brace; España 1999; pp. 101

²⁰ MARRINER, TA Raile AM; Modelos y Teorías de Enfermería; Cuarta Edición; Ed. Harcourt Brace; España 1999; pp. 101

En los 14 componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, que parte de las necesidades físicas para llegar a los componentes psicosociales, se observa una correlación con la jerarquía de necesidades confeccionada por Abraham Maslow como influencia directa.

NECESIDADES

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
7. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
9. Evitar peligros y no dañar a los demás.
10. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Profesar su fe.
12. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
13. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

SUPUESTOS PRINCIPALES

ENFERMERÍA: Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos y enfermos, actúa como miembro de un equipo médico. Henderson subrayó que la enfermera puede trabajar de forma independiente y debe hacerlo así, es la persona mejor preparada en la situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiere. También resalta este punto en la sexta edición de Principles and Practice of Nursing.

Una enfermera debe tener nociones de biología como de sociología, Una enfermera valora las necesidades humanas básicas. Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería. Por lo tanto enfermería “tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación o una muerte tranquila que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible”

PERSONA (PACIENTE): Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional. El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar. El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia. El paciente y su familia constituyen una unidad. Así que la persona “es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables.”

SALUD: La salud es la calidad de vida, la salud es fundamental para el funcionamiento humano, la salud requiere independencia e

interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo, toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

ENTORNO: “Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo”.²¹


Las personas que no están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad, las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad, deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas, reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento, deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

Los médicos se sirven de las observaciones de las enfermeras en las que se basan sus prescripciones para aparatos de protección.²²

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Relación enfermera – paciente:

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

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

²¹ MARRINER, TA Raile AM; Modelos y Teorías de Enfermería; Cuarta Edición; Ed. Harcourt Brace; España 1999; pp. 102-103

²² MARRINER, TA Raile AM; Modelos y Teorías de Enfermería; Cuarta Edición; Ed. Harcourt Brace; España 1999; pp. 102-103

- 🖼 La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- 🖼 La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico:

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

Relación enfermera – equipo de salud:

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

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.²³

CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES

ENFERMERÍA: Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza,

²³ MARRINER, TA Raile AM; Modelos y Teorías de Enfermería; Cuarta Edición; Ed. Harcourt Brace; España 1999; pp. 103-104

voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

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

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

PERSONA: Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz , la persona y la familia son vistas como una unidad .

ADULTEZ

La adultez es la séptima etapa del desarrollo, el periodo en el que las personas empiezan a ocupar un lugar en la sociedad y asumen la responsabilidad que ello conlleva. Para la mayoría de los individuos, esta es la fase de desarrollo más larga, que abarca desde los 31 hasta los 60 años de edad. La adultez se caracteriza por el modo psicosexual de la procreatividad, el conflicto psicosocial entre la generatividad y el estancamiento y la fuerza básica resultante del cuidado.²⁴

DESARROLLO BIOSOCIAL

El proceso de envejecimiento

Con cada año de vida, los signos de la senescencia se vuelven más visibles. Todos los sistemas del cuerpo pierden eficiencia, aunque a

²⁴ FEIST; Teorías de la Personalidad: Editorial McGraw Hill; 2007; pp. 256

ritmos variados, no solo entre diferentes personas, sino también entre distintos órganos en una misma persona.

La apariencia de una persona sufre cambios graduales, pero visibles a medida que avanza la mediana edad, entre otras cosas; arrugas, menos cabello y más grasa, especialmente alrededor del abdomen. A excepción de un aumento de peso excesivo, los cambios en la apariencia tienen poco impacto en la salud.

La evolución de senescencia es más visible en los órganos de los sentidos. Con los años se pierde agudeza visual, aparecen la miopía y la hipermetropía, ambas aumentan de manera gradual a partir de los 20 años. La audición también pierde precisión, con dificultades notables sobre todo para percibir tonos puros.

La actividad cerebral se enlentece y comienza una lenta y en general imperceptible decadencia..

Los problemas de fertilidad se vuelven más frecuentes con la edad, por muchas razones. Lo más común en los hombres es la reducción del número de espermatozoides, y en las mujeres, trastornos ovulatorios o la obstrucción de las trompas de Falopio. Para todos, no solo para los jóvenes, la buena salud se relaciona con la fertilidad. En la menopausia, el ciclo menstrual de una mujer se detiene, la ovulación cesa y se reducen de manera notable los niveles de estrógeno.

Variaciones en el envejecimiento

El envejecimiento y el estatus de la salud varían según el género. Las mujeres tienden a envejecer más lentamente y a vivir más que los hombres, también tienen más enfermedades crónicas. En general, las

mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres de comprometerse con prácticas que benefician a la salud. Tanto los genes como la cultura afectan el estado de salud general de varios grupos étnicos. Factores sociales, económicos y psicológicos pueden influir aun más inclusive. Los miembros de determinados grupos étnicos en ciertos escenarios son mucho más propensos a tener problemas de salud y a sufrir estrés. La calidad de la atención recibe una fuerte influencia de los factores socioeconómicos.

DESARROLLO COGNITIVO

Tradicionalmente se creía que existía cierta entidad general denominada inteligencia que las personas tenían en mayor o menor medida, y que disminuía durante los años de la edad adulta. K. Warner Schaine demostró que ciertas capacidades principales disminuyen con la edad, en tanto otras aumentan. La educación formal, la vocación y la familia, así como la edad, parecen afectar estas capacidades.

Sternberg propuso tres formas fundamentales de inteligencia: analítica, creativa y práctica. La mayoría de los adultos considera que, en tanto la inteligencia analítica y la creativa disminuyen con la edad, la inteligencia práctica mejora en medida que la persona envejece, las investigaciones respaldan esta teoría.

A medida que la persona madura, va eligiendo algunos aspectos de la vida en los que concentrarse, y optimiza el desarrollo de esas áreas y compensa el declive que se produce en otras, si es necesario. Aplicando a la función cognitiva, esto significa que las personas se transforman en expertas selectivas de las destrezas intelectuales que eligen desarrollar.

DESARROLLO PSICOSOCIAL

El desarrollo en los adultos es marcadamente directo, y parece estar caracterizado por dos necesidades básicas. Durante la adultez, las personas buscan intimidad, que se logra a través de la amistad, los lazos familiares y las relaciones románticas. La segunda necesidad es de generatividad, que se logra a través del cuidado, la paternidad y el trabajo.

Los rasgos de personalidad son una fuente de continuidad. Los cinco grandes rasgos, apertura, conciencia, extroversión, amabilidad, y neuroticismo, son evidentes durante la vida y especialmente estables en la adultez. Cada persona selecciona un nicho ecológico de carrera y compañerismo, lo que refuerza los patrones de la personalidad. Aunque esas elecciones normalmente fortalecen los rasgos, los sucesos inesperados pueden cambiar la personalidad de forma transitoria. La cultura y el género tienen alguna influencia en la personalidad, pero esto es más evidente en la expresión que en el temperamento subyacente.

Cada persona tiene una caravana de otras persona con las cuales comparte su vida. Los amigos son muy importantes para aliviar el estrés y compartir secretos, casi todos los adultos encuentran un compañero para compartir su vida, y normalmente crían juntos a sus hijos.

Los adultos necesitan sentirse generativos, concretar sus ambiciones, tener éxito, ser útiles; todas estas palabras se utilizan para describir una necesidad psicosocial importante. Esta necesidad se satisface a través del trabajo creativo, el empleo y el cuidado, en especial con aquellas actividades que están dirigidas a apoyar y ayudar a las nuevas generaciones.

La paternidad comienza normalmente con la maternidad biológica y luego continua con una alianza parental que se forma entre la madre y el padre. Los adultos van cambiando a medida que sus hijos crecen.

Generatividad versus estancamiento

La generatividad se define como “la creación de nuevos seres, nuevos productos y nuevas ideas”. La generatividad que está relacionada con la creación y orientación de una nueva generación engloba la procreación, la producción de trabajo y la creación de productos e ideas que contribuyan a la construcción de un mundo mejor, surge de cualidades sintónicas previas como la intimidad y la identidad.²⁵

La antítesis de la generatividad y creatividad es el ensimismamiento y estancamiento, el ciclo de productividad y creatividad queda paralizado cuando las personas están absortas en sí mismas y caen en la autocompasión, sin embargo, una cierta dosis de estancamiento es necesaria.

²⁵ FEIST; Teorías de la Personalidad: Editorial McGraw Hill; 2007; pp. 256

APARTADO III

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN DE LA PERSONA CON BASE A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

DATOS GENERALES

Se trata de Verónica, de 37 años, originaria de Zamora Michoacán, habita en casa tipo urbana con todos los servicios intradomiciliarios, sin hacinamiento, zoonosis positivo de diversas clases de aves, nivel socioeconómico medio, se dedica al hogar, con escolaridad secundaria, es la mayor de tres hermanos, madre soltera, las personas significativas para ella son su hijo, una tía materna, una prima y su mamá, con la que frecuentemente tiene conflictos.

Como antecedentes heredo-familiares encontramos a bisabuela materna con Artritis Reumatoide, abuelo paterno con Cáncer de garganta, abuelo materno con Cáncer de pulmón, tía paterna con Cáncer, prima paterna con Cáncer de Mama, todos finados. Tía paterna con Leucemia y abuela materna con Hipertensión Arterial, ellas siguen vivas.

En sus antecedentes personales patológicos, en su niñez padeció frecuentes infecciones de amígdalas, con fiebre hasta de 39°C, fue tratada por varios médicos, sin embargo no hubo resultados favorables, desde hace aproximadamente 22 años padece dolores articulares principalmente en extremidades inferiores, llevando a la limitación del

movimiento, se le realizaron diversos estudios, llegando al diagnóstico de Artritis reumatoide, en el año 2007 fue intervenida quirúrgicamente de una Hernioplastia umbilical, posteriormente en Febrero del 2010 se intervino por segunda ocasión de Colectomía y nuevamente de una Hernioplastia umbilical ya que hubo reincidencia de la misma.

En el 2010 fue diagnosticada de Anemia, presentando una hemoglobina de 8 mg/dl, tratada con hierro oral e intramuscular, sin embargo el problema ha persistido, en Agosto del 2010 se le realizo ultrasonido pélvico encontrando Miomatosis Uterina.

OXIGENACIÓN

Estado de conciencia alerta, presenta palidez de piel y tegumentos, refiere agitarse cuando realiza diversas actividades, su Tensión Arterial es de 130/80 mmHg, Frecuencia Cardiaca es de 80 por minuto, Frecuencia respiratoria 18 por minuto y un llenado capilar de 4 segundos.

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Su talla es de 1.50 metros, Pesa 86 kilogramos, el índice de masa corporal 38.2, lo cual según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, presenta Obesidad II. Realiza 3 comidas al día y entre comidas consume diversos alimentos, su ingesta habitual es: frutas 4/7, verduras 5/7, carnes 4/7, cereales 7/7, consume aproximadamente 1 litro de agua al día, así como bebidas gaseosas, no está satisfecha con su peso, no existe ninguna influencia externa en la selección de sus alimentos, refiere que en algunas ocasiones no “siente hambre”, presenta cabello con implantación uniforme, uñas sin micosis, mucosas hidratadas, encías

sanas, dientes sin caries, refiere padecer colitis y gastritis que se presentan más cuando se enoja.

ELIMINACIÓN

Orina aproximadamente 4 veces al día de color claro, sin dolor, defeca 1 a 2 veces al día de consistencia dura y con dolor, refiere padecer estreñimiento desde hace aproximadamente 3 años, en ocasiones utiliza laxantes para disminuir el malestar, abdomen blando depresible con dolor a la palpación. Menarca a las 13 años con ciclos menstruales irregulares, desde hace aproximadamente 2 años con flujo abundante de aproximadamente 6 días de duración con dismenorrea incapacitante.

TERMORREGULACIÓN

Se adapta adecuadamente a los cambios de temperatura, pero prefiere el clima caluroso, ya que en la temporada invernal existe exacerbación del dolor articular, viste de acuerdo a temperatura ambiental, presenta piel hidratada, con transpiración normal sin mal olor corporal. Su temperatura corporal es de 36.8°C.

MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Verónica refiere sentirse enfadada de siempre estar enferma. No tolera permanecer mucho tiempo de pie, ni caminar largos recorridos. El día 10 de Octubre del 2010 presenta intenso dolor abdominal el cual le impide deambular como de costumbre, asiste a su médico particular que diagnostica colitis, iniciando tratamiento.

Desde que tenía aproximadamente 15 años inició con dolor intenso en extremidades inferiores llevando a la incapacidad para el movimiento,

tiempo después se extendió el dolor articular a extremidades superiores, tratada con diversos tipos de medicamentos, incluyendo altas dosis de esteroides, sin mostrar mejoría. No utiliza ayuda para la marcha, pero lo hace con dificultad debido al dolor que presenta en ambas extremidades.

DESCANSO Y SUEÑO

Descansa aproximadamente 8 horas al día, teniendo un descanso de las 22:00 a las 6:00 y durante el día toma una siesta de 30 minutos, refiere tener dificultad para conciliar el sueño durante las noches, no toma alguna medida al respecto, lo atribuye a que se siente preocupada por su enfermedad y la educación de su hijo, durante el día frecuentemente bosteza y refiere cefaleas.

USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Verónica tiene la capacidad para vestirse y desvestirse por sí sola. Su estado de ánimo influye en la selección de prendas de vestir. Viste de acuerdo a su edad y clima, presenta un estado general limpio.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE PIEL

Realiza aseo general cada tercer día con cambio de ropa diario, con momento preferido para el baño en las noches, aseo bucal 2 veces al día, así como también aseo de manos antes de comer, después de ir al baño y durante la preparación de los alimentos, sin mal olor corporal, con presencia de cicatriz de colecistectomía, Hernioplastia umbilical y estrías abdominales.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Es la mayor de tres hermanos, además muy apreciada por su familia, quienes siempre están al pendiente de ella y la apoyan en todo, refiere sentirse satisfecha en el rol que desempeña dentro del núcleo familiar. Ella toma las decisiones sobre la educación de su hijo pero muchas veces se deja llevar por comentarios externos, lo cual le causa confusión sobre lo correcto que debería hacer. No tiene problemas en los órganos de los sentidos, refiere sensación de dolor y discomfort en articulaciones, solucionando esto por ella misma al automedicarse.

Una gesta y 1 cesárea hace 8 años, 1 pareja sexual, abstinencia desde hace 6 años, en el año 2004 le colocaron dispositivo intrauterino, que han revisado en una sola ocasión, desde hace 6 años no se realiza el Papanicolaou y no realiza exploración mamaria. En Agosto del 2010 le diagnosticaron Miomatosis Uterina, en este mismo mes decide retirarse el DIU, con la intención de disminuir el sangrado menstrual, sin embargo, en cada ciclo sigue con hemorragias abundantes.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Es madre soltera, hace 9 años vivió en unión libre con una persona, todo iba bien en su relación, hasta que el dejó de trabajar y no le daba dinero, cuando su hijo tenía 2 años, el se fue a trabajar a Estados Unidos y hasta la fecha no se ha comunicado con ella, sólo sabe que sí lo hace con sus papás. Refiere haber estado estresada por el caso legal que se estuvo llevando para lograr la patria potestad de su hijo, sin embargo en el mes de Diciembre del año 2010 logró que se la otorgaran, lo cual la motivo para comenzar a tramitar la visa para su hijo.

Le genera estrés el hecho de estar enferma, la crianza de su hijo, y la presión que tiene en ocasiones de su mamá, ya que es muy estricta, padece frecuentemente de cefaleas, su estrés intenta resolverlo con llanto y expresando sus sentimientos a su familia, ha sufrido varias pérdidas, entre ellas la salud y su pareja, de esta última no expresa ningún sentimiento.

En el mes de Octubre tuvo una discusión con su mamá, en donde Verónica refiere sentirse impotente, debido a este problema su madre la corrió de su hogar, llorando se lo comunicó a su hijo, el cual inmediatamente se fue a su cuarto a poner en una bolsa de plástico su ropa, ya que su “tita” los había corrido de la casa, sin embargo a la mañana siguiente su madre le dijo que no se fuera. Su mamá no le permite que mantenga relación con sus amigas, ya que piensa que le están haciendo el favor de “taparla” para que ella pueda verse con hombres, eso le causa frustración a Verónica, porque no puede responderle ni defenderse ya que si lo hace en ese momento discutirían nuevamente generando problemas, después de estas situaciones, Verónica se atrasa en la evolución de su enfermedad ya que comienza con problemas de colitis, gastritis y dolores articulares que la llevan a la incapacidad para el movimiento.

Refiere haber iniciado una relación con una persona que su madre no acepta y eso también le crea conflictos con ella, dice “ya no se qué hacer, quiero ser una persona independiente, libre de tomar mis decisiones, pero mi mamá no me deja, porque dice que me van a volver a abandonar por mi enfermedad”.

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Profesa la religión católica, los objetivos en su vida es salir adelante por su hijo, los valores más importantes para ella y su familia es el amor, el respeto, la honestidad, la humildad, la amistad. Para Veronica es importante su religión y su enfermedad la hace acercarse más a Dios. Asiste a misa cada 15 días.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Las actividades que realiza diariamente son el aseo de su hogar y la venta de fruta y dulces fuera de su hogar, así como también ayuda a su mamá en la venta de comida en el mercado Hidalgo. No realiza ninguna actividad física, ella cree que el ejercicio es bueno para la salud pero refiere no poder realizarlo por su padecimiento.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Las actividades que realiza en su tiempo libre son jugar y hacer la tarea con su hijo, su estado de ánimo es participativo, no rechaza las actividades recreativas que se le recomiendan.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Estudio hasta la secundaria, no presenta limitaciones cognitivas ni en el aprendizaje, se muestra cooperadora en las actividades para mejorar su salud, no tiene problemas con los órganos de los sentidos, pero refiere sentirse con ansiedad por que ya no sabe qué hacer para no sentir dolor.

ANALISIS DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
OXIGENACIÓN	Tensión Arterial – 130/80 mmHg Frecuencia Cardiaca – 80 por min. Frecuencia respiratoria – 18 por min. Llenado capilar – 4 segundos Hemoglobina 8 mg/dl	
NUTRICION HIDRATACIÓN	E Talla 1.50 metros, Peso 86 kilogramos IMC 38.2	Realiza 3 comidas al día. Consume frutas 4/7, verduras 5/7, carnes 4/7, cereales 7/7, leche 7/7, aproximadamente 1 litro de agua al día, y bebidas gaseosas..
ELIMINACIÓN		Orina aproximadamente 7 veces al día. Defeca 1 a 2 veces al día de consistencia dura, con dolor. Estreñimiento y gastritis desde hace aproximadamente 3 años. Total autonomía

		para realizar actividades de eliminación. Dismenorrea incapacitante
TERMORREGULACION	Temperatura – 36.8°C	Se adapta a los cambios de temperatura. Con preferencia al clima caluroso.
MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA		Dolor intenso en articulaciones No tolera permanecer mucho tiempo de pie ni caminar largos recorridos.
DESCANSO Y SUEÑO		Descansa aproximadamente 8 horas diarias. Refiere dificultad para conciliar el sueño.
USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS		Total autonomía para vestirse y desvestirse. Utiliza ropa de acuerdo a su edad y clima.
NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	Aseo general cada tercer día. Cambio de ropa diario. Aseo bucal 2 veces al día	Aseo de manos antes de comer y después de eliminar, así como también durante la preparación de alimentos.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS	6 años que no realiza Papanicolaou	No realiza autoexploración mamaria.
NECESIDAD DE COMUNICARSE		Es la primera de 3 hermanos. Discusiones frecuentes con su mamá, Refiere ya estar enfadada porque no la deja ser libre.
NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	Asiste a misa cada 15 días.	Religión católica. Ve la enfermedad como una forma de acercarse más a Dios.
NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE		Vende fruta y dulces fuera de su hogar. Ayuda a su mamá en la venta de comida en el mercado Hidalgo.
NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR		Las actividades que realiza en su tiempo libre, son jugar y hacer la tarea con su hijo.

EN ACTIVIDADES RECREATIVAS		
NECESIDAD DE APRENDIZAJE		<p>Estudio hasta la secundaria.</p> <p>No presenta problemas de aprendizaje</p> <p>Muestra disposiciones para mejorar su salud.</p>

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

NECESIDADES	JERARQUIZACION	SITUACION DE LA PERSONA
1. OXIGENACION	1. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	Parcialmente dependiente por falta de fuerza.
2. NUTRICION E HIDRATACIÓN	2. OXIGENACION	Parcialmente dependiente por falta de conocimiento y de fuerza.
3. ELIMINACION	3. ELIMINACION	Parcialmente dependiente por falta de conocimiento
4. TERMORREGULACION	4. TRABAJAR Y REALIZARSE	Parcialmente dependiente por falta de fuerza.
5. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	5. DESCANSO Y SUEÑO	Parcialmente dependiente por falta de conocimiento.

6. DESCANSO Y SUEÑO	6. NECESIDAD DE COMUNICARSE	Parcialmente dependiente por falta de voluntad
7. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	7. EVITAR PELIGROS	Dependiente por falta de conocimiento
8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE PIEL	Parcialmente dependiente por falta de conocimiento
9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS	9. NUTRICION E HIDRATAACION	Parcialmente dependiente por falta de conocimiento
10. NECESIDAD DE COMUNICARSE	10. NECESIDAD DE APRENDIZAJE	Parcialmente dependiente por falta de conocimiento
11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	Independiente

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE	12. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	Independiente
13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	13. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	Independiente
14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE	14. TERMORREGULACION	Independiente

DIAGNOSTICOS

NECESIDAD	DIAGNOSTICO
MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	DOMINIO 12 CONFORT, CLASE 1 CONFORT FISICO Dolor crónico relacionado con incapacidad física manifestado por informes verbales de dolor e irritabilidad (NANDA;2009-2011:350)
OXIGENACION	DOMINIO 4 ACTIVIDAD/REPOSO, CLASE 3 EQUILIBRIO DE ENERGIA Fatiga relacionada con anemia manifestada por falta de energía. (NANDA;2009-2011:133)
ELIMINACION	DOMINIO 3 ELIMINACION E INTERCAMBIO, CLASE 2 FUNCION GASTROINTESTINAL Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de líquidos manifestado por distensión abdominal, dolor al defecar y eliminación de heces duras. (NANDA;2009-2011:102)
TRABAJAR Y REALIZARSE	DOMINIO 4 ACTIVIDAD/REPOSO, CLASE 2 ACTIVIDAD/EJERCICIO Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor articular manifestado por enlentecimiento del movimiento y limitación de la amplitud del movimiento. (NANDA;2009-2011:127)

DESCANSO Y SUEÑO	<p>DOMINIO 4 ACTIVIDAD/RESPOSO, CLASE 1 SUEÑO/REPOSO</p> <p>Trastorno del patrón de sueño relacionado con estrés manifestado por expresión verbal para conciliar el sueño y observación de falta de energía en el día. (NANDA;2009-2011:118)</p>
NECESIDAD DE COMUNICARSE	<p>DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS, CLASE 2 RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO</p> <p>Ansiedad relacionada con estrés manifestado por expresión de sentimiento de tensión y cefaleas. (NANDA;2009-2011:251)</p> <p>DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS CLASE 2 RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO</p> <p>Duelo relacionado con pérdida de la salud manifestado por alteraciones en el patrón de los sueños. (NANDA;2009-2011:264)</p> <p>DOMINIO 6 AUTOPERCEPCION, CLASE 2 AUTOESTIMA</p> <p>Baja autoestima situacional relacionado con falta de reconocimiento manifestado por expresiones de impotencia y verbalizaciones de negación de sí misma. (NANDA;2009-</p>

		2011:192)
HIGIENE PROTECCIÓN DE PIEL Y NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS	Y	DOMINIO 5 PERCEPCION/COGNICION, CLASE 4 COGNICION Conocimientos deficientes de autocuidado relacionado con poca familiaridad con los recursos para obtener información manifestada por verbalización del problema. (NANDA;2009-2011:169)
NUTRICION HIDRATACIÓN	E	DOMINIO 1 PROMOCION A LA SALUD, CLASE 2 GESTION DE SALUD Disposición para mejorar la nutrición manifestado por expresión del deseo de mejorarlo. (NANDA;2009-2011:70)

PLAN DE CUIDADOS DE OCTUBRE 2010 A MARZO 2011

NECESIDAD: MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

DIAGNOSTICO: Dolor crónico relacionado con incapacidad física manifestado por informes verbales de dolor e irritabilidad.

OBJETIVO: Verónica logrará disminuir el dolor físico mediante las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes

INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Valorar el dolor de Veronica empleando una escala del 1 al 10 (método EVA) o la escala de dolor de expresiones faciales</p>	<p>La identificación oportuna de las fases entorno al dolor permite establecer un plan terapéutico para evitar, disminuir o controlar el dolor. (ROSALES;FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA;2004:354)</p>	<p>Se utilizó la escala de medición EVA en la cual presentaba 7 en dolor de articulaciones. Durante los meses de, Noviembre y Diciembre presento un 3.</p>
<p>Revisar la prescripción médica y concientizar a Verónica sobre la</p>	<p>Una relación que brinda apoyo, atención y ayuda, estimula conductas</p>	<p>En el mes de Enero hubo un incremento a 8.</p>

<p>importancia de no automedicarse.</p>	<p>para disminuir, controlar o aliviar el dolor. (ROSALES;FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA;2004:354)</p>	<p>En el mes de Marzo Veronica presento un 4 en la escala EVA..</p>
<p>Llevar a cabo un diario de la puntuación del dolor, momentos anteriores y los eventos precipitantes.</p>	<p>La reducción, organización y variabilidad de estímulos, permiten al paciente restringir o alejar su atención lejos de la sensación dolorosa. (ROSALES;;2004:355)</p>	
<p>Aplicación de compresas calientes en áreas de dolor.</p>	<p>El calor proporciona aumento de las propiedades viscoelásticas del tejido conectivo, analgesia, relajación muscular y sedación al paciente. (CONSTANZA FONSECA;MANUAL DE MEDICINA Y REHABILITACION;2002:295)</p>	

<p>Establecer un objetivo confort-funcionalidad seleccionando el nivel de dolor en la escala que le permita realizar fácilmente las actividades de recuperación</p>	<p>El umbral de dolor es el límite menor posible de perceptibilidad de una sensación. En cada individuo esta percepción es variable, según su estado físico, cultura, experiencias y expectativas. (ROSALES;2004:348)</p>	
---	---	--

PLAN DE CUIDADOS DE OCTUBRE 2010 A MARZO 2011

NECESIDAD: OXIGENACIÓN

DIAGNOSTICO: Fatiga relacionada con anemia manifestada por falta de energía.

OBJETIVO: Se logrará que Verónica incremente gradualmente su nivel de energía para completar tareas diarias.

INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Alentar a Verónica a llevar un diario de sus actividades, síntomas de fatiga y sentimientos, incluyendo la forma en que aquella impacta en sus actividades y roles normales.	El diario ayuda al usuario a expresar sus sentimientos y a monitorizar su progreso hacia la resolución o afrontamiento de la fatiga, lo cual ayuda a efectuar ajustes. (ACKLEY, B.J.;2007:648)	Veronica identifico momentos en los cuales presentaba la fatiga, siendo estos durante la mañana realizando aseo del hogar, se logró establecer periodos de reposo entre una y otra actividad.
Ayudarla a identificar o crear un lugar seguro donde reposar dentro del hogar que se pueda emplear rutinariamente.	Períodos frecuentes de reposo en cama durante el día, descargan de peso a las articulaciones y alivian la fatiga. (SMELTZER;1994:1489)	Veronica identificó como su lugar seguro la recamara, logrando reposar por períodos cortos sin llegar a la

<p>Incremento gradual de alimentos ricos en hierro.</p>	<p>Los beneficios del consumo suficiente de hierro son: eritrocitos sanos que transportan oxígeno para el metabolismo y la energía general. (BROWN;2008:422)</p>	<p>somnolencia. Incrementó gradualmente la ingesta de alimentos ricos en hierro, principalmente de origen vegetal.</p>
---	--	--

PLAN DE CUIDADOS DE OCTUBRE 2010 A MARZO 2011

NECESIDAD: ELIMINACIÓN

DIAGNOSTICO: Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de líquidos manifestado por distensión abdominal, dolor al defecar y eliminación de heces duras.

OBJETIVO: El usuario identificará medidas que previenen y tratan el estreñimiento.

INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Aumentar la ingesta de fibra y hacer hincapié en alimentos como fruta fresca, legumbres, verduras y cereales integrales.	La fibra alimenticia consta de hidratos de carbono no digeribles de origen vegetal, como celulosa, lignina y pectina, de las frutas, verduras, gramíneas y frijoles. Esta fibra pasa por el tubo digestivo sin sufrir grandes cambios y acelera el transito gastrointestinal (TORTORA;2002:869)	Se incremento gradualmente el consumo de alimentos ricos en fibra en la dieta, logrando mejorar el tránsito intestinal y disminuir el dolor al defecar.
Aumentar gradualmente la ingesta de líquidos a 1.5 a 2 litros por día.	El incremento de la ingesta de líquidos mientras se mantiene una ingesta de	Verónica disminuyó el consumo de bebidas gaseosas, e incremento

<p>Aconsejarla a levantarse de la cama cuanto antes y realizar actividades de la vida diaria.</p>	<p>fibra puede significar un incremento de la frecuencia de deposiciones en el usuario. (ACKLEY, B.J.;2007:630)</p> <p>La actividad aunque sea mínima, incrementa el peristaltismo, que es necesario para prevenir el estreñimiento. (ACKLEY, B.J.;2007:630)</p>	<p>el consumo de agua, refiriendo sentirse “bien” al hacerlo.</p> <p>Veronica logró levantarse de la cama inmediatamente en las mañanas, realizando actividades diferentes, refirió al realizar esta actividad sentirse con mayor energía.</p>
<p>Pedir a Verónica que efectuó una respiración profunda a través de la boca.</p>	<p>La respiración profunda, favorece la relajación muscular del suelo pélvico y el uso de los músculos abdominales, reduciendo la tensión homónima y favoreciendo la evacuación. (SMELTZER;1994:1489)</p>	<p>Veronica mejoro su necesidad de Eliminación, ya no existe dolor al defecar y las heces son de consistencia normal.</p>

PLAN DE CUIDADOS OCTUBRE 2010 A MARZO 2011

NECESIDAD: TRABAJAR Y REALIZARSE

DIAGNOSTICO: Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor articular manifestado por enlentecimiento del movimiento y limitación de la amplitud del movimiento.

OBJETIVO: Lograr aumentar la movilidad física de Veronica a tolerancia de la misma.

INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Iniciar un programa de caminar diariamente como parte de su rutina diaria, al llevar a su hijo a la escuela.	Los programas de caminar han demostrado ser efectivos en la mejoría del estatus ambulatorio, la disminución de la discapacidad y del numero de caídas. (ACKLEY,;2007:924)	Se logro adoptar en Verónica el hábito de caminar como mínimo 30 minutos diarios, al llevar a su hijo a la escuela.
Realizar ejercicios de amplitud de movimiento	Los ejercicios de amplitud de movimiento previenen la rigidez de articulaciones. (SMELTZER;1994:1489)	Durante el día Veronica estipuló un momento para realizar ejercicios de amplitud de movimientos, al iniciar le causaban molestia, pero gradualmente fue disminuyendo el dolor y la rigidez.



PLAN DE CUIDADOS OCTUBRE 2010 A MARZO 2011





NECESIDAD: DESCANSO Y SUEÑO

DIAGNOSTICO: Trastorno del patrón de sueño relacionado con estrés manifestado por expresión verbal para conciliar el sueño y observación de falta de energía en el día.

OBJETIVO: Veronica lograra mejorar el patrón de sueño gradualmente, mediante las intervenciones de enfermería.

INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Utilizar generadores de sonidos suaves con sonidos del océano, lluvia o cascadas para inducir al sueño o utilizar “ruidos blancos” como un ventilador para obstruir otros sonidos.</p> <p>Disminuir ingesta de líquidos por la tarde, consumo de cafeína y evitar las siestas a últimas horas de la tarde.</p>	<p>La música provoca una mejor calidad, mayor duración y eficacia del sueño así como también menos disfunción durante el día. (ACKLEY, B.J.;2007:1148)</p> <p>Con frecuencia ocurren trastornos del sueño por factores no relacionados con el proceso patológico actual. (SMELTZER;1994:1494)</p>	<p>Al realizar cada una de las actividades planeadas, se logro aumentar las horas de descanso de Veronica, presentando efectos positivos durante el día, refirió sentirse con mayor energía, disminuyo así mismo la ansiedad y cefaleas.</p>

<p>Aconsejarla para que tome un baño caliente por la noche</p>	<p>El calentamiento pasivo mediante el uso de un baño caliente aumenta el sueño profundo. (ACKLEY, B.J.;2007:1150)</p>	
<p>Desarrollar un ritual a la hora de acostarse que incluya actividades tranquilas como leer, ver la televisión o manualidades.</p>	<p>El uso de una rutina a la hora de acostarse ha demostrado ser efectiva para inducir y mantener el sueño. (ACKLEY, B.J.;2007:1152)</p>	
<p>Enseñar las siguientes guías de una buena higiene del sueño para mejorar los hábitos:</p> <ul style="list-style-type: none">  Irse a la cama solo cuando se esté somnoliento  Cuando se despierte a mitad de la noche, ir a otra habitación, hacer actividades tranquilas y 	<p>Estas guías sobre higiene del sueño han demostrado ser efectivas para mejorar la calidad del sueño (Basado en Evidencia) (ACKLEY, B.J.;2007:1152)</p>	

<p>volver a la cama cuando se esté somnoliento.</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilizar la cama solo para dormir, no para leer o para siestas delante del televisor. Evitar siestas por la tarde Levantarse a la misma hora cada mañana Alejar el despertador de la cama de manera que no pueda verse.		
---	--	--

PLAN DE CUIDADOS DE OCTUBRE 2010 A MARZO 2011

NECESIDAD: COMUNICARSE

DIAGNOSTICO: Ansiedad relacionada con estrés manifestado por expresión de sentimiento de tensión y cefaleas.

OBJETIVO: Veronica lograra disminuir la ansiedad mediante ejercicios de relajación.

INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Verónica utilizará un auto dialogo positivo como: “la ansiedad no me matara”, “puedo dar este paso ahora”.</p> <p>Cuando sea posible, intervenir para eliminar las fuentes de ansiedad, utilizando la escucha activa.</p>	<p>Las terapias cognitivas se centran en el cambio de conductas y sentimientos cambiando pensamientos. Sustituir autoafirmaciones negativas con autoafirmaciones positivas ayuda a reducir la ansiedad. (ACKLEY, B.J.;2007:264)</p> <p>La ansiedad es una respuesta normal a un peligro real o percibido; si se elimina el temor, la respuesta parará. (ACKLEY, B.J.;2007:264)</p>	<p>Se logro que Verónica dedique un momento durante el día para relajarse y disminuir el estrés.</p> <p>Logrando la confianza de Veronica compartió sus sentimientos de temor que le generaban ansiedad.</p>

<p>Proporcionar masajes en la espalda para reducir la ansiedad</p>	<p>El masaje es un sistema de contacto terapéutico en el que el tacto, además de lograr efectos fisiológicos, estimula, gratifica emocionalmente, dado que una de las funciones de la piel es recibir impresiones mediante receptores específicos y corpúsculos reactivos, transmitir las y procesarlas para elaborar sensaciones. (ROSALES;2004:138)</p>	<p>No se pudieron realizar óptimos ejercicios de masaje ya que Veronica no consintió hacer un tiempo para realizarlos.</p>
<p>Enseñar respiración relajada para su uso ocasional: Verónica deberá inspirar a través de la nariz, llenar lentamente el abdomen en sentido ascendente mientras piensa “re” y después espirar a través de la boca, desde el tórax en sentido descendente y pensar “lax”.</p>	<p>La relajación muscular reduce la tensión homónima y la ansiedad. (SMELTZER;1994:1489)</p>	<p>Los ejercicios de respiración y la recreación de imágenes lograron que Veronica se sintiera más tranquila y expresara con mayor facilidad sus sentimientos.</p>

<p>Recrear imágenes a través del pensamiento.</p>	<p>Las imágenes a través del pensamiento sirven para alentar al paciente a que se encuentre en escenas o experiencias placenteras, de manera que se aparte de las que le causan ansiedad. (SMELTZER;1994:1489)</p>	
---	--	--

PLAN DE CUIDADOS DE OCTUBRE 2010 A MARZO 2011

NECESIDAD: COMUNICARSE

DIAGNOSTICO: Duelo relacionado con pérdida de la salud y la pareja manifestado por alteraciones en el patrón del sueño.

OBJETIVO: Veronica lograra expresar sus sentimientos y resolver el duelo.

INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Aplicar test de duelo de Marco Polo Scott, al iniciar y al finalizar el plan de cuidados.</p>	<p>Los especialistas han definido el duelo como “ el proceso normal que sigue a la pérdida de lo inmensamente querido” (MOHAMED;2008:26)</p>	<p>Al aplicar el test de duelo se obtuvieron los siguientes resultados: en el área social presento rasgos de duelo, área psicológica duelo moderado, área física duelo moderado y área espiritual sin síntomas de duelo.</p> <p>Al finalizar se obtuvieron los siguientes resultados: en el área social rasgos de duelo, en área</p>

<p>Aplicar la técnica del “Pensamiento Opuesto” en el cual se le indica a Veronica que por cada pensamiento negativo durante el día lo sustituya por pensamientos positivos.</p>	<p>Durante un duelo muchas personas experimentan una suerte de confusión que afecta sus pensamientos, recuerdos y su nivel de concentración. (MOHAMED;2008:37)</p>	<p>psicológica rasgos de duelo, en el área física rasgos de duelo y en el área espiritual sin síntomas de duelo. Después de dos semanas de practicar la técnica del “Pensamiento Opuesto”, Veronica refirió sentirse con menos presión.</p>
<p>Ayuda a Veronica a expresar sus sentimientos mediante la elaboración de cartas escritas, y la lectura en voz alta de las mismas.</p>	<p>Muchas personas no tienen plena conciencia de sus sentimientos, algo que se considera normal dentro del duelo, de los sentimientos más complicados son el enfado, la culpa, la ansiedad y la impotencia. (MOHAMED;2008:81)</p>	<p>Veronica redactó cartas a su ex pareja, su madre, y su hijo, al inicio solo logró leer en voz alta la de su hijo, sin embargo, posteriormente lo hizo también con las cartas restantes. Veronica refirió sentirse desahogada al expresar sus sentimientos.</p>

<p>Recomendar lecturas “Tu puedes sanar tu vida” de Louise L. Hay</p>	<p>Leer, amplia los conocimientos y la comprensión acerca de la manera en que funciona la mente. (HAY;2009:112)</p>	<p>Veronica acepto la lectura recomendada, en la cual se incluyen diversas actividades, se tuvo la oportunidad de realizar algunas en compañía con ella.</p>
---	---	--

PLAN DE CUIDADOS DE OCTUBRE 2010 A MARZO 2011

NECESIDAD: COMUNICARSE

DIAGNOSTICO: Baja autoestima situacional relacionado con falta de reconocimiento manifestado por expresiones de impotencia y verbalizaciones de negación de sí misma.

OBJETIVO: Veronica identificara situaciones que llevan a una baja autoestima y lograra mantener una autoestima positiva en su vida diaria.

INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Recomendar lecturas: “Potencia la Autoestima Positiva”, “El Monje que Vendió Su Ferrari”	Leer un libro hace que exista en nosotros una formación estética, educando la sensibilidad y estimulando las buenas emociones, así como los buenos sentimientos	Veronica demostró disposición para las actividades planeadas, logro expresar sus sentimientos y refirió sentirse tranquila “me quite un peso de encima”.
Realizar ejercicios que promuevan una autoestima positiva en Veronica, estimulando la ayuda a los demás, fomentar la participación en	El apoyo de los compañeros proporciona una oportunidad para compartir el modelado social y reduce la activación fisiológica. Ayudar a los	Aun sigue con las lecturas recomendadas.

actividades recreativas y de grupo.	demás aumenta la autoestima. (ACKLEY, B.J.;2007:319)	
Involucrar a familiares directos en ejercicios sobre autoestima.	La psicoeducacion disminuye la sintomatología del usuario y aumenta el apoyo por parte de los proveedores de cuidados. El conocimiento proporciona poder, lo cual aumentara la autoestima. (ACKLEY, B.J.;2007:319)	Sus familiares directos, en este caso su mamá, no mostro gran disposición para participar en las actividades planeadas, sin embargo, si aceptó algunas lecturas recomendadas.

PLAN DE CUIDADOS DE OCTUBRE 2010 A MARZO 2011




NECESIDADES: HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL – EVITAR PELIGROS


DIAGNOSTICO: Conocimientos deficientes de autocuidado relacionado con poca familiaridad con los recursos para obtener información manifestado por verbalización del problema.

OBJETIVO: Veronica obtendrá los conocimientos necesarios para llevar a la práctica el autocuidado de una manera óptima.

INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Explicarle a Verónica la importancia del autocuidado en su vida diaria.	El autocuidado es un cuidado voluntario y personal que realiza a diario el paciente para regular su funcionamiento y desarrollo basado en la capacidad que tiene para realizar por si mismo determinadas acciones. (ROSALES;2004:12)	Veronica identifico actividades que puede realizar para mejorar su salud y prevenir enfermedades en su vida diaria.
Brindar promoción y fomento a la salud explicando el procedimiento correcto	La flora bucal tiene efecto perjudicial dado que produce procesos	Se logro que Veronica realizara cepillado dental tres veces al día

<p>de cepillado dental para remover la flora bucal dañina.</p>	<p>patológicos de dientes y estructuras de soporte, específicamente caries y gingivitis; desencadena procesos relativos a candidiasis, actinomicosis y endocarditis bacteriana subaguda. (ROSALES;2004:303)</p>	<p>con una técnica adecuada para prevenir enfermedades bucales.</p>
<p>Informarle a Veronica sobre la importancia de realizar Papanicolaou para prevenir y/o detectar displasias malignas oportunamente.</p>	<p>El papanicolau se realiza principalmente para detectar de manera oportuna cambios en las células del aparato reproductivo de la mujer, que sean indicativos de cáncer o de un trastorno precanceroso. (TORTORA;2002:118)</p>	<p>Se acompañó a Verónica a realizar Papanicolau a su Centro de Salud, ya que refería sentir miedo y vergüenza de asistir sola, los resultados no mostraron patología.</p>
<p>Explicar la técnica correcta de exploración mamaria y establecer junto con Verónica un día específico cada</p>	<p>Más del 80% de los nódulos son detectados por la misma mujer. Este debe realizarse cada mes, lo mejor es</p>	<p>Veronica entendió de manera adecuada la técnica correcta para realizar autoexploración mamaria,</p>

<p>mes para realizarlo.</p> <ul style="list-style-type: none">  Examine las mamas durante el baño, ya que las yemas de los dedos se deslizan con más facilidad sobre la piel mojada. Utilice la mano derecha para examinar la mama izquierda y viceversa.  De pie o sentada frente al espejo, con las manos en la cintura y luego levantando los brazos, observe si existen cambios en los contornos u hoyuelos en la piel.  Palpe la mama con la otra mano usando el método de círculos concéntricos. Por lo general se requieren tres 	<p>hacerlo unos días después de la menstruación, ya que las mamas están menos tensas y sensibles. (ALMEIDA;2005:603)</p>	<p>y se estableció como día determinado para realizarlo el séptimo día después de su período menstrual.</p>
---	--	---

<p>círculos para cubrir todo el tejido de la mama, incluye la cola de la misma y la axila. Repita el procedimiento con la otra mama.</p> <p> Por último, en posición sentada palpe las aéreas de las areolas e inspeccione y apriete los pezones para detectar si hay secreción.</p>		
---	--	--

PLAN DE CUIDADOS DE OCTUBRE 2010 A MARZO 2011

NECESIDAD: NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

DIAGNOSTICO: Disposición para mejorar la nutrición manifestado por expresión del deseo de mejorarlo

OBJETIVO: Veronica lograra identificar estrategias para mejorar la nutrición y llegar a un peso recomendable que no afecte la salud.

INTERVENCION	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Recomendar a Verónica que tome un desayuno sano cada mañana.	Las personas que no desayunan tienen más probabilidades de cenar en exceso. (ACKLEY, B.J.;2007:962)	En el mes de Septiembre del 2010 la usuaria tenía un peso de 86 kilogramos con un IMC de 38.2
Evaluar la ingesta habitual de fibra.	Añadir en forma lenta tanto la fibra como los líquidos permite que el sistema intestinal se adapte al sustrato bacteriano adicional. (BROWN;2008:468)	En el mes enero del 2010 presenta un peso de 83.500 kilogramos con un IMC de 37
Recomendar a Verónica la ingesta de	Las verduras y frutas aportan	En el mes de Marzo, presento un peso de 83 kilogramos con un IMC 36.8 el cual de acuerdo a la OMS

<p>cinco a nueve frutas y verduras al día, con un mínimo de dos raciones de fruta y tres de verduras, porque los colores vivos se asocian a mas nutrientes.</p>	<p>vitaminas y minerales, antioxidantes y otros fotoquimicos para conservar la salud. (BROWN;2008:426)</p>	<p>sigue presentando Obesidad II, sin embargo se sigue trabajando en el peso.</p>
<p>Limitar el consumo de grasas saturadas y ácidos grasos; aumentar el consumo de aceites vegetales.</p>	<p>La ingesta de grasas saturadas y de ácidos grasos aumenta el nivel de lipoproteínas de baja densidad, que predisponen a la aterosclerosis. (ACKLEY, B.J.; 2007:963)</p>	
<p>Disminuir la ingesta de carne roja y carnes procesadas; en cambio, comer más pollo, pescado y productos lácteos ricos en proteínas.</p>	<p>Las mujeres que comen más carne roja y carnes procesadas, junto a cereales refinados y un consumo mayor de dulces tienen índices mayores de accidentes cerebro vascular. (ACKLEY, B.J.; 2007:964)</p>	

<p>Comer periódicamente legumbres y especialmente soya como alternativa a las proteínas animales.</p> <p>Explicar a los miembros de la familia, como mejorar el estado nutricional, enfocando el plato del buen comer.</p>	<p>Tomar soya como un sustituto de productos animales, disminuye la incidencia de enfermedad arterial coronaria porque reduce los lípidos de la sangre. (ACKLEY;2007:964)</p> <p>Si el usuario y la familia seleccionan el plan nutricional, más probablemente lo cumplirán, en particular si el usuario no es el que compra y cocina. (ACKLEY, B.J.; 2007:966)</p>	
--	---	--

CONCLUSIONES

Fue de gran satisfacción realizar este trabajo, ya que puedo decir que en el tiempo que estuve realizando los cuidados a Veronica, me dio la oportunidad de conocerla más a fondo, sus miedos, tristezas, y alegrías, reacciones que influyen directamente en su estado de salud, esto me ayudo a planear actividades que mejoraran su estado de salud, con ejercicios físicos, actividades recreativas y platicas de autocuidado.

Al iniciar el plan de cuidados, la respuesta de Veronica fue un poco apática sin embargo en el transcurso del tiempo fue mostrando disposición para realizar cada una de las actividades, lográndose establecer una comunicación enfermera-paciente óptima, lo que contribuyo a incrementar la confianza.

Aplique el test de duelo de Marco Polo Scott el cual me permitió conocer el nivel de duelo que en ese momento experimentaba Veronica, la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson fue un instrumento fundamental en la elaboración de objetivos y planeación de actividades, puedo decir que se logro en gran medida cubrir las necesidades de Veronica.

El plan de cuidados no ha concluido aún, se sigue trabajando con Veronica en diversas actividades, ayudando en gran medida a recuperar su autonomía, autoestima y fuerza,

Se intento trabajar con sus familiares directos, en este caso principalmente su mamá, pero no se logro una respuesta favorable por

parte de la misa, a pesar de esto Veronica ha logrado adquirir herramientas fundamentales para mejorar su estado de salud, y para intentar mantener una convivencia sana con su madre.

Finalmente puedo decir que me quedo satisfecha con los cuidados brindados a Veronica, espero que el presente trabajo sea de ayuda a próximas generaciones, sin olvidar que el cuidado es la esencia de esta magnífica profesión... ENFERMERIA.

La confianza en sí mismo es el primer secreto del éxito

R. W. Emerson

ANEXOS

HISTORIA NATURAL ARTRITIS REUMATOIDE

La Artritis Reumatoide es una enfermedad inflamatoria progresiva crónica, que afecta primariamente a las articulaciones, y se caracteriza por dolor y cansancio. Las personas afectadas pueden experimentar durante décadas múltiples efectos articulares y otras complicaciones sistémicas. El curso de la enfermedad es extremadamente variable en los distintos pacientes, y su progreso está influenciado por la situación psicológica y el soporte social.








La Artritis Reumatoide comienza frecuentemente de forma intermitente, con dolores errantes en manos y pie, cansancio general, dolor difuso y rigidez matutina. Con el paso del tiempo, la actividad patológica se convierte en mantenida y se extiende a otras articulaciones.

La inflamación de tapizado sinovial de las articulaciones, las vainas tendinosas y las bolsas, conduce a un engrosamiento de las sinovias y un exceso de líquido sinovial, que aumenta la presión sobre las terminaciones nerviosas y causa dolor. La hinchazón estira y debilita las capsulas articulares y los ligamentos. La inflamación infiltra y erosiona directamente las capsulas de las articulaciones, los ligamentos, el cartílago y el hueso subcondral.

La naturaleza, en gran parte “oculta” de dolor y el cansancio, significa que los problemas del paciente pueden ser poco apreciados al principio por la familia, los amigos o los compañeros de trabajo, en el siguiente cuadro se muestran las posibles reacciones frente a la necesidad de vivir

con Artritis Reumatoide (adaptado de le Gallez,1993;Ryan, 1996; William y Wood, 1988)

Posibles reacciones frente a la necesidad de vivir con Artritis Reumatoide

-  Frustración e ira a las dificultades progresivas para las actividades de la vida diaria.
-  Necesidad de más información sobre la enfermedad, los fármacos y el auto-tratamiento, y comunicación abierta con los profesionales sanitarios.
-  Miedo de “parecer diferente” y pérdida de las normas de vida propias.
-  Descenso de la autoestima y la autoeficacia
-  Sensación de pérdida de control e impotencia conforme aumentan los problemas funcionales.
-  Incertidumbre sobre la progresión de la enfermedad, miedo a la incapacidad, pérdida de roles significativos.
-  Miedo a convertirse en una carga para los demás y en una causa de sufrimiento para los seres queridos.

EFECTOS FISICOS

Entre estos se incluye dolor y tumefacción de las articulaciones. Se produce atrofia muscular, conforme la enfermedad afecta a las fibras musculares y el dolor reduce los niveles de actividad, existe reducción en el arco de movimiento, produciendo deformidad progresiva a largo plazo.

La tumefacción de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales, la atrofia de los músculos interóseos y la tumefacción dorsal, son manifestaciones precoces que provocan dificultad para la prensión y falta de destreza. Los pies se afectan pronto. Las deformidades comunes comprenden subluxación de las cabezas de los metatarsianos, con desplazamiento de la almohadilla fibrograsa que protege la parte anterior de la planta del pie, hallux valgus (juanetes) y deformidad en garra de los dedos.

Las manifestaciones sistémicas incluyen sensación de enfermedad vaga, cansancio excesivo y falta de vitalidad, anorexia y pérdida de peso. Puede también afectar al corazón, hígado, vasos sanguíneos y pulmones.

EFFECTOS FUNCIONALES Y SOCIALES

La Artritis Reumatoide tiene mayor impacto sobre la calidad de vida en las mujeres, el trastorno de los roles domésticos, de crianza de los hijos y de trabajo profesional afecta la sensación de identidad individual y reduce la satisfacción, la autoestima y la red de soporte laboral-social. Las actividades sociales de la familia pueden limitarse, con menos visitas de los amigos y familiares.




EFFECTOS PSICOLÓGICOS

Algunos de los pacientes experimentan sufrimiento psicológico en algún momento de la evolución. El estado psicológico afecta directamente la salud de las personas con Artritis Reumatoide. Los pacientes con mayor control percibido de sus síntomas, exhiben un humor más positivo, mayor satisfacción con las capacidades físicas y funcionales conservadas, mejor destreza, más sensación de bienestar psicológico,

mayor creencia en su capacidad para controlar el dolor y realizar las actividades de la vida diaria, menos trastornos funcional y menos dolor.






ADAPTACIÓN A LA VIDA CON ARTRITIS REUMATOIDE


Shaul (1995) resumió en tres fases el proceso de aprender a vivir con AR:

-  Toma de Conciencia: los síntomas son ignorados hasta que se convierten en persistentes y dificultan el trabajo.
-  Aprender a Vivir con la Enfermedad: los primeros episodios de reagudización conducen a frustración, desesperación y sentimientos de impotencia.
-  Dominio: los pacientes desarrollan una perspectiva diferente de salud, la enfermedad, las relaciones familiares, el trabajo, la diversión y las capacidades para la vida diaria.

El aprendizaje de vivir con la Artritis Reumatoide puede requerir muchos años, y está influenciado por numerosos factores, entre ellos la personalidad, el estado psicológico, el soporte emocional y social, y la gravedad de la enfermedad.

ETIOLOGÍA








-  Factores Inmunológicos
-  Factores Hormonales
-  Factores genéticos
-  Factores ambientales
-  Tabaquismo

 Infecciones: como factor potencialmente desencadenante. En concreto:



- Infecciones bacterianas: *Proteus mirabilis*.
- Infecciones por mycoplasmas.
- Infecciones virales: virus de la hepatitis B, parvovirus B19, retrovirus, virus de Epstein-Barr

DIAGNÓSTICO


De acuerdo al Colegio Americano de Reumatología (ACR - American College of Rheumatology), se establece el diagnóstico de Artritis Reumatoide cuando están presentes cuatro de los siete criterios. Siempre y cuando del criterio número uno al cuatro, estén presentes por al menos 6 semanas. Estos son los siete criterios:

-  Rigidez matutina de al menos una hora de duración.
-  Artritis en 3 o más articulaciones.
-  Artritis de las articulaciones de la mano.
-  Artritis simétrica.
-  Nódulos reumatoideos.
-  Cambios radiológicos compatibles con AR.
-  Factor reumatoide positivo.

TRATAMIENTO

-  Educación al paciente
-  Medicamentos
 - Antiinflamatorio no esteroideo.
 - Esteroides.
 - Fármacos modificadores de la actividad de la enfermedad.

- Terapias biológicas

 Rehabilitación consta de 3 fases:

- **Aguda.**

Tratamiento postural. Baño matutino. Ejercicios respiratorios. Masajes descontracturantes. Ejercicios isométricos. Movilización articular. Uso de férulas y apoyo. Agentes físicos (crioterapia, electroterapia (TENS, Campo magnético-Láser).

- **Subaguda.**

Todo lo anterior. Termoterapia (calores superficiales). Movilizaciones activas-asistidas (sesiones cortas). Masoterapia. Ejercicios de estiramiento para prevenir contractura. Ejercicios para aumentar la movilidad según la tolerabilidad al dolor. Hidroterapia. Terapia ocupacional. Compensación psicológica. Balneoterapia.









- **Crónica.**

Ejercicios de fortalecimiento con resistencia. Programa de entrenamiento diario en el hogar. Terapia ocupacional. Compensación psicológica. Balneoterapia. Readaptación a la vida social y profesional.




 Cirugía

- Artroscopía
- Artrodesis
- Reemplazo articular parcial o total






OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

-  Aliviar el dolor
-  Disminuir la inflamación
-  Corrección postural
-  Preservar y ganar en movilidad articular
-  Prevenir deformidades
-  Aumentar capacidad respiratoria
-  Compensación psicológica
-  Reincorporación socio- socio-laboral.

Los objetivos principales de la terapia ocupacional y el cuidado en equipo son ayudar a los pacientes para:

-  Aprender a vivir con la AR
-  Mejorar y conservar su estado psicológico.
-  Mantener las actividades y los roles valorados

El tratamiento por un equipo multidisciplinario es esencial e incluye:

-  Instrucción sobre la enfermedad, su tratamiento y el autocuidado.
-  Soporte psicosocial mantenido a largo plazo
-  Alivio de los síntomas y prevención o disminución de la progresión de la enfermedad.
-  Conservación de la mejor función articular posible.
-  Modificación del medio ambiente y de las actividades, para adaptarlos a las necesidades del individuo.

**GUÍA DE VALORACIÓN 14 NECESIDADES DE VIRGINIA
HENDERSON**

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre _____ Edad: ____ Peso: _____ Talla:
____ Fecha de nacimiento: _____ sexo: _____ Ocupación:
_____ Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____
Hora: _____ Procedencia: _____ Fuente de
información: _____ Fiabilidad: (1-4): ____ Miembro de la
familia / persona significativa: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1 Necesidades básicas de oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca: _____ Dolor
asociado con la Respiración: _____ Fumador:
_____ Desde cuándo fuma/cuántos cigarros al día/varía la
cantidad según su estado emocional: _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características:

Tos productiva/seca: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____ Otros: _____

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____ Número de comidas diarias:
_____ Transtornos digestivos: _____ Intolerancia
alimentaria/alergias _____ Problemas de la
masticación y deglución: _____ Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____ Membranas
mucosas hidratadas/secas: _____ Características de
uñas/cabello: _____ Funcionamiento neuromuscular y
esquelético: _____ Aspecto de los dientes y encías: _____
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____ Otros: _____

c) eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ características de las heces y orina
_____ Menstruación: _____
Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: _____
Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____ Dolor al
defecar/menstruar/orinar: _____ Cómo influyen
las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen/características: _____ Ruidos intestinales: _____
Palpación de la vejiga urinaria: _____ Otros: _____

Termorregulación

Subjetivo

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio/tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____ Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____ Otros: _____

2.- Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____ Actividades

en el tiempo libre: _____ Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: _____

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: _____

Posturas: _____ Ayuda para la deambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____ Presencia

de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____ Otros: _____

b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____ Horas de
descanso: _____ Horas de sueño: _____ Siestas: _____
Ayudas: _____ ¿Padece insomnio? _____ A qué considera que se
deba: _____ ¿Se siente
descansado al levantarse?: _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: _____ Ojeras: _____
Atención: _____ Bostezos: _____ Concentración: _____ Apatía:
_____ Cefaleas _____ Respuestas a estímulos: _____
Otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivos:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?:

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?:

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?:

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?:

Objetivo:

Vestirse de acuerdo a su edad: _____ Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____ Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____ Otros: _____

c) necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia del aseo: _____ Momento preferido para el baño: _____ Cuántas veces se lava los dientes al día: _____ Aseo de manos antes y después de comer: _____ Después de eliminar: _____ ¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: _____

Objetivo:

Aspecto general: _____ Olor corporal: _____ Halitosis: _____ Estado del cuero cabelludo: _____ Lesiones dérmicas, qué tipo: _____ Otros: _____

d) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: _____ Cómo reacciona ante una situación de urgencia: _____ ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: _____ En el hogar: _____ En el trabajo: _____ ¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: _____ Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivos:

Deformidades congénitas: _____ Condiciones del ambiente del hogar: _____ Trabajo: _____ Otros: _____

3.- Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____ Vive con: _____ Preocupaciones/estrés: _____ Familiares: _____ Otras personas que pueden ayudar: _____ Rol en la estructura familiar: _____ Comunica sus problemas debidos a la enfermedad/estado: _____ Cuánto tiempo pasa sola: _____ Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo:

Habla claro: _____ Confusa: _____ Dificultad en la visión: _____ Audición: _____ Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: _____ Otros: _____

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____ ¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: _____ Principales valores en su familia: _____ Principales valores personales: _____ ¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: _____

Objetivo

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____ ¿Permite el contacto físico?: _____ ¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?: _____ Otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo

¿Trabaja actualmente?: _____ Tipo de trabajo: _____ Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica al trabajo: _____ ¿Está satisfecho con su trabajo?: _____ ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?: _____ ¿Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega?: _____

Objetivo

Estado emocional calmado/ ansioso/ enfadado/ retraído/ temeroso/ irritable/ inquieto/ Eufórico: _____ Otros: _____

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realizan en su tiempo libre: _____
¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: _____ ¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?: _____ ¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____ ¿Rechaza las actividades recreativas?: _____ ¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?: _____
Otros: _____

e) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: _____ Problemas de aprendizaje: _____
Limitaciones cognitivas: _____ Tipo: _____ Preferencias: leer/escribir: _____ ¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: _____ ¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo?: _____ ¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: _____ Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____ Órganos de los sentidos: _____ Estado emocional/ansiedad/dolor: _____ Memoria reciente: _____ Memoria remota: _____ Otras manifestaciones: _____

TEST DE DUELO DE MARCO POLO SCOTT

El test de duelo Polo Scott que nos permite establecer estrategias de trabajo con base en las necesidades presentes de la persona en duelo. El test permite conocer en el aquí y ahora la situación que un paciente vive a partir de una pérdida significativa desde las cuatro áreas mas importantes del desarrollo del ser humano.

Para su realización se elaboro un cuestionario base de 131 preguntas clasificadas en ítems:

- 60 preguntas de tipo psicológico
- 23 preguntas de tipo social
- 15 preguntas de tipo físico
- 33 preguntas de tipo espiritual

Algunas de las preguntas fueron eliminadas y otras modificadas, en virtud de que en el momento de calificar el cuestionario no resultaron significativas para ser consideradas, dado que la puntuación obtenida fue baja; por lo tanto, el resultado final fue de 40 preguntas, las cuales quedaron divididas de la siguiente manera:

- Área psicológica: 12 preguntas
- Área social: 12 preguntas
- Área física: 8 preguntas
- Área espiritual: 8 preguntas

Área social

1. Todos dependen de mi
2. Estar solo es mejor
3. Necesito la aprobación de mis seres queridos

4. Me siento solo
5. Evito ir a reuniones sociales
6. No sé colocar límites con los demás
7. Me molesta lo que dicen los demás
8. Necesito que los demás me quieran
9. Dependo de los demás
10. Tengo la sensación de ser rechazado
11. Siento que todo se aprovechan de mi
12. Nadie me quiere

Área psicológica

1. Evito recordar ciertas cosas
2. Me siento triste
3. Constantemente lloro
4. Todo me da sentimiento
5. Siento miedo
6. Pienso que todo está en mi contra
7. Tengo miedo a morir
8. Consumo alcohol, drogas o pastillas para sentirme mejor
9. He pensado o tratado de suicidarme
10. Recuerdo en cada momento lo sucedido
11. Solo pienso en tragedias
12. Siento un gran vacío

Área física

1. Despierto durante la noche
2. Ahora como más que antes
3. Estoy más cansado de lo normal

4. Últimamente me cuesta trabajo levantarme de la cama
5. Mi deseo sexual ha disminuido o ha aumentado
6. Siento palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
7. Siento un vacío o malestar en el estómago
8. Siento que me ahogo o me falta el aliento

Área espiritual

1. Dios no existe
2. Ahora siento que creo en cosas diferentes
3. Dejé de creer en lo que me enseñaron mis padres
4. A partir de lo que viví mis creencias cambiaron
5. Ya no sé en quién creer
6. Después de esta vida no existe nada
7. Si Dios existiera no pasarían cosas malas
8. Estoy enojado con Dios

La forma de evaluación de las preguntas se determino por la escala Likert, en función de que nos permite calificar de forma mas sencilla y clara.

El Test de Duelo esta dividido en 3 partes:

1. Sección de afirmaciones que el paciente responde en función de una escala de Likert que considera los siguientes puntos:
 - a) Totalmente de acuerdo (5)
 - b) Ligeramente de acuerdo (4)
 - c) Ni si ni no (3)
 - d) Ligeramente en desacuerdo (2)

- e) Totalmente en desacuerdo (1)
2. Hoja de calificaciones en la cual se descargan las puntuaciones obtenidas de acuerdo al área específica (física, psicológica, social y espiritual). Con la intención de valorar las cuatro áreas con los mismos porcentajes, se estableció un coeficiente (.66) en el área psicológica y el área social.
 3. Cuadro de evaluación. Consiste en un cuadro dividido en 4 partes, cada una de ellas representa un área específica a evaluar, lo que nos permite determinar qué área o áreas se encuentran afectadas por la pérdida significativa que está viviendo el paciente y establecer las posibles estrategias terapéuticas, considerando el trabajo con base en la necesidad principal que presenta en el aquí y ahora.

Ejercicios Respiratorios

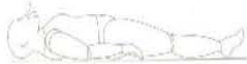
MATERIAL: Un cojín grande y un costal con 5 kg. de peso.

1. POSICION:

Acostado boca arriba.

Brazos a los costados, expulse lentamente el aire por la boca contrayendo los músculos abdominales y deprimiendo el abdomen, luego relaje los abdominales y tome aire por la nariz.

Repetir 10 veces.

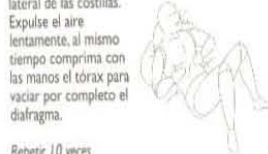


2. POSICION:

Acostado boca arriba.

Rodillas flexionadas, la cabeza y los hombros descansando sobre un cojín, las manos se colocan en la parte lateral de las costillas. Expulse el aire lentamente, al mismo tiempo comprima con las manos el tórax para vaciar por completo el diafragma.

Repetir 10 veces.



3. POSICION:

Acostado boca arriba.

Rodillas flexionadas, inspire soportando una carga de 5 kg. colocada sobre el abdomen (guiando el peso con las manos), haga una pausa en cada posición (arriba y abajo) sople mientras se deprime el abdomen.

Repetir 10 veces.



4. POSICION:

Acostado boca arriba.

Rodillas flexionadas, manos entrelazadas atrás de la nuca y brazos abiertos. Inspire por la nariz y exhale lentamente por la boca al mismo tiempo que cierra sus brazos intentando tocar codo con codo.

Repetir 10 veces.



5. POSICION:

Acostado boca arriba.

Rodillas flexionadas, inspire por la nariz inflando el abdomen; al mismo tiempo que lleva las piernas hacia el pecho exhale lentamente por la boca.

Repetir 10 veces.

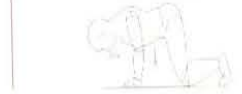


6. POSICION:

A gatas.

Tome aire por la nariz a fondo, haga una pausa conteniendo el aire y contraiga el abdomen, suelte el aire por la boca y relaje el abdomen.

Repetir 10 veces.



7. POSICION:

Sentado, recargado en el respaldo de la silla.

Manos entrelazadas atrás de la nuca. Inspire por la nariz inflando el abdomen y exhale por la boca juntando los codos y flexionando la cabeza.

Repetir 10 veces.



8. POSICION:

Sentado.

Inspire por la nariz con los brazos extendidos por arriba de la cabeza, exhale por la boca y al mismo tiempo inclínete hacia el frente intentando tocar con las manos el piso.

Repetir 10 veces.



9. POSICION:

De pie.

Recargado en la pared, brazos relajados a los lados del cuerpo. Inspire por la nariz inflando el abdomen, inclínete hacia adelante exhalando al mismo tiempo el aire por la boca.

Repetir 10 veces.



Miembro Superior Muñeca - Mano

Material: una pelota blanda, plastilina previamente amasada, una liga.

Nota: Todos los ejercicios se realizarán sentado frente a una mesa.

1. Ponga palma de su mano sobre la mesa y con la mano contraria sostenga su antebrazo. Levante su mano sin despegar el brazo de la mesa.

Repetir 20 veces con cada mano.



2. Ponga el dorso de su mano sobre la mesa y con la mano contraria sostenga su antebrazo. Levante su mano sin despegar el brazo de la mesa.

Repetir 20 veces con cada mano.



3. Apoye su codo flexionado sobre la mesa, de tal forma que su mano empuñada quede frente a su cara. Con la mano contraria sostenga su antebrazo. Con el puño cerrado haga círculos hacia la derecha.

Repetir 20 veces con cada mano.



4. Apoye su codo flexionado sobre la mesa, de tal forma que su mano empuñada quede frente a su cara. Con la mano contraria sostenga su antebrazo. Con el puño cerrado haga círculos hacia la izquierda.

Repetir 20 veces con cada mano.



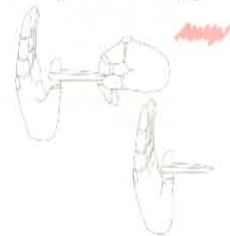
5. Tome la pelota con una mano y comprímala lo más fuerte que pueda.

Repetir 20 veces con cada mano.



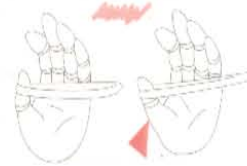
6. Coloque un extremo de la liga en la yema de su dedo pulgar, sostenga el otro extremo de la liga con su otra mano y manténgala tensa. Jale el pulgar hacia la palma de su mano.

Repetir 15 veces con cada pulgar.



7. Coloque un extremo de la liga en la uña de su dedo pulgar, sostenga el otro extremo de la liga con su otra mano y manténgala tensa. Jale el pulgar alejándolo del resto de los dedos.

Repetir 15 veces con cada pulgar.



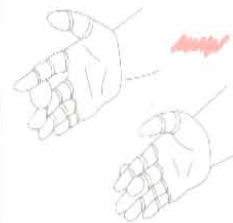
8. Junte los dedos desde el índice hasta el meñique y coloque la liga alrededor de los mismos. Separe los dedos entre sí con fuerza de tal modo que se estire la liga.

Repetir 15 veces con cada mano.



9. Coloque trozos de plastilina previamente amasada entre cada dedo y haga presión con los dedos estirados de tal forma que se aplaste cada trozo (meñique con anular, anular con medio, medio con índice e índice con pulgar).

Repetir 10 veces con cada par de dedos.



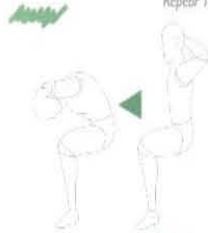
Columna Dorsolumbar

NOTA: Los ejercicios que se realizan acostado deben practicarse sobre una superficie semlrígida; p.e., colchoneta o alfombra.

1. POSICION:

Sentado con las piernas separadas y pies apoyados en el piso. Entrelace sus manos por detrás de la cabeza, doble cuello y espalda hacia abajo empujando con las manos.

Repetir 10 veces.



2. POSICION:

De pie. Piernas ligeramente separadas, mirando al frente suba los brazos, con movimientos alternados de uno y otro brazo, trate de tocar el techo estirando los costados sin despegar los pies del suelo y sin mirar hacia arriba.

Repetir 10 veces con cada brazo.



3. POSICION:

De pie. Piernas ligeramente separadas, levante los brazos con los codos flexionados y entrelace las manos frente al pecho. Gire el tronco hacia un lado y otro llevando la mirada por detrás del hombro sin despegar los pies del suelo y sin girar la pelvis.

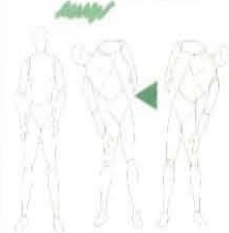
Repetir 10 veces hacia cada lado.



4. POSICION:

De pie. Piernas ligeramente separadas, brazos relajados a los lados del cuerpo. Incline el tronco hacia un lado y otro (sin doblar rodillas) deslizando la mano sobre la pierna, tratando de llegar lo más bajo posible sin despegar los pies del suelo.

Repetir 10 veces hacia cada lado.



5. POSICION:

De pie. Piernas ligeramente separadas, ponga una mano en la cintura y lleve la otra por encima de su cabeza inclinando el tronco lateralmente, sin despegar los pies del suelo.

Repetir 10 veces hacia cada lado.



6. POSICION:

Acostado boca arriba. Piernas dobladas y pies apoyados en el piso, lleve las dos piernas al mismo tiempo hacia el pecho y abrácelas. No levante la cabeza del piso.

Repetir 15 veces.



7. POSICION:

Acostado boca arriba. Piernas dobladas y pies apoyados sobre el piso, brazos cruzados sobre el pecho. Despegue los hombros del suelo haciendo el esfuerzo con el abdomen. No flexione el cuello. Mantenga la vista en el techo.

Repetir 15 veces.



8. POSICION:

Cuatro puntos. Relaje la espalda manteniendo los codos estirados y la vista al frente. En seguida intente formar un arco empujando la espalda hacia arriba y flexionando el cuello hacia abajo.

Repetir 15 veces.



9. POSICION:

Hincado, glúteos sobre talones. Con los brazos al frente, flexione el tronco hacia abajo sin despegar los glúteos de los talones, estírese lo más que pueda y vuelva a la postura inicial, deslizando las manos sobre el piso.

Repetir 15 veces.



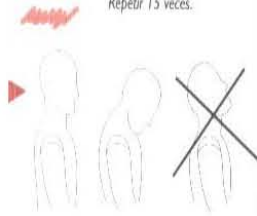
Columna cervical

1. POSICION:

Sentado con las piernas separadas
Sentado o de pie.

Con la cabeza alineada con los
hombros, flexione el cuello hacia adelante hasta
que la barbilla toque el pecho. No lleve la cabeza
hacia atrás.

Repetir 15 veces.



2. POSICION:

Sentado o de pie.

Con la cabeza alineada con los
hombros. Gire la cabeza hacia ambos lados,
levando la mirada hacia un lado y otro por
encima de los hombros.

Repetir 15 veces.



3. POSICION:

Sentado o de pie.

Con la cabeza alineada con los
hombros. Flexión lateral del cuello, tratando de
tocar el hombro con la oreja, sin subir los
hombros.

Repetir 15 veces.

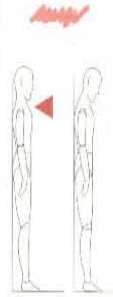


4. POSICION:

De pie.

La espalda y la
cabeza pegados a la pared,
pies ligeramente separados
de la misma. Sin despegar
la cabeza de la pared, trate
de mirar la punta de sus
pies hasta sentir
estiramiento de los
músculos de la parte
posterior del cuello.

Repetir 15 veces.

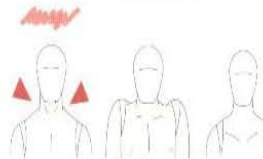


5. POSICION:

De pie.

Con los brazos relajados a los lados del
cuerpo, suba los hombros; manténgalos arriba 5
segundos y suéltelos.

Repetir 15 veces.

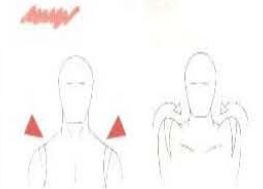


6. POSICION:

De pie.

Con los brazos relajados a los lados del
cuerpo, haga con los hombros círculos hacia el
frente.

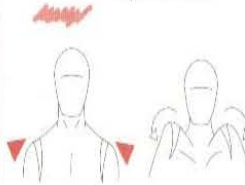
Repetir 15 veces.



7. POSICION:

De pie.
Con los brazos relajados a los lados
del cuerpo, haga con los hombros círculos hacia
atrás.

Repetir 15 veces.

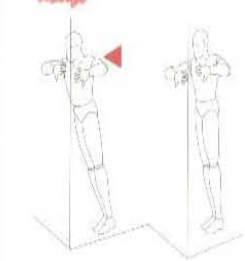


8. POSICION:

De pie frente a un rincón.

Apoye los antebrazos en las
paredes, con los puños a la altura de los
hombros y ligeramente más abiertos que el
ancho de sus hombros, pies separados de la
pared 30 cm aproximadamente. Incline el
cuerpo hacia adelante intentando tocar el
rincón con la cara sin flexionar el cuello.

Repetir 15 veces.



9. POSICION:

De pie.

Entrelace sus manos atrás de la cintura,
despegue los brazos (con los codos estirados)
de la espalda intentando unir los omóplatos, sin
inclinarse el cuerpo hacia adelante.

Repetir 15 veces.



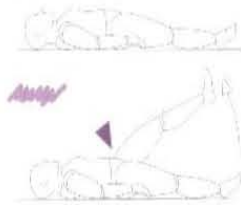
Miembro Inferior Cadera - Rodilla

1. POSICION:

Acostado boca arriba.

Con la rodilla estirada levante una pierna lo más alto que pueda y bájela, alterne con la otra pierna.

Repetir 15 veces con cada pierna.

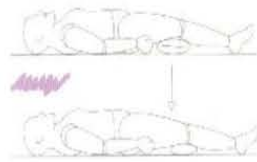


2. POSICION:

Acostado boca arriba.

Coloque un cojín pequeño debajo de su rodilla y comprímalo hacia abajo haciendo el esfuerzo con el muslo.

Repetir 20 veces con cada pierna.

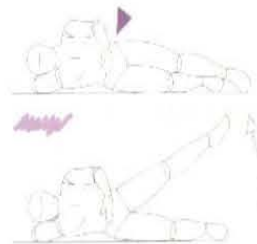


3. POSICION:

Acostado de lado.

Semiflexione la pierna que queda abajo, la de arriba estírela y elévela lo más que pueda sin doblar la rodilla.

Repetir 15 veces con cada pierna.

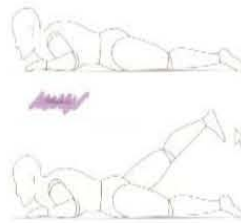


4. POSICION:

Acostado boca abajo.

Con la rodilla estirada levante una pierna lo más alto que pueda haciendo el esfuerzo con el glúteo, bájela y alterne con la otra pierna.

Repetir 15 veces con cada pierna.



5. POSICION:

De pie.

Tome con las dos manos el respaldo de una silla. Abra y cierre una pierna estirada cruzando por delante de la pierna que está estática.

Repetir 15 veces con cada pierna.



6. POSICION:

De pie.

Tome con una mano el respaldo de una silla. Flexione y eleve la cadera y la rodilla y abra la pierna doblada en el aire.

Repetir 15 veces con cada pierna.

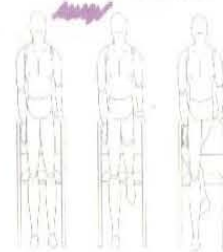


7. POSICION:

De pie.

Tome con una mano el respaldo de una silla. Flexione y eleve la cadera y la rodilla y cierre la pierna doblada en el aire.

Repetir 15 veces con cada pierna.

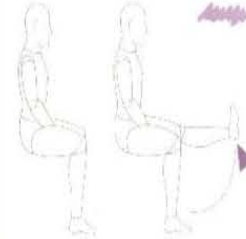


8. POSICION:

Sentado.

Estire la pierna haciendo fuerza con el muslo, dirigiendo la punta del pie hacia el techo.

Repetir 15 veces con cada pierna.



9. POSICION:

Sentado.

Estire la pierna haciendo fuerza con el muslo, dirigiendo la punta del pie hacia dentro.

Repetir 15 veces con cada pierna.



BIBLIOGRAFÍAS

1. KATHLEEN Stassen Berger, Psicología del Desarrollo, Séptima Edición, Editorial Panamericana, 2008, pp. 85-165
2. FEIST Jess, Teorías de la Personalidad, Sexta Edición, Editorial McGraw Hill, 2007, pp. 256-257
3. TURNER Annie, Terapia Ocupacional y Disfunción Física, Quinta Edición, Editorial Elsevier, 2003, pp. 543-563
4. BROWN Judith, Nutrición en las Diferentes Etapas de la Vida, Tercera Edición, Editorial McGraw Hill, México, 2008
5. ROTH Ruth, Nutrición y Dietoterapia, Novena Edición, Editorial McGraw Hill, 2007
6. HARRISON Tinsley Rundolph, Medicina Interna, Quinta Edición, Ediciones Científicas, México, 1979
7. FONSECA Constanza Galia, Manual de Medicina de Rehabilitación, Primera Edición, Editorial Manual Moderno, Colombia, 2002
8. ACKLEY Betty J., Manual de Diagnósticos de Enfermería, Séptima Edición, Editorial Elsevier, España, 2007
9. MARRINER Tomey Ann, Modelos y Teorías en Enfermería, Sexta Edición, Editorial Elsevier, España, 2007
10. KOZIER, B, et al. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Practica Quinta Edición, volumen 1 Editorial McGraw Hill Interamericana, México 1999
11. ROSALES Barrera Susana, Fundamentos de Enfermería, Editorial Manual Moderno S. A. de C. V., Tercera Edición, México D.F.
12. KEROUAC Suzanne, El Pensamiento Enfermero, Editorial Masson, Barcelona, 2005

13. MARRINER, TA, Raile, AM. Modelos y teorías de enfermería. Cuarta Edición, Editorial Harcourt Brace, España, 1999. 555 pp.
14. SMILES, J. Historia de la Enfermería. Editorial Aguaclara, España, 1999. 375 p
15. GARCÍA, GM de J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. 1º Edición. Editorial Progreso, México, 1997. 323 pp.
16. ALMEDIA De Jara Elsa, Manual de la Enfermería, Editorial Cultural, Perú, 2005, 927 pp.
17. NANDA, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2005-2006, Madrid, España.
18. NANDA, Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación, 2009-2011, Madrid, España.
19. PERRY-POTTER.- Fundamentos de enfermería 15ª edición, editorial Harcourt Madrid España 2002
20. MORRIS Charles; Psicología; Decimotercera Edición; Editorial Pearson; México; 2009
21. PEREZ Lizaur Ana Bertha; Manual de Dietas; Ediciones Científicas; Mexico;2005
22. RODRIGUEZ Sánchez Bertha Alicia; Proceso de Enfermería; Ediciones Cuellar; 2000
23. TORTORA Grabowski; Principios de Anatomía y Fisiología; Novena Edicion; Editorial Oxford; Mexico;2005
24. MOHAMED Carolina; El Profundo Dolor del Adios; Segunda Edicion; Editores Mexicanos Unidos;México;2008
25. SHARMA Robin S.;El Monje que Vendió su Ferrari;Primera Edicion; Editorial De Bolsillo;Mexico;2007



Escuela de Enfermería de Zamora, A. C.

Incorporada a la U N A M

Martínez de Navarrete 611 Tel 51- 2-07-60 Zamora Mich.

CLAVE 8723

La Dirección de la Escuela de Enfermería de Zamora A.C. con estudios incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México clave 8723, autoriza su impresión de tesis A:

GARCIA NUÑEZ ROSA ISABEL

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
DOMICILIARIO APLICADO A ADULTA JOVEN
CON ALTERACION EN LA NECESIDAD DE MOVERSE,
RELACIONADO CON ARTRITIS REUMATOIDE

Se extiende la siguiente a solicitud de las interesadas para los usos legales que a ellas convengan en la Ciudad de Zamora Michoacán, el día 4 del mes octubre del año 2011

ATENTAMENTE

LEO. Ignacia Escalera Mora

Directora