



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



CLAVE: 8723

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
INTRADOMICILIARIO, APLICADO A USUARIA CON
ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MARÍA TRINIDAD TAMAYO PULIDO

N°. CUENTA 409522839

ASESORA

L.E.O MARÍA ELENA RODRÍGUEZ GARCÍA

ZAMORA DE HIDALGO MICHOACÁN, OCTUBRE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



CLAVE: 8723

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
INTRADOMICILIARIO, APLICADO A USUARIA CON
ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MARÍA TRINIDAD TAMAYO PULIDO

Nº. CUENTA 409522839

ASESORA

L.E.O MARÍA ELENA RODRÍGUEZ GARCÍA

ZAMORA DE HIDALGO MICHOACÁN, OCTUBRE 2013

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

De igual manera, dedico este proceso a mi madre que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo que me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mi padre, quien con sus consejos me ha conducido para culminar mi carrera profesional

A mi familia en general, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

A mis profesores, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar doy infinitamente gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.

Agradezco también la confianza y el apoyo brindado por parte de mi madre, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mi padre, que siempre estuvo ahí con paciencia para darme un consejo, aceptándome y amándome mucho desde el principio. Y que sé que ahora estará muy orgulloso de mí.

Agradezco especialmente a mis hermanas, a mi abuelita Rosa por su apoyo incondicional en el transcurso de mi carrera universitaria, por compartir momentos de alegría y tristeza demostrándome que siempre podría contar con ellos.

A la institución por la formación brindada por este tiempo y a la madre María Elena por toda la colaboración brindada, durante la elaboración de este proyecto.

ÍNDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTOS	II
ÍNDICE	III

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN	7
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVOS	11
METODOLOGÍA	12

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

TANATOLOGÍA

a) Concepto	13
b) Origen y desarrollo de la tanatología	14
c) La muerte	16
d) Duelo	18
e) Tipos de duelo	19
f) Etapas del duelo	21
g) El surgimiento de la nueva tanatología	24
h) ¿En qué puede ayudar un tanatólogo?	25
i) Campos de aplicación de la tanatología	26
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	28

ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO	
1. VALORACIÓN	30
2. DIAGNÓSTICO	32
3. PLANEACIÓN	35
4. EJECUCIÓN	37
5. EVALUACIÓN	38
MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON	39
1. Metaparadigma de enfermería	39
CAPÍTULO III	
APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO	42
VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES	45
ANÁLISIS DE DATOS SIGNIFICATIVOS	49
JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES	51
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	52
PLAN DE CUIDADOS	54
CONCLUSIONES	73
BIBLIOGRAFÍAS	75
ANEXOS	79

INTRODUCCIÓN

El cuidado de enfermería es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la promoción y restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos. El cuidado de enfermería se lleva a cabo gracias a la relación de colaboración entre la enfermera y el usuario.

En tiempos pasados los cuidados de enfermería se realizaban de manera intuitiva, no sistematizada. Con Florencia Nightingale se inició una nueva etapa, conocida como etapa profesional de los cuidados, en la que progresivamente se han incorporado métodos más refinados, basados en un conjunto de conocimientos, que permiten tener un juicio y un fundamento para modificar actos de acuerdo con cada situación específica. Esta práctica se aplica con el proceso de atención de Enfermería (PAE), que proporciona un método lógico y racional, para que la enfermera organice la información de tal manera que, el cuidado de enfermería sea eficiente y eficaz.

El proceso de atención de enfermería constituye un conjunto de acciones que conducen a una meta determinada, todas las fases del proceso están relacionadas entre sí, afectan al todo y se producen en forma secuencial. La valoración conduce al diagnóstico, éste, a la planificación, y la planificación a las intervenciones de enfermería, y a la evaluación.

Es importante señalar, que el PAE (proceso de atención de enfermería) tiene un enfoque holístico, que permite a las enfermeras prestar cuidados de forma sistemática, racional y lógica, considerando los problemas físicos, psicológicos y espirituales, así como los efectos de los mismos sobre el funcionamiento de la

persona como ser individualizado. El mantenimiento de este enfoque asegura que se cubran las necesidades del usuario, ayudando a la enfermera a adaptar las intervenciones al individuo, familia y/o comunidad, en lugar de hacerlo solamente con la enfermedad.

El presente trabajo comprende tres capítulos, en los que se describe el proceso de atención de enfermería intradomiciliario, aplicado a una paciente con alteración en la necesidad de comunicación. El capítulo I abarca la introducción, justificación, objetivos y metodología. El capítulo II, el contenido del marco teórico, describiendo el concepto de Tanatología, su origen y desarrollo, los tipos de duelo, las etapas del duelo de acuerdo con Elisabeth Kübler-Ross y Marco Polo Scot.

El capítulo III comprende la aplicación del proceso de atención de enfermería, basado en la teoría propuesta por Virginia Henderson. La descripción de las etapas del proceso y los cuidados proporcionados a la usuaria, con total discreción. Las intervenciones de enfermería se realizaron de acuerdo a las necesidades afectadas, detectadas por medio de la valoración, así como la redacción de un plan de cuidados encaminado a elevar la calidad de vida de la paciente, ayudando a la superación de su pérdida. Finalmente se agregan los anexos y la bibliografía consultada.

JUSTIFICACIÓN

La muerte es un proceso fisiológico normal, nacemos, crecemos, nos reproducimos y morimos. Sin embargo, cuando nos toca enfrentar este tipo de pérdidas, pareciera que nadie estamos preparados.

El ser humano a lo largo de su vida experimenta diversos tipos de pérdidas, por ejemplo, las pérdidas necesarias e inevitables, entre las que están: el desarrollo, la edad, la juventud, la salud. Las pérdidas personales: de la pareja por el divorcio o la viudez, la salud, un hijo, los padres, los hermanos. Las pérdidas sin reconocimiento social: de empleo, de un amigo, el novio, la juventud, un amante, objetos preciados, el cambio de casa o de ciudad. Y las pérdidas físicas, como la pérdida de la vista, el oído, la sensibilidad, el gusto, amputación de alguna extremidad del cuerpo, etc.

Todas estas pérdidas vividas a conciencia nos van preparando para asumir la pérdida de nuestra propia vida, o la pérdida de un ser querido. De manera especial en las últimas décadas por el incremento demográfico de la población de 60 años y más. En 1970 representó 3.7% de la población y, en 1990, ascendió a 4.2%. Para el año 2010 este grupo representaba 7.7% de la población total, y se estima que para el 2030 la población de la tercera edad alcanzará la cifra de 17 millones de personas. (Castro V. 1994)

El incremento demográfico de la población mayor de 60 años, trae consigo un incremento de enfermedades crónico-degenerativas, que culminan inevitablemente en defunciones. En lo que va del año, de enero hasta mediados de mayo de 2013, de acuerdo al informe que se lleva en el registro diario SIMO (sistema de informática médica operativa) del H.G.Z.#4, (Hospital General de Zamora N° 4), tenemos un total de 148 defunciones, de las cuales podemos afirmar, que no hubo un proceso de acompañamiento

tanatológico para los pacientes y sus familiares, debido a que la unidad no cuenta con personal suficiente, especializado en el área. Por ello, consideramos que es necesario brindar información y acompañamiento tanatológico, no solo a los usuarios y sus familias, sino también al personal de enfermería, debido a que nos encontramos en un ambiente de creciente negación y rechazo a este proceso natural. **SILES, J. (1999:102).**

En la comunidad educativa de enfermería, se está haciendo énfasis en la formación integral, humanística, retomando las costumbres y tradiciones de nuestros antepasados, que podían ver el proceso de la muerte como un premio por lo ya vivido, es decir, la aceptación y apoyo entre los familiares y amigos, cuando se suscitan dichas pérdidas.

El presente trabajo se realizó con la intención de brindar cuidados holísticos y de calidad, mediante el enfoque tanatológico, a una usuaria con duelo complicado para la superación del mismo, causado por una pérdida significativa en su vida, aplicando con la paciente algunas terapias tanatológicas. Aries. P. (1984: 124- 126).

OBJETIVOS

Objetivo General

- Brindar un cuidado holístico y de calidad a la señora Josefa, mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, de manera profesional y humanitaria, con bases científicas en el manejo del duelo complicado y otras bibliografías complementarias, que nos permitan dar respuesta al problema de salud por la pérdida vivida y así pueda reintegrarse al medio familiar y social.

Objetivos Específicos

- Identificar las necesidades reales y potenciales de la usuaria Josefa mediante la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- Establecer diagnósticos de enfermería en base a la taxonomía de la NANDA, de acuerdo a las respuestas humanas.
- Realizar un plan de cuidados tanatológicos individualizados, priorizando las necesidades afectadas.
- Ejecutar el plan de cuidados tanatológicos, cubrir las necesidades, creando un ambiente de confianza, respetando su individualidad, así como sus creencias y valores.
- Realizar actividades tanatológicas enfocadas a las diferentes áreas para brindar un cuidado integral.
- Evaluación constante de las respuestas humanas al plan de cuidados tanatológicos, revaloración e implementación de nuevas intervenciones de enfermería.

METODOLOGÍA

El trabajo se realizó siguiendo los pasos del Proceso de Atención de Enfermería, lo que nos garantiza un cuidado holístico e individualizado para la usuaria.

Se procedió a realizar la selección del paciente, pedimos su consentimiento para trabajar con ella explicándole el procedimiento. Se hizo la valoración de la usuaria mediante una entrevista directa basada en las 14 necesidades que Virginia Henderson propone en su teoría, se complementa la información mediante la aplicación del test de duelo de Marco Polo Scott, que resalta las esferas física, social, psicológica y espiritual. Detectando mayor daño en el área psicológica con 49 puntos y social con 40, de acuerdo con dicho cuestionario.

Una vez recabada la información se realiza la clasificación de los datos significativos, priorizando las necesidades afectadas. Se elaboran los diagnósticos de enfermería basados en la taxonomía NANDA 2009-2011. Se establece un plan de cuidados elaborando objetivos: general y específicos, que den respuesta a los problemas de salud de la paciente, y que permitan implementar intervenciones de enfermería individualizadas. Dichas intervenciones se fundamentan bibliográficamente, consultando libros de cuidados de enfermería, revistas electrónicas, terapias tanatológicas, etc.

Finalmente se realiza la evaluación de las respuestas humanas al plan de atención. Se elabora un cuadro que plasma los resultados de dichos cuidados, así como las sugerencias para el plan de alta.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO
TANATOLOGÍA

a) Concepto

El termino Tanatología viene del griego “thanatos” que significa muerte y “logos” que significa estudio o tratado. La tanatología es una disciplina científica siendo su principal objetivo es sanar el dolor y la desesperanza que se presenta cuando hay un desceso; trata de hacer más humano éste proceso y de brindar a la persona una buena muerte, así como poder proporcionar ayuda a los familiares del doliente para poder elaborar procesos de duelo. Bravo. M. (2006:7)

La tanatología es una ciencia que trabaja no solamente con las personas enfermas consideradas terminales y sus familiares, sino que también incluye a personas que hayan sufrido cualquier tipo de perdida, se basa en el principio de cuidar más allá de curar, siendo así un apoyo para el médico, que generalmente se enfoca al proceso fisiopatológico, dejando de lado a la persona como ser integral.

b) Origen y desarrollo de la tanatología

La muerte es un hecho inevitable y, el hombre al tener que afrontar esta situación que se presenta de forma cotidiana, ha tenido que aprender a lo largo de su evolución, a plantear esta temática desde otras formas de abordarla y otras perspectivas.

El aprender a enfrentar la muerte en su doble fase, ya sea como experiencia individual o de doliente, es aprender a asumir en toda su dimensión, nuestra propia humanidad. La tanatología toma en cuenta campos de acción que van desde la atención al paciente moribundo y su familia, hasta la elaboración del proceso de duelo debido a una pérdida significativa.

El término tanatología o “ciencia de la muerte” fu acuñado en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, a partir de ese momento, la tanatología se ha considerado como una rama de la medicina forense, que trataba de la muerte y de lo relacionado a cadáveres desde un punto de vista legal.

En 1930, luego de grandes avances en el campo de la medicina, comenzó un periodo en el que se confinaba en los hospitales a las personas próximas a morir y esto se generalizó más en la década de 1950. Así fue que el cuidado de los enfermos en fase terminal fue trasladado a las instancias hospitalarias, de tal forma, que la sociedad de esa época “ocultó” la muerte en un afán de hacerla menos visible, para no tener presente los horrores de la segunda guerra mundial.

Luego de la década de 1960 se llevaron a cabo estudios formales, principalmente en Inglaterra que mostraron que durante la muerte de un ser querido, la presencia de los familiares disminuyó solo el 25%. En esta época se hizo creer a las personas que la muerte era un suceso carente de importancia, y que al ocultarlo se le despojaba de un sentido fatídico, llegando a convertirse en

un hecho ordinario, tecnificado y programado, de forma tal que fue relegada y se le llegó a considerar sin significado alguno. Ob. Cit. (2006:7)

Posteriormente, a mediados del siglo pasado (1966) los médicos psiquiatras Eissler (en su obra *El Psiquiatra y el paciente moribundo*), y Elizabeth Kübler-Ross (en su libro *Sobre la muerte y los moribundos*) (1996) dieron a la tanatología otro enfoque que se ha mantenido en la actualidad y el cual se analizara posteriormente.

La Dra. Elizabeth Kübler-Ross es considerada la fundadora de la tanatología moderna, definiéndola como “una instancia de atención a los moribundos”, ya que fue ella quien observó cuales eran los fenómenos psicológicos que acompañaban a los enfermos en fase terminal durante el proceso de muerte.

Con su trabajo la Dra. Elizabeth Kübler-Ross hizo sentir a los enfermos agonizantes como miembros valiosos y útiles a la sociedad; con este objetivo fue que creó clínicas y hospices cuyo lema es “ayudar a los enfermos en fase terminal a vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas”.

El objetivo de la nueva tanatología es desarrollar, y fomentar de manera holística las capacidades del ser humano, de forma particular en los jóvenes, para que puedan enfrentar con éxito la difícil, pero a la vez gratificante tarea de afrontar los efectos devastadores de la “cultura de la muerte” a través de una existencia plena de sentido, creatividad y optimismo, en la que el trabajo sea un placer y el humanismo una realidad.

c) La muerte

La muerte, la interrupción definitiva de las funciones biológicas del ser vivo, es una verdad que no puede negarse. Es un fenómeno natural que representa el fin del ciclo de la vida, la muerte nos pone frente a la realidad de una existencia limitada.

Todo lo que existe está determinado por un ciclo de tiempo: las plantas, los animales y el ser humano nacen, crecen, se reproducen y muere, las estaciones del año tiene un inicio y un fin; etc.

Morir no es un fenómeno aislado o desconocido, durante mucho tiempo la sociedad ha buscado el comprender éste hecho y tratar de darle significado. Ejemplo de esto es el estudio que ha hecho la ciencia acerca de la muerte, intentando interpretar la utilidad biológica que ésta tiene.

Por otro lado, la representación que hace el hombre de la muerte y del más allá tiene siempre relación con la vida, con las diversas formas de vivir en cada época y con las creencias religiosas ligadas a ella.

Finalmente no puede hablarse de la muerte sin hacer mención de un sentido de búsqueda de trascendencia, y es aquí en donde la religión juega y ha cumplido un papel importante en la búsqueda de “alivio” ante un hecho inevitable, dándole su propio significado.

El tomar conciencia acerca de la muerte puede considerarse como una solución de angustia en las personas, ya que no es la muerte en sí misma, sino la representación anticipada de la misma lo que inspira terror y la angustia.

El aspecto fatal del tema de la muerte se pone de manifiesto si se concibe como una característica propia del ser vivo desde su origen. La angustia e incertidumbre que genera la muerte se debe a que muy pocas personas alcanzan el fin formal de su existencia, luego de haber cumplido el ciclo completo de la vida, con una vejez normal y que culmina en la pérdida del instante de la vida y la aparición del instante de muerte natural.

Por otro lado, se plantea un esquema de vida en el cual solo puede haber una culminación positiva de la misma, sólo si han resuelto favorablemente los conflictos propios de las fases procedentes del desarrollo del adulto; dando esto como consecuencia el poder enfrentarse a la muerte con un sentimiento de paz, plenitud e integridad en lugar de sentimientos de horror, desesperación y fracaso. Es decir, para aquellas personas que cumplieron sus metas durante su vida les es más fácil llegar y aceptar esta última etapa de la vida con más serenidad y conformidad.

Sin embargo, tratar de definir la muerte no es nada fácil, ya que implicaría tomar en cuenta varios ámbitos a la vez: biológico, legal, medico, religioso, social, etc. Todos ellos están entrelazados de manera compleja y cada uno intenta darle sentido. Hernández A. (2006:7)

d) Duelo

La palabra “duelo” viene del latín *lotus* (dolor) y “luto” viene del latín *lugere* (llorar); es decir el luto es la aflicción por la pérdida de un ser querido que se manifiesta con signos visibles externos, comportamientos sociales y ritos religiosos.

Es el proceso que se da como consecuencia de la pérdida de algo significativo para la persona: un ser humano, un animal, una cosa, una relación, una actividad, etc.

Regularmente éste proceso se inicia tiempo después a la pérdida, aunque en ocasiones puede iniciar en el momento de la noticia de la posible separación significativa.

Para Freud el duelo constituye un efecto normal, y a pesar de sus manifestaciones se desvíen de la conducta adaptativa, no pueden considerarse patológicas, pues serán superadas con el paso del tiempo, por lo que no es recomendable perturbar su proceso.

El proceso de duelo para Freud se caracteriza por un modo doloroso, es decir, la pérdida de interés de todo aquello del mundo exterior, que nos recuerde a lo perdido y la imposibilidad de entregarse al trabajo productivo; esto solo sucede cuando lo que se ha perdido fue de gran importancia para persona.

Existen distintos tipos de duelo que algunos autores han mencionado en sus estudios. Esto nos permitirá tener una visión más amplia para nuestro proceso enfermero. Scott M. (2007: 22-23).

e) Clasificación de tipos de duelo de marco Antonio Polo Scott

Duelo sano

Es aquel que presenta manifestaciones emocionales, que se dirigen hacia el ser querido, hacia otros o hacia el mismo, presentando alguno de los síntomas más frecuentes tales como son: dolor de cabeza, falta de energía, fatiga, incapacidad para concentrarse, trastornos del sueño o alimentación, aislamiento, llanto, etc.

Duelo complicado

Aparece en varias formas dándole diferentes nombres dependiendo del autor, se le ha clasificado en diversas categorías, las cuales van desde un duelo no resuelto, hasta el duelo conocido como inconcluso.

Duelo crónico

Este tipo de duelo va en relación directa con el tiempo en el que se supera, y han llegado a establecer fechas determinadas de duración para este tipo de duelo. En donde el autor polo Scott comenta en su libro psicoterapia Gestalt que la duración de un duelo es de 18 meses, de la cual el autor no está de acuerdo solo lo menciono por tener una idea de la duración. Scott. M. (2007:45)

Duelo Ausente

Se considera cuando la persona que lo experimenta no expresa sus emociones, está bloqueada o está bloqueando sus emociones.

Duelo al tiempo

Es cuando el paciente se desensibiliza y la persona a su tiempo inicia el proceso de elaboración y resolución del duelo cuando considera que tiene lo necesario para afrontarlo, regularmente lo hace de manera inconsciente.

Duelo adaptativo

Es un trastorno que se basa en la mala adaptación del individuo en un factor estresante, hasta el momento en el que el estresor cede o surge la adaptación a la nueva situación.

Duelo anticipado

Se realiza ante la posibilidad inminente de muerte o pérdida del ser querido, pero para que se pueda considerar anticipado deben existir las siguientes condiciones: enfermedades en fase terminal o en la que el pronóstico de vida sea desfavorable en corto tiempo.

Duelo real

Es activado por una situación de muerte o pérdida que ya se suscitó y la persona se percata del hecho de manera consciente o no consciente. Scott. M. (2007:44-54)

f) Etapas del duelo

Cuando perdemos a un ser querido, se inicia en nosotros de manera automática un proceso psicológico llamado “**Duelo**”. La psiquiatra **Elisabeth Kübler-Ross** fue una de las primeras profesionales en investigar este tema; describiendo por primera vez esas fases que atravesamos todos ante la pérdida. Y no solo por muerte de un ser querido, sino por cualquier pérdida (de trabajo, de estabilidad económica, etc.). Sin embargo es fundamental para entender por qué nos encontramos como nos encontramos, ante un suceso de estas características. Y para eso es necesario mencionar las fases del duelo que son las siguientes: Scott, M. (2007: 49-51)

1. Negación y aislamiento: La negación es solamente una defensa temporal para el individuo. Este sentimiento es generalmente reemplazado con una sensibilidad aumentada de las situaciones e individuos que son dejados atrás después de la muerte.
2. Ira: Una vez en la segunda etapa, el individuo reconoce que la negación no puede continuar. Debido a la ira, esta persona es difícil de ser cuidada debido a sus sentimientos de ira y envidia. Cualquier individuo que simboliza vida o energía es sujeto a ser proyectado resentimiento y envidia.
3. Pacto: La tercera etapa involucra la esperanza de que el individuo puede de alguna manera posponer o retrasar la muerte. Usualmente, la negociación por una vida extendida es realizada con un poder superior a cambio de una forma de vida reformada.

4. Depresión: la persona que está muriendo empieza a entender la seguridad de la muerte. Debido a esto, el individuo puede volverse silencioso, rechazar visitas y pasar mucho tiempo llorando y lamentándose. Este proceso permite a la persona moribunda desconectarse de todo sentimiento de amor y cariño.

5. Aceptación: Etapa final llega con la paz y la comprensión de que la muerte está acercándose. Generalmente, la persona en esta etapa quiere ser dejada sola. Además, los sentimientos y el dolor físico pueden desaparecer. Esta etapa también ha sido descrita como el fin de la lucha contra la muerte.

A continuación se mencionará las etapas de duelo que plantean diferentes autores que, aunque existe una equivalencia sólo parcial entre ellos, hay una progresión de fases que es común y que nos interesa, ya que lleva a la elaboración del duelo

ETAPAS DE DUELO			
Polo Scott	Elizabeth Kubler	Nancy O'connor	Issa Fonegra
<ul style="list-style-type: none"> • Desorganización del yo • Desorganización grave del yo • Reorganización • Reubicación del sistema 	<ul style="list-style-type: none"> • Negación • Ira • Pacto • Depresión • Aceptación 	<ul style="list-style-type: none"> • Ruptura de antiguos hábitos. • Inicio de reconstrucción de vida. • Búsqueda de nuevos objetos de amor 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitación • Confrontación • Restablecimiento

g) El surgimiento de la nueva tanatología

Las variantes tradicionales de la tanatología se ocupan de los cadáveres. La nueva Tanatología que surgió hace más de tres décadas, se ocupa de las personas: atención a los pacientes terminales, sus familias y allegados.

La persona que va a morir puede y debe ser asistida para aliviar el dolor y otros síntomas físicos y psíquicos provocados por la enfermedad y sus vicisitudes. Los *hospices* representan algo más que un lugar físico, en donde una persona va a morir con dignidad; es también una actitud frente al paciente y su familia, que siempre toma en cuenta lo siguiente:

- 1.- El control del dolor y de otros síntomas que se presenten.
- 2.- La persona con enfermedad terminal es una persona, no una cosa que puede manipularse, por lo tanto es el paciente el que participa activamente, junto con el equipo interdisciplinario de Tanatología que lo acompaña, en las decisiones fundamentales, como la continuación o no de un determinado tratamiento o el lugar donde recibirlo.
- 3.- El paciente tiene el derecho de saber el estado de su enfermedad y los tratamientos paliativos que le suministran. Esto no quiere decir que se lo abrume con información no solicitada, sino que un equipo sensible establece una buena comunicación con el paciente y su familia, contestando lo que el paciente pregunta, dicho de una forma veraz, pero teniendo en cuenta hasta donde esa persona puede tolerar esa información. Y en forma acumulativa.
- 4.- El apoyo a la familia, que es fundamental para poder ayudar a la persona con enfermedad terminal. Cada uno de los miembros de la familia reacciona con pautas individuales de acuerdo a su estructura psicológica, a la historia

personal y a los vínculos con el enfermo. Algunos tratarán de sobreprotegerlo y así lo aíslan o agobian con atenciones no solicitadas; otros desaparecen con distintas justificaciones. Se hacen a veces más evidentes los sentimientos negativos (rivalidad, rencores, etc.)

5.- El equipo actúa ayudando en los procesos de aflicción y duelo, detectando los casos de duelos patológicos, y sugiere la terapia adecuada. Bravo. M. (2006:4)

h) ¿En qué puede ayudarme un tanatólogo?

El tanatólogo es el profesional capacitado para ayudar en el proceso de duelo, así como en cualquier tipo de pérdida significativa, a la persona que muere y a aquellas que lo rodean.

Otra finalidad del tanatólogo, es procurar que al paciente o cualquier ser humano que sufra una pérdida se le trate con respeto, cariño, compasión y que conserve su dignidad hasta el último momento.

El tanatólogo debe de tener la capacidad para "ponerse en los zapatos del otro", con respeto, confidencialidad, cordialidad, en pocas palabras con calidad humana para poder ofrecer al paciente el apoyo que él busca.

El tanatólogo entiende, conoce el tema de la muerte y ayuda brindando apoyo durante todo el proceso de muerte, en la elaboración del duelo, así lograr vivirlo de una manera positiva. Bravo. . (2006:7)

i) Campos de aplicación de la tanatología

La Tanatología ayuda tanto a los pacientes terminales como a los familiares y allegados desde que el familiar es diagnosticado, durante el proceso y posterior a la muerte para la elaboración del duelo.

Así también la Tanatología se enfoca a cualquier pérdida significativa que tenga el ser humano, es por ello que la importancia de la Tanatología hoy en día es indiscutible, contemplando que a lo largo de nuestra vida enfrentamos diversos tipos de pérdidas, muertes, separaciones, pérdidas de miembros, pérdida de salud, de ilusiones ante una discapacidad, es por ello que su campo de acción es muy amplio.

De esta manera es necesario que varios especialistas en las diferentes ramas de la tanatología, trabajen tanto con la persona que se le está presentando la pérdida, como en las personas que lo rodean, trabajando en el entorno en donde está familiarizado y se siente más cómodo.

Estas son algunas de las ciencias y áreas que brindan apoyo profesional:

- **Médica:** cuya función es dar al enfermo aquellos paliativos que le permitan estar con el mínimo dolor y sufrimiento. (Cuidados Paliativos)
- **Tanatológica:** ayudando al enfermo en el aspecto emocional. También dando apoyo a sus familiares y allegados.
- **Legal:** para que el enfermo pueda dejar resueltos este tipo de asuntos.

- **Espiritual:** que puede incluir no solamente el aspecto religioso, sino también el aspecto espiritual del sentido de la vida, del sufrimiento o de la muerte.
Bravo. M. (2006:6)

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático y organizado, que permite prestar cuidados individualizados, eficaces y eficientes, orientados al logro de objetivos; precisa de teorías y conocimientos específicos. Por lo que también podemos decir, que es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera. Para poder desarrollarlo se necesitan conocimientos, habilidades y una actitud determinada, que garantice al profesional de enfermería brindar el cuidado integral del individuo, familia o comunidad, a través del proceso de enfermería, por lo que necesita del estudio de paradigmas, modelos, teorías y principios, que han guiado esta profesión desde Florence Nightingale hasta nuestros días.

La actitud de la enfermera para el desarrollo del PAE se corresponde con el deseo y la capacidad de cuidar, lo que implica: valorar qué es lo mejor para el paciente, respetar valores y creencias del mismo, implicación personal en el problema y una conducta profesional adecuada.

Los conocimientos de la enfermera para el desarrollo del PAE incluyen estudios en: promoción de la salud, crecimiento y desarrollo, salud mental/psiquiátrica, ética y legislación, investigación, educación sanitaria, comunicación, resolución de problemas, tecnología, anatomía y fisiología, cuidados de enfermería, patología, modalidades diagnósticas, farmacología, microbiología, bioquímica, ciencias físicas y sociales, y el propio PAE.

Las habilidades de la enfermera para el desarrollo del PAE incluyen habilidades manuales para procedimientos técnicos, habilidades intelectuales para resolver problemas y tomar decisiones y habilidades interpersonales con el fin de establecer buenas relaciones con los pacientes, compañeros y resto del personal sanitario.

El proceso de enfermería tiene las siguientes características:

- Es resuelto porque va dirigido a un objetivo.
- Es sistemático por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito.
- Es dinámico porque implica un cambio continuo, centrado en las respuestas humanas.
- Es interactivo por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente identificadas durante la relación enfermera- paciente.
- Es flexible, ya que se puede adaptar a cualquier situación que se ocupe de personas, grupos o comunidades.
- Posee una base teórica sustentada en una amplia variedad de conocimientos, incluyendo las ciencias y las humanidades, que pueden aplicarse a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería. Rosales S. (2008:226-227).

ETAPAS DE PROCESO ENFERMERO

El proceso enfermero es sistemático, secuencial, consta de 5 etapas. Debido a que es el ordenamiento lógico de las actividades que realiza el personal de enfermería sus etapas son: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación, las cuales deben ser flexibles, adaptables y aplicables en todas las situaciones, para promover el bienestar, contribuir a una mejor calidad de vida y la máxima satisfacción de las necesidades de la persona.

1. VALORACIÓN

Primera fase del proceso de enfermería tal vez la más importantes, ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida: una valoración precisa conduce a la identificación del estado integral del paciente, es aplicable a todos los individuos, familias y comunidades en donde se les proporcionara cuidados de calidad con bases sólidas apoyadas en conocimientos científicos de diversas disciplinas, teorías y normas de acción.

Esta etapa consta de cuatro pasos:

- Recogida de datos, exacta y completa.
- Validar datos.
- Organizarlos.
- Registrarlos.

La recogida de datos permite reunir información específica sobre el usuario. Donde se pueden obtener de maneras directas o primarias que son aquellas que obtenemos directamente del paciente e indirectas o secundarias que es aquella información que obtenemos de los familiares, amigos, vecinos, historia clínica o profesionales de la salud etc. Los datos recogidos se pueden clasificar en:

- Objetivos o subjetivos: los primeros son observables y mensurables; los segundos se refieren a ideas, sentimientos y percepciones.
- Generales o focalizados: pueden tratarse de información básica sobre todos los aspectos relevantes del estado de salud y situación de vida del usuario, o de datos pormenorizados sobre una situación.

Los métodos para obtener la información requerida son básicamente tres:

- Entrevista: es un interrogatorio metódico y organizado.
- Observación: es el uso sistemático de los sentidos para recibir información.
- Exploración física: es la valoración física mediante el uso de cuatro técnicas específicas:
 - a) Inspección: Es el método de exploración física que se efectúa por medio de la vista.
 - b) Palpación: es el proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto. Palpar consiste en tocar algo con las manos para conocerlo mediante el sentido del tacto. Este acto proporciona información sobre forma, tamaño, consistencia, superficie, humedad, sensibilidad y movilidad.
 - c) Percusión: Es un método en el que se golpea ligeramente ciertas partes del cuerpo durante un examen físico con los dedos, las manos o con pequeños instrumentos para evaluar el tamaño, consistencia, bordes y presencia o ausencia de líquido en los órganos del cuerpo.

- d) Auscultación: Es un método que se utiliza para escuchar los ruidos corporales durante un examen físico.

En la validación de los datos:

Se trata de asegurar que la información recogida en el paso anterior sea veraz y completa, a fin de evitar errores diagnósticos y conclusiones precipitadas.

En la organización de los datos:

Se agrupa la información obtenida y validada siguiendo el modelo de V. Henderson

El registro de los datos:

Consiste en plasmar por escrito toda la información obtenida y debe llevarse a cabo tan pronto como finalice la valoración, a fin de prevenir el olvido de información relevante. Este último paso de la etapa de valoración es de capital importancia para formular el diagnóstico y planificar la intervención enfermera, así como para asegurar la continuidad de los cuidados. Alfaro. R. (2003, Capítulos 1, 2 y 3.)

2. DIAGNÓSTICO

Es la segunda etapa del proceso enfermero que se produce como resultado de la valoración de enfermería y constituye una habilidad intelectual compleja.

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

Es un enunciado del problema real o potencial del paciente que requiere de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

Los diagnósticos de enfermería sirven de base para elegir las intervenciones encaminadas a lograr objetivos formulados en base a las necesidades del paciente. Rosales S. (2008:243-246)

Formato PES

Para escribir un diagnóstico de enfermería real, se recomienda usar el formato PES (Problema, etiología, signos y síntomas) para su descripción. Es una formulación en tres partes que incluye lo siguiente:

- El problema (P)
- La causa o etiología (E)
- Los signos y síntomas (características definitorias que son evidentes en el paciente)(S)

El formato PES es valioso por que identifica el problema y su etiología, además añade el concepto de validación, por la inclusión de los signos y síntomas. Se ha venido practicando hacía varios años en las escuelas de enfermería. Gail, B (2007: 1323)

Formato NANDA

Cada una de las categorías aceptadas por la NANDA, consta de 3 componentes: título, características definitorias y factores etiológicos o relacionados. Los tres componentes se describen de la siguiente forma: Carpenito, L (2000)

1. Título (etiqueta). Descripción breve del problema de salud.

2. Características definitorias: grupo de signos y síntomas que se ven en ese diagnóstico en particular.
3. Factores etiológicos: son aquellos factores situacionales, patológicos o de maduración que pueden causar el problema.

Diagnóstico real: Es el que reúne todos los datos que requieren para confirmar su existencia.

Problema de salud + etiología + manifestado por.

Diagnóstico de riesgo: una afirmación sobre el problema de salud que el cliente todavía no tiene, pero que está en un riesgo más que normal de desarrollarlo en un futuro cercano.

Problema de salud + factores contribuyentes.

Diagnóstico posible: una afirmación acerca de un problema de salud que el cliente podría tener ahora, pero que el personal de salud no puede establecer como real por que no tiene información suficiente.

Posible + problema de salud + etiología + manifestaciones.

Diagnóstico de salud: describe un aspecto del cliente que está a un bajo nivel de bienestar.

Potencial + etiqueta diagnostica + etiología + manifestaciones.

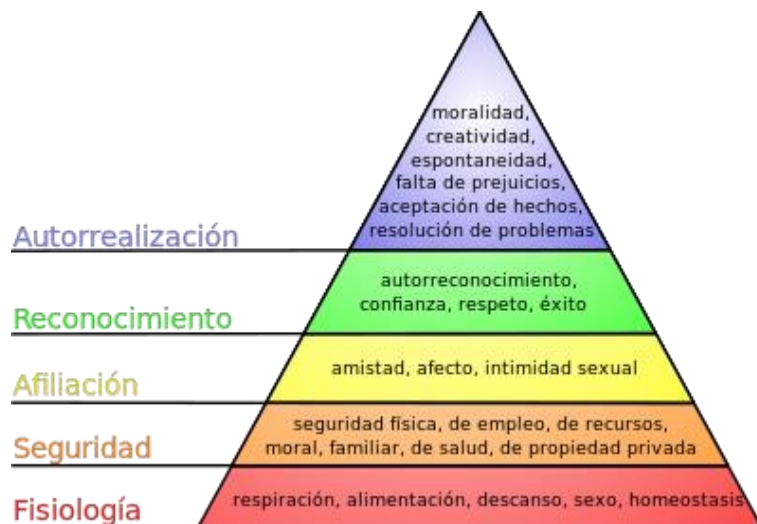
3. PLANEACIÓN

Es el momento para realizar un plan de atención y determinar que enfoque se utilizara para ayudar a solucionar, disminuir o reducir el efecto de los problemas del paciente. Existen 3 fases:

- Establecer prioridades
- Determinar los objetivos
- Planear las acciones de enfermería

Establecimiento de las prioridades: Es donde la enfermera determina qué diagnóstico enfermero presenta mayor amenaza para el bienestar del paciente, el establecer prioridades no significa que un problema debe resolverse completamente antes de poder considerar otro, es decir que la mayoría de los problemas suelen tratarse de manera simultánea. Lyer P. (1995: 125-127)

En base a la jerarquía de las necesidades de Maslow nos ayudara a orientarnos hacia la solución de la necesidad principal. Juan P. (2013)



Determinar objetivos: Es el resultado esperado de la atención de enfermería; es decir, lo que se desea lograr con el paciente y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó con el diagnóstico de enfermería.

Existen 2 categorías: a corto (en cuestión de horas o días) y largo plazo (meses a años).

Criterios para la formulación de un objetivo

Sujeto + verbo + criterios de realización + condiciones (si son necesarias) = enunciado del objetivo.

Planeación de las acciones de enfermería: son aquellas acciones que la enfermera planea hacer para ayudar al paciente a lograr un objetivo; en base a los siguientes lineamientos:

4. Las acciones de enfermería deben ser seguras para el paciente.
5. Las acciones deben ser congruentes con los tratamientos.
6. Las acciones de enfermería deben basarse en la integración de los principios y conocimientos adquiridos en una educación y experiencias previas de enfermería así como en las ciencias médicas y de la conducta. Murray, M (1985: 37)

4. EJECUCIÓN

Es la aplicación del plan de cuidados de enfermería al paciente, familia o comunidad de forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participa en su atención y sus familiares.

En esta etapa debe continuar la comunicación terapéutica para identificar otras necesidades y problemas, resultados de las acciones planeadas y determinar las modificaciones o posibles soluciones para su resolución. Rosales S. (2008:252-254)

Esta fase del proceso incluye 5 elementos:

- Validación del plan: es donde se pide el apoyo al profesional con más experiencia para que evalúe la estructura del plan que sea sólido e individualizado.
- Fundamentación científica en cada una de las acciones: la explicación de una teoría tiene que basarse en conocimientos científicos y no en simples conjeturas u opiniones.
- Otorgamiento de cuidados
- Continuidad: para no perder la secuencia de los cuidados
- Registro de éstos: como justificación de una evidencia sólida del trabajo realizado.

5. EVALUACIÓN

Es el proceso de valorar o revalorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería profesionistas que intervienen en su cuidado.

La evaluación tiene como propósitos:

- Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos.
- Juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

La evaluación debe ser un proceso continuo, formal y parte integral de cada uno de los componentes del proceso de enfermería, comenzando con la implementación, en donde el personal de enfermería observa la respuesta del paciente a los cuidados de enfermería y decide si los planes están ayudando o no al progreso de éste.

La revaloración se va a realizar cuando se identifican algunas variables que impidieron la ejecución del plan y que afectaron el logro de objetivos. Así, se fijan nuevos y realistas que permitan la identificar nuevas intervenciones o cambiar el entorno o momento a éstos.

Esta etapa es un factor clave para determinar procedimientos que ayudaran al personal de enfermería a proporcionar cuidados de calidad, ya que éstos han sido valorados, planificados y sistematizados, así como a promover la investigación en enfermería. Murray, M. (1993, 83-95)

MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

Nació en 1897 y estudió en Virginia (E.E.U.U.) Durante la primera guerra mundial empezó a interesarse por la Enfermería y se graduó en 1921. Se licenció como profesora de Enfermería y tuvo una larga carrera como autora y como investigadora. Entre sus obras más importantes está *The Principles and Practice of Nursing* cuya sexta edición se publicó en 1978. Este libro de texto fue utilizado por muchas escuelas de Enfermería para preparar sus programas formativos. Durante los ochenta, Henderson continuó su labor investigadora. Fue nombrada doctora *honoris causa* en más de nueve ocasiones. Murió a los noventa y ocho años. Su definición de Enfermería es conocida en todo el mundo y su trabajo continúa influyendo en la práctica, la enseñanza y la investigación. Sobre ella se escribió: “*Miss Virginia Avenel Henderson fue al siglo XX lo que Florence Nightingale fue al siglo XIX. Ambas escribieron una extensa obra que ha influido el mundo entero*”. Su obra sirvió como base para que la Enfermería se considerara una disciplina científica profesional.

1. Metaparadigma de enfermería

Enfermería: La función única de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que éste podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad y conocimiento necesarios. Además, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible.

Persona: Consideró al paciente como un individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables al igual que el paciente y su familia los cuales forman una unidad.

Salud: Utilizaba salud como sinónimo de independencia. Consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por sí misma las 14 necesidades básicas sin ayuda. Consideraba más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma, ese margen de energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno: Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

Henderson identificó (1966) 14 necesidades del individuo que integran los elementos del cuidado enfermero

- Respirar normalmente.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar por todas las vías corporales.
- Moverse y mantener posturas adecuadas.
- Dormir y descansar.
- Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

- Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
- Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
- Participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Niveles de relación enfermera paciente.

- Sustituta del paciente: 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.

- Colaboradora del paciente: Durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

- Compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado. Marriner, A. Rayle M. (2003:102)

CAPITULO III

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

DATOS GENERALES

Se trata de la señora Josefa de 64 años, es casada, tiene escolaridad de secundaria completa, religión católica, originaria y residente de la ciudad de Zamora Michoacán. Se dedica al hogar, por lo cual depende económicamente de marido e hijos. Siendo tratada en un periodo que comprende 2 fechas la primera del 9 de junio al 23 de julio del 2011 y la segunda del 1 febrero al 29 de junio del presente año.

Comenta que padece Osteoartritis desde hace 25 años, hernia discal en la 5° vértebra lumbar. Menciona que padece de hipertensión de 30 años de evolución, misma que es controla con Exforge (Amlodipino/Valsartán), una tableta vía oral cada 24 hr, ingiriéndola por la mañana, y Ternomin (atenolol) una tableta vía oral cada 24 horas por la noche, este tratamiento lo tiene desde hace 12 años

El 9 de mayo del 2012, la madre de la señora Josefa, (Rosa) de tan solo 89 años, tuvo una recaída por la DM2 insulino dependiente, que padece desde hace 31 años, y por bronquitis crónica, que padece desde hace 11 años. Para lo cual es tratada en casa con un médico particular sin mucha mejoría. Motivo por el que se interna en el IMSS el día 9 de julio del 2012, por una hipoglucemia severa, siendo dada de alta por máximo beneficio 10 días después de su internamiento.

A su egreso fue llevada a la casa de su hija Josefa, siendo ella la más apegada a su madre y quien se encargó de todos sus cuidados. Desafortunadamente fue en la casa de Josefa donde falleció 4 días después de salir del hospital.

A un año después del fallecimiento de la señora Rosa (la madre de Josefa), la señora Josefa, presenta tristeza y refiere sentirse vacía, como si hubiera perdido una parte de ella cuando falleció su madre. Aún siente la necesidad de estarle llamando por teléfono a su casa para saber cómo está, debido a que cuando estaba en vida, le llamaba a diario en punto de las 10 de la noche, cuando la señora Rosa no aceptaba quedarse en casa de Josefa.

Sin embargo, en particular los días viernes y sábado son angustiantes para Josefa, debido a que le tocó acompañar en la etapa agónica a su madre, cuando ya no hablaba, no comía y tenía una mirada como perdida. Josefa siente culpa por no cumplir con lo que le había prometido a su mamá, que era estar tomando su mano siempre, y en especial en el momento cuando estuviera agonizando. Josefa no pudo estar presente cuando su madre murió, porque empezó a sentir una gran desesperación al ver que se estaba poniendo cianótica de manos y pies, cuando percibió que se le dificultaba la respiración. La señora Josefa pidió el apoyo de una de sus hijas para que se quedara ahí con su mamá en sus últimos momentos, en lo que ella se recuperaba de la impresión que tuvo.

Al momento que se le da la noticia de que su madre había fallecido, hubo un bloqueo o estado de choque en Josefa. Reacciona con risa, cantando, como si estuviera fuera de sí. Comenta que no sentía tristeza, dolor, ni temor, nada absolutamente nada. Dice: -“Es como si estuviera viendo una película, como si no fuera yo”-.

Hasta al momento de colocar las cenizas fue cuando comprendió que había fallecido su madre; sintió angustia y deseos de llamarla. Refiere que no se

siente cómoda en ninguna parte de la casa que no sea en el cuarto donde falleció su mamá, dice que ahí puede hablarle y siente que su mamá está para escucharla, para apoyarla, para no sentir la sensación de soledad.

VALORACIÓN POR NECESIDADES

1. Oxigenación

Paciente que puede respirar por ambas narinas, tiene 24 respiraciones por minuto, con mucosa oral hidratada, tegumentos normales, mantiene respiración por narinas sin necesidad de utilizar algún suplemento de oxígeno, llenado capilar de 3 segundos y lechos ungueales sin calcificaciones aparentes, translúcida. Su frecuencia cardíaca es de 82 latidos por minuto y la tensión arterial de 130/80mmHg

2. Nutrición e hidratación

Presenta ausencia de 2 molares, pero dice que no tiene ninguna complicación para masticar o deglutir, come 3 veces al día, no tiene un horario específico. Consume carne 3/7, huevo 1/7, leche 7/7, verduras 2/7, pastas 2/7, legumbres 4/7, fruta 7/7. Ingiere un 1 litro y medio de agua al día, consume poco refresco, en promedio un 1 litro a la semana. Pesa 81kg y mide 1.60cm, con un IMC de 31.64 kg/m²

3. Eliminación

Orina de 8 a 10 veces en 24hrs de color amarillo claro, evacua cada 3er día con heces consistentes y pardas, no utiliza laxantes para poder evacuar. El inicio de su primera menstruación fue a los 11 años, con ritmo de 30/4, dejó de menstruar a los 40 años por histerectomía parcial, debido a un prolapso vaginal, llegando los síntomas de la menopausia a los 50, años sin tratamiento médico.

4. Movilidad y Postura

La usuaria realiza cambios posturales sin dificultad, presenta deformidad en la 2da falange de ambos pies, en ocasiones con dolor al caminar, así como

también una hernia discal en la 5° vértebra lumbar, que no presenta ningún problema para su movilización o cambio postural, hace ejercicio cada 3er día con movimientos aeróbicos progresivos para su edad.

5. Descanso y sueño

Presenta facies de cansancio, ojeras; duerme en promedio 5 horas, pero dice cursar con periodo de insomnio de dos a tres veces a la semana, realiza una siesta de una hora durante el día, aunque en pocas ocasiones recurre al medicamento denominado Rivotril, que fue recetado por su médico familiar tomando 3 a 5 gotas vía oral durante la noche. Refiere que la luminosidad y el ruido excesivo también son un factor determinante para que ella tenga problemas de insomnio.

6. Usar prendas de vestir adecuadas

Actualmente casi después de un año de fallecida su madre, aun porta ropa de luto, (aunque sea de manera parcial) en la vestimenta siempre debe de traer puesto algo de color negro. Ya que refiere que de no traerlas siente que está decepcionando a su mama fallecida y se convierte en un suceso incómodo para Josefa. No necesita ayuda para vestirse y desvestirse, usa ropa de acuerdo a su edad y según la época del año.

7. Termorregulación

Mantiene una temperatura de 37.3C° a 37.5C° siendo el verano la época del año a la se puede adaptar más fácilmente, en especial cuando llueve. Niega que el clima interfiera con su estado de ánimo.

8. Higiene y protección

No requiere ayuda para su higiene personal, tiene su piel hidratada, con uñas cortas y limpias en pies y manos, se baña a diario con cambio de ropa interior diaria de preferencia por las tardes. Realiza lavado de manos para todas las actividades relacionadas con la alimentación, así como antes y después de ir al baño. En cuanto al cambio de su ropa de cama lo hace cada semana y de su higiene en el hogar es diario limpiar, barrer y trapear. En cuanto a su higiene bucal se cepilla 3 veces al día con la técnica correcta de lavado bucal.

9. Evitar peligros

Su esquema de vacunación es completo, usa lentes para mejorar su visión, tiene un botiquín en el hogar, sin embargo se bloquea cuando surge algún accidente, realiza las primeras intervenciones, delegando sus funciones a la brevedad a otro miembro de la familia.

10. Comunicación

Puede comunicarse con fluidez y coherencia. Convive con otras personas y trata de hacer su vida como normalmente lo solía hacer, ella refiere no sentirse cómoda o sentir esa felicidad que ella experimentaba antes. Tiende a aislarse mucho de las personas, es decir, a encerrarse en el cuarto donde falleció su mamá a bordar o a realizar alguna actividad que le ayude a distraerse. En cuanto a sus relaciones familiares lleva 41 años de matrimonio, se identifica más con su hija mayor con ella es con quien tiene más confianza para platicarle sus problemas.

11. Creencias y valores

Profesa la religión católica, asiste a misa los domingos y realiza visitas al Santísimo de una a dos veces por semana, tiene buena comunicación espiritual por medio de la oración todos los días. Siente una gran preocupación por su familia, no quiere verlos preocupados y por esta misma razón fingen estar bien, cuando en realidad se siente muy triste y deprimida por la muerte de su madre.

12. Necesidad de trabajar y realizarse

Es ama de casa, con escolaridad de secundaria completa, refiere sentirse plena con lo que actualmente desempeña.

13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Acude a un balneario a comer y a caminar acompañada de su esposo 3 veces por semana, juega con su nieto cuando viene de visita aproximadamente cada 15 días, lo cuida, le gusta leer libros, hacer costura y repostería. Trata de invertir su tiempo en cosas que la ayuden a distraerse, sin embargo siempre está pensando en su madre fallecida, en lo mucho que la extraña y necesita, con sentimientos de tristeza y vacío.

14. Necesidad de aprendizaje

El nivel de escolaridad de Josefa es de secundaria completo, refiriendo haber aprendido a desarrollar habilidades a través de los libros. Tiene facilidad y le gusta aprender cosas nuevas, dice que le gustaría aprender algo más avanzado en costura.

ANÁLISIS DE DATOS SIGNIFICATIVOS

NECESIDADES	DATOS SIGNIFICATIVOS	GRADO DE INDEPENDENCIA
<p>5. Sueño y Descanso</p>	<p>Presenta facies de cansancio, ojeras, debido a que el área donde está ubicado su dormitorio es un factor que impide su descanso debido a que hay mucha luminosidad y ruido.</p> <p>Sin embargo su etapa de duelo también ha afectado esta necesidad ya que refiere “Recuerdo mucho que le llamaba todos los días para saber cómo estaba, y eso es algo me hace sentir desesperada por las noches, por no poder hablar con ella, y escucharla.”</p>	<p>Parcialmente dependiente</p>
<p>10. Comunicación</p>	<p>Convive con otras personas y trata de hacer su vida como normalmente solía hacerlo, sin embargo ella</p>	<p>Parcialmente dependiente</p>

	refiere no sentirse cómoda, ni feliz como antes. Tiende a aislarse mucho de las personas, es decir, a encerrarse en el cuarto donde falleció su mamá a bordar o a realizar alguna actividad que le ayude a distraerse.	
6. Usar prendas de vestir adecuadas	Actualmente casi después de un año de fallecida su madre, aun porta ropa de luto, (aunque sea de manera parcial) en la vestimenta siempre debe de traer puesto algo de color negro.	Parcialmente dependiente
11. Creencias y Valores	Manifiesta preocupación por su familia, ya que desea verlos felices, por esta misma razón finge sentirse bien, aunque en realidad experimenta tristeza a depresión por la muerte de su mamá.	Parcialmente Dependiente
12. Necesidad de jugar y	Trata de invertir su tiempo en cosas que la ayuden a distraerse, sin embargo	Parcialmente independiente

participar en actividades recreativas	siempre está pensando en su mama, en lo mucho que la extraña, y la necesita.	
--	--	--

JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES

1.- OXIGENACIÓN	1.- COMUNICACIÓN
2.- NUTRICIÓN	2.- SUEÑO Y DESCANSO
3.- ELIMINACIÓN	3.- USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS
4.- MOVILIDAD Y POSTURA	4.- CREENCIAS Y VALORES
5.- DESCANSO Y SUEÑO	5.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS
6.- USAR PRENDAS DE VESTIR DE ADECUADAS	
7.- TERMORREGULACIÓN	
8.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	
9.- EVITAR PELIGROS.	
10.- COMUNICACIÓN	
11.- CREENCIAS Y VALORES.	
12.-. TRABAJAR Y REALIZAR	
13.- JUGAR Y PARTICIPAR EL ACTIVIDADES RECREATIVAS	
14.- APRENDIZAJE	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO
10. COMUNICACIÓN	<p>Duelo complicado relacionado con muerte de una persona significativa, manifestado por depresión, añoranza de la persona fallecida, sufrimiento emocional persistente, verbaliza sentirse vacía, manifiesta persistencia de recuerdos dolorosos. Dominio 9. Clase 2. (00135) NANDA (2009- 2011:266)</p>
5. SUEÑO Y DESCANSO	<p>Deprivación del sueño relacionado con persistencia de un entorno para el sueño incómodo, manifestado facies de cansancio y ojeras. Dominio 4. Clase 1. (00096). NANDA (2009 - 2011:115)</p> <p>Disconfort relacionado con etapa actual de duelo manifestado por ansiedad, apatía, llanto, deterioro del patrón del sueño, incapacidad para relajarse e inquietud. Dominio 12. Clase 1. (00214). NANDA (2009- 2011:348)</p>
	Baja autoestima situacional

<p>11. CREENCIAS Y VALORES</p>	<p>relacionado con duelo manifestado con expresiones de impotencia. Dominio 6. Clase 2. (00120) NANDA (2009- 2011:192)</p>
<p>6. USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS</p>	<p>Conflicto de decisiones relacionado con principios morales que apoyan las distintas opiniones mutuamente contradictoria manifestada por cuestionamiento de las creencias personales mientras se intenta tomar una decisión. Dominio 10. Clase 3. (00083). NANDA (2009-2011:289).</p>
<p>12. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS</p>	<p>Déficit de actividades recreativas relacionado con duelo por la pérdida de un ser querido manifestado sentimientos tristeza y vacío. (aunque los ocultaba) Dominio 4. Clase 3. (00097). NANDA (2009-2011:120)</p>

PLAN DE CUIDADOS

NECESIDAD: COMUNICACIÓN.

DIAGNÓSTICO:

Duelo complicado relacionado con muerte de una persona significativa, manifestado por depresión, añoranza de la persona fallecida, sufrimiento emocional persistente, recuerdos dolorosos y expresión verbal “ME SIENTO VACIA” Dominio 9. Clase 2. **(00135)**, NANDA (2009- 2011:266)

OBJETIVO

Favorecer la adaptación y aceptación a la nueva situación por medio de la lectura y comunicación activa para superar el duelo complicado de la paciente.

PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Favorecer la aceptación de la realidad por la pérdida. Facilitar la reconstrucción de la representación del yo, los	Se establece un ambiente positivo mediante buena comunicación y confianza.	La comunicación y confianza son dos aspectos básicos que se ocupan en la práctica diaria, y que están estrechamente interrelacionados. No se da el uno sin el otro. Ya que nos ayudan a identificarnos con las personas que queremos estrechar los vínculos. Verderber, R. (108-112).	La paciente y su familia estuvieron colaborando muy bien en todo. La usuaria expresó todas las pérdidas que tuvo, durante la terapia hubo espacios donde ella se dio la oportunidad de llorar un

<p>otros y el mundo, tras el cambio producido por la muerte de su ser querido.</p>			<p>momento, aceptando la ayuda tanatológica.</p>
<p>Realizar actividades que faciliten la aceptación de la pérdida mediante el apoyo emocional.</p>	<p>Se estimula a la paciente para que tenga su terapia con lágrimas y exprese sus sentimientos.</p>	<p>Llorar ayuda a sacar las sensaciones negativas frente a un suceso de tu vida que te causó dolor o molestia, y que de otra manera podría permanecer escondido incomodándote de manera continua o esporádica. www.siempremujer.com-le-llanto-terapia.html. Mujer. Meredith corporation. 10/04/13</p>	<p>Ésta terapia ayudo mucho a la Sra. Josefa, debido a que al momento en que falleció su mamá, no se dio la oportunidad de llorar, dicha terapia la ayudó a descargar toda esa energía negativa que traía consigo, cabe mencionar que esta actividad se realizó durante 8 sesiones con la usuaria.</p>
		<p>Éste método de leer y escribir, son actividades</p>	<p>Esta terapia ayudo mucho a</p>

	<p>Se le proporciona a la paciente algunos libros de tanatología para que se identifique con la situación actual.</p>	<p>dinámicas, en las que intervienen todas las facultades de la persona que lee, reacciona ante el estímulo activando su inteligencia y hace trabajar su imaginación, interpretando y completando la trama con elementos propios.</p> <p>www.lostiempos.com/ lectura- curativa. Los tiempos. 10/04/13</p>	<p>facilitar la consumación del duelo, refiriendo: “Me sentí cómoda con esta terapia”. Logró identificar sentimientos de vacío, soledad, tristeza, impotencia. Como se mencionan en los libros, con esto entendió que su sentir corresponde a la etapa de duelo, analizando cuidadosamente las acciones para la resolución de ese sentir.</p>
		<p>Éste método de leer y escribir, son actividades dinámicas, en las que</p>	<p>Al término de los diferentes libros Josefa captó el</p>

	<p>Se anima a la paciente para que escriba una carta:</p> <p>la carta</p>	<p>intervienen todas las facultades de la persona que lee, reacciona ante el estímulo activando su inteligencia y hace trabajar su imaginación, interpretando y completando la trama con elementos propios.</p> <p>www.lostiempos.com/lectura- curativa. Los tiempos. 10/04/13</p>	<p>mensaje principal de ésta terapia que fue que los libros contenían datos de importancia que le servirán de aprendizaje en su actual situación.</p>
	<p>” la silla vacía” y ” dile ahora lo que nunca pudiste decirle”</p>	<p>La terapia Gestalt cubre un amplio espectro de conductas verbales y no verbales, estructuradas y no estructuradas, introspectivas e impersonales dirigidas hacia dentro y hacia afuera, simbólicas y no simbólicas.</p> <p>Scott, M. (2007:141)</p>	<p>Gracias a esta terapia Josefa pudo cerrar por completo aquel dolor que ella sentía al momento de recordar la muerte de su madre al sentir que ella era la que la perdonaba</p>
	<p>Promover el desarrollo</p>	<p>El empezar lentamente a retomar su rutina diaria llevando a cabo</p>	<p>Josefa poco a poco fue retomando</p>

	<p>de nuevos roles y tareas.</p>	<p>pequeñas tareas habituales, como ir de compras fijando tiempo aproximado de seis meses de plazo para cumplirlas. Fijar metas proporciona seguridad y una sensación de haber retomado el control de nuestra propia vida. Montoya, J : (297, 307)</p>	<p>actividades que ya tenía tiempo que no realizaba principalmente el dedicarse tiempo para ella misma, su descanso y realizar durante más tiempo actividades de su agrado.</p>
	<p>Estimular el afrontamiento a situaciones estresantes de la vida.</p>	<p>la generación de conciencia del propio estado emocional a través de la auto-contemplación y ejercitación de la atención hacia las reacciones corporales; fortalecer la idea de que somos un ente complejo e integral en donde no se puede separar las reacciones corporales de los pensamientos, es decir, reconocer el concepto de mente-</p>	<p>En esta parte Josefa dice que a pesar de sentirse lista para cualquier situación, tratara de mantenerse alerta para poder responder de una manera positiva ante cualquier situación.</p>

		cuerpo. Olmeda M. (1998: 221-235)	
	Reforzarlos elementos adaptativos existentes.	La adaptación de las diversas funciones es específica, pero no ilimitada, ya que es posible solo en ciertos límites establecidos por el del individuo. Wolden, J (1997:188-191)	Considero que Josefa logró recuperar algunas de las actividades que realizaba anteriormente como el salir de compras con sus hijas, retomar el ejercicio, salir a caminar, ir a balneario con su esposo e hijos y cuando viene su hijo de visita jugar con su nieto.
	Reestructurar pensamientos . Practicando ejercicios dirigidos,	El pensamiento puede ser la medicina que sana el dolor del alma, es el sentimiento que devuelve la esperanza,	Después de varios ejercicios dirigidos Josefa se concientizó de la situación

	<p>donde visualiza a su ser querido, contenta y agradecida por el tiempo que compartieron juntas.</p>	<p>es el milagro que renueva o restaura, es la magia que nos permite recordar sin sufrir, y muchas veces olvidar aquello que tanto nos hizo llorar.</p> <p>Miller, P. (2000:60-68)</p>	<p>actual, asimilando su perdida y tomando fuerza para continuar su vida.</p>
	<p>Ayudar a definir nuevos objetivos en su vida.</p>	<p>Establecer objetivos en la vida es fundamental para tener una vida plena pues éstos nos motivan, nos llenan de energía, y nos dan la sensación de tener una vida con significado.</p> <p>Vargas , R: (125-145)</p>	<p>Considero que Josefa tiene muchas metas a corto plazo que desea cumplir, que van relacionadas con la atención a ella misma. Por eso creo que se éste objetivo se cumplió.</p> <p>Dedicar tiempo a corte y confección</p> <p>A la lectura.</p> <p>A salir de paseo con su familia.</p>

NECESIDAD: DE DESCANSO Y SUEÑO.

DIAGNÓSTICO:

Deprivación del sueño relacionado con persistencia de un entorno para el sueño incómodo, manifestado por facies de cansancio y ojeras.

Dominio 4. Clase 1. **(00096)**. NANDA (2009 -2011:115)

OBJETIVO

Aumentar el descanso y sueño de Josefa durante la noche, por medio de intervenciones de enfermería.

PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Se hará el manejo ambiental del área en donde la usuaria suele descansar por la noche eliminando aquellos	Se eliminarán los factores luminosos en su cuarto que le impidan conciliar el sueño, colocando cortinas de color oscuro.	La exposición prolongada a luz eléctrica durante las horas previas al descanso nocturno suprime los niveles de melatonina, una hormona que es responsable de los ciclos de sueño y vigilia y que sólo empieza a producirse cuando oscurece a nuestro alrededor.	Al darse tiempo de consentirse de esta manera realizando las diferentes actividades se lograron ver cambios realmente notorios en su aspecto físico, se le apreciaba una mirada descansada, su

factores que le impidan conciliar el sueño.		www.formarse.com.ar/salud/dormir_bien . 10/04/13	actividad física era más rendidora y su estado de ánimo en alerta, se logró disminuir la ansiedad, al aumentar las horas de descanso. Donde duerme aproximadamente 8-9 horas.
	Se aislaron los factores ruidosos de la habitación de Josefa, manteniendo las ventanas cerradas y colocando cortinas gruesas.	El ruido tiene efectos muy perjudiciales para la salud. Estos varían desde trastornos como la pérdida progresiva de audición, irritabilidad y un cansancio que provocan disfunciones en la vida cotidiana, tanto en el rendimiento laboral como en la relación con los demás.	www.ehu.es/acustica/espanol/ruido/efectos_y_normativa/efectos_y_normativa . 24/06/13

NECESIDAD: DE DESCANSO Y SUEÑO.

DIAGNÓSTICO:

Disconfort relacionado con etapa actual de duelo, manifestado ansiedad, apatía, llanto, deterioro del patrón del sueño, incapacidad para relajarse, e inquietud.

Dominio 12. Clase 1. (00214). NANDA (2009-2011:348)

OBJETIVO

Aumentar y mantener el descanso de la señora Josefa mediante terapias de relajación sugeridas por el personal de enfermería.

PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Se hará el manejo ambiental del área en donde la usuaria suele descansar por la noche	Se le recomienda que tome un baño de tina con esencias que le ayuden a su relajación.	Tomar un baño ayuda a que la mente se relaje y favorezca el descanso nocturno. www.remediospopulares.com /insomnio.html. Insomnio. 10/04/13	Considero que se logró éste objetivo debido a que la señora Josefa logro poner en armonía su cuerpo con las esencias, la música, la respiración de tal manera que su cuerpo y su expresión fácil se vio relajada,
	Se implementa	Biomúsica: Está comprobada su acción regenerativa y preventiva en el área de la salud: ritmo cardíaco,	

eliminando aquellos factores que le impidan conciliar el sueño.	<p>la musicoterapia para ayudar a disminuir el estrés.</p>	<p>respiratorio y cerebral se estabilizan y armonizan, induciendo a un evidente mejoramiento del funcionamiento general de todo el organismo. Corradini M. (2008).</p>	<p>pudiendo de alguna manera conciliar el sueño sin interrupción hasta la mañana siguiente, también dado a que eran actividades que ella misma podía realizar,</p>
	<p>Se explica y enseña a la señora Josefa las técnicas de respiración, que en combinación con el baño y la biomúsica, favorezcan la relajación.</p>	<p>La respiración es un buen ejemplo de la ley de la polaridad: Tomar y soltar. La respiración tiene algo que ver con «contacto» y «relajación». Dethlefsen, T. (1983)</p>	<p>tomará en algunas ocasiones el tiempo para consentir su cuerpo y mente.</p>

NECESIDAD: CREENCIAS Y VALORES

DIAGNÓSTICO:

Baja autoestima situacional relacionado con duelo manifestado con expresiones de impotencia. Dominio 6. Clase 2. **(00120)**. NANDA (2009-2011:192)

OBJETIVO

Ayudar a identificar y afirmar sus propias virtudes por medio de una introspección, creando confianza en sí misma para controlar la situación actual.

PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Ayudar a la paciente en la toma de decisiones, a</p>	<p>Realizar ejercicios de introspección con la paciente antes de dormir.</p> <p>Motivar a la paciente para atender sus propias necesidades, buscar tiempo para ella y realizar</p>	<p>La introspección nos ayuda en la capacidad de asimilar lo que aprendemos y de reflexionar profundamente sobre lo que soy, lo que siento, lo que he aprendido de mí y también sobre los principios del conocimiento espiritual.</p> <p>www.wordprees.com/un-a-mirada-respetuosa-hacia-nosotros-mismos. Introspección. Antonio</p>	<p>La Sra. Josefa supo apreciar el momento por el cual está cursando actualmente, valorando lo que tiene y que no tiene, logro concientizarse de que sí ocurren en este vida sucesos que no están dentro de nuestras manos</p>

mejorar sus disposición para saber cómo actuar en el aquí y en el ahora sobre su la pérdida.	actividades que le agraden y la hagan sentir mejor.	bruce. 10/04/13	evitar, y que sin embargo debemos de aprender a vivir con o sin esas cosas apreciadas para nosotros; considero que la religión y la fuerza que tiene en su fe, le ayudo mucho para poder unir esos eslabones que habían quedado sueltos y recobrar el amor que se tiene a sí misma como gran ser humano que es.	
	Impulsar a la señora Josefa a vivir en el presente y se abra al mundo que le rodea.	La práctica de vivir en el ahora usualmente nos regala calma, y con esa calma viene el disfrute, la salud y el avance espiritual. Eckhart T. (1997)		
	Hablarle de las limitaciones humanas	La aceptación genuina supone el hecho de aceptar a "aquello que es" pasa por el hecho de		

	<p>que todos tenemos para que acepte sus errores, y se dé la oportunidad de equivocarse.</p>	<p>aceptar, en primera instancia, "aquello que es en mí" que conlleva también la aceptación de la experiencia afectiva que en mi se suscita ante la constatación de aquello que es.</p> <p>Wayne L. (2005)</p>	
--	--	--	--

NECESIDAD: USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

DIAGNÓSTICO:

Conflicto de decisiones relacionado con principios morales que apoyan las distintas opiniones mutuamente contradictoria, manifestada por cuestionamiento de las creencias personales mientras se intenta tomar una decisión. Dominio 10. Clase 3. (00083). NANDA (2009-2011:289).

OBJETIVO:

Apoyar a la señora Josefa en la toma de decisiones, informándole de las distintas culturas en relación con la pérdida de un ser querido.

PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Motivar la expresión verbal de la usuaria sobre el conflicto de decisiones, con su vestimenta de luto.	Ayudar a profundizar en el tema de luto, mediante una plática en donde ella exprese el significado que tiene el vestir de negro y porque después de un año aún porta ropa de luto.	El luto se ha consolidado como la demostración más fiel de dolor por la muerte de un ser querido. Sin embargo el luto se lleva en el corazón y en el alma que es donde se recuerda a nuestros difuntos. Las exteriorizaciones del mismo son costumbres de nuestra religión que	Debido a las creencias religiosas de Josefa le costó mucho trabajo el iniciar a utilizar ropa de colores vivos, ya que refería que sentía que estaba faltando al respeto a la memoria de su mamá,

	<p>Escoger que la vestimenta tenga colores variados, ayudando a que intente de manera paulatina dejar el luto completo.</p>	<p>seguimos por respeto que no tienen un margen en la duración. Lapierre, D (2010: 20-30).</p>	<p>haciéndola sentir triste con sus acciones. Pero como fue pasando el tiempo y se le explico que el luto lo tendrá en su corazón de manera respetuosa exteriorizando de alegría su vestimenta sin faltar al respeto a su mamá, sintió la confianza de realizar las actividades.</p>
--	---	---	--

NECESIDAD: DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

DIAGNÓSTICO:

Déficit de actividades recreativas relacionado con duelo por la pérdida de un ser querido, manifestado por sentimientos de tristeza y vacío. (Aunque ocultaba dichos sentimientos.) Dominio 4. Clase 3. (00097). NANDA (2009-2011:120).

OBJETIVO

Propiciar situaciones y experiencias que aumenten las sensaciones agradables, facilitando la interacción social.

PLANEACIÓN	EJECUCIÓN	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Utilizar la distracción o manipulación ambiental, favoreciendo un estado agradable para la usuaria.</p>	<p>Crear un ambiente de seguridad y confianza para que exprese su preferencia por las actividades a realizar.</p> <p>Implementar terapia recreativa. (Juegos de</p>	<p>La seguridad y confianza es una manera sana de comunicarse, es la capacidad de defenderse de forma honesta y respetuosa.</p> <p>De angelis, B (1997: 128)</p>	<p>Josefa desde el principio se mostró cooperadora y con la libertad de expresar cualquier comentario alusivo a las actividades.</p>

	<p>mesa, pintura, costuras, lectura, etc.)</p>		
	<p>Aumentar las visitas de su nieto para favorecer su estado de ánimo.</p> <p>Alentar a Josefa para aumentar la frecuencia de las salidas a lugares que la tranquilicen. (Baños de vapor).</p> <p>Motivarla a la usuaria para seguir practicando su deporte de natación.</p>	<p>La distracción rompe el círculo vicioso del pesimista.</p> <p>www.pilarmartinescu dero.com 19/06/13</p>	<p>Debido a que la familia de su hijo viven fuera de Zamora fue difícil conseguir que vengan más seguido, sin embargo cuando viene la familia de su hijo convive la mayor parte del tiempo con su nieto y salen de compras ya sea para cosas del hogar, juguetes, ropa, etc.</p>

	<p>Orientar a la señora Josefa sobre la importancia de practicar otro deporte, especifique el lugar y el horario para mantener el tiempo libre ocupado.</p>	<p>El aumento de las endorfinas, cuya producción se incrementa proporcionalmente al esfuerzo del organismo, explica la sensación de bienestar que el deportista entrenando siente durante y después de la práctica del ejercicio físico.</p> <p>Gaona, J (2007:314)</p>	<p>Josefa actualmente acude a su rutina diaria de ejercicio donde realiza zumba de 5 a 6pm de lunes a viernes, también cada tercer día aproximadamente se da baños de vapor y cuando no hay mucha gente en la alberca nada un poco dado por cumplido esta meta y en donde ella refiere que se ha sentido bien con esta rutina.</p>

CONCLUSIONES

El proceso enfermero nos permite experimentar, reafirmar lo ya aprendido y compartir nuestros conocimientos adquiridos, así como sensibilizarnos ante la pérdida de cualquier índole de un paciente, cumpliendo como enfermera en la atención tanatológica en los diferentes roles, satisfaciendo las necesidades afectadas del usuario. Siendo nuestro principal objetivo la superación de un duelo en este caso por el tipo de afección que se trató en el paciente, sin embargo el cuidado que se brindó a la señora Josefa fue de manera integral debido a que se trataron el resto de sus necesidades afectadas con el fin de reestablecer su calidad de vida. Fue un proceso muy personalizado, siendo el área de trabajo su hogar con el apoyo de su familia.

Al realizar la valoración de las 14 necesidades, se encontró que la paciente necesitaba de un apoyo holístico en el que se tratara principalmente su estado emocional, psicológico y social; para obtener un estado de homeostasis en su salud.

Al implementar el plan de cuidados fue de gran ayuda el basarse en teorías de autores tanatológico como lo fue Elizabeth kübler-Rose y marco Antonio Polo Scott, para de esta manera realizar acciones sustentadas en fundamentos científicos para el logro de metas planeadas en este proceso.

Las respuestas obtenidas de mi paciente fueron muy favorables permitiendo avanzar en cada una de las propuestas realizadas, destacando la afectación en el área social, se trabajó para lograr reintegrarla nuevos roles en su vida y mejorando su estado de seguridad emocional y autoestima.

El conocimiento que me dejó este trabajo es que nosotros mismos tenemos las respuestas para mejorar nuestra salud, solo que en ocasiones sí necesitamos el apoyo de otra persona para trabajar a fondo nuestras capacidades y experiencias vividas, con voluntad propia, y luchar por las cosas más valiosas que tengamos.

Así como también siempre ser un personal sensibilizado a las diferentes pérdidas para de esta manera ponernos en su lugar y brindar una mejor atención a nuestros usuarios, haciendo las cosas lo más perfecto que se pueda y siempre teniendo una sonrisa para ellos.

Me ayudó a ser más sensible al dolor de las demás personas, estar atenta a las diversas pérdidas que cada cual experimenta, brindar una mejor atención a los usuarios, tratando de hacer mi trabajo con dedicación y empeño, regalándoles siempre una sonrisa que en nada me empobrece, pero que sí proporciona un alivio al enfermo en su dolor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aries. P. (1984) El hombre ante la muerte. Madrid, España. Editorial Taurus.
2. Bravo. M. (2006). ¿Qué es la tanatología? Revista Digital Universitaria 1(7), doi: 1607-6079
3. Bravo. M.M.(2006). Antecedentes Históricos de la Tanatología. Revista Digital Universitaria 2(7), doi: 1607- 6079
4. Hernández .A.F. (2006).El significado de la muerte. Revista Digital Universitaria 1(7), doi: 1607- 6079
5. . Polo.S. (2007) Psicoterapia Gestalt en el manejo y resolución del duelo. México: Editorial MC
6. Scott, M.(2007) psicoterapia Gestalt, México: Mc editores, 49-51.
7. Bravo. M.M.(2006).El Surgimiento de la Nueva Tanatología . Revista Digital Universitaria 4(7), doi: 1607- 6079
8. Bravo. M.M.(2006). En que me puede ayudar un tanatologo. Revista Digital Universitaria 7(7), doi: 1607- 6079
9. Bravo. M. (2006). Aspectos Multidisciplinarios. Revista Digital Universitaria 6(7), doi: 1607- 6079
10. Rosales.B (2008) Fundamentos de Enfermería, Mexico, D.F: editorial: El Manual Moderno:226-227)
11. R. Alfaro-LeFevre (2003) Aplicación del Proceso Enfermero Barcelona, 5ta Edición, Editorial, Nasson Capítulos 1, 2 y 3.

12. Rosales.B (2008) Fundamentos de Enfermería, Mexico, D.F: editorial: El Manual Moderno 243-246)
13. Lyer.P. (1995) Proceso y Diagnostico de enfermería, México ,3era Edición, Mc Graw Hill Interamericana.
14. Rosales.B (2008) Fundamentos de Enfermería, Mexico, D.F: editorial: El Manual Moderno 252-254
15. Scott, M. (2007) psicoterapia Gestalt, Mexico: MC editores, 141.
16. Montoya, J (1998) la familia en cuidados paliativos, libro inédito, 297-309.
17. Olmeda, M (1998) el duelo y el pensamiento mágico, madrid: master line: 221- 235.
18. Worden, J (1997) el tratamiento del duelo:asesoramiento psicológico y terapia: Barcelona: pailón 188-191.
19. Miller, P. (2000), el arte de perdonar: Barcelona: RBA libros: 60- 68.
20. Vargas, R (2005), proyecto de vida y planteamiento estratégico personal, Perú: seguridad y gestión: 125- 145.
21. Verdereber, R (2000), comunicación oral efectiva, Madrid, Cengage Learning Editores: 108 -112.
22. Murray, M (1993), Proceso de atención de enfermería, México, manual moderno: 83-95
23. Lepierre, D (2010), llevaras el luto por mí, España, planeta: 20-30.
24. De angelis, B (1997) confianza y seguridad, México, Urano: 128.

25. Gaona, J (2007) Endorfinas: hormonas de la felicidad, Madrid, la esfera de los libros: 314.
26. Gail, B (2007) manual de diagnósticos de enfermería, Madrid, el servier mosby: 1323.
27. Wayne L. (2005) aceptación de lo que es, Madrid, gulaab..
28. Eckhart T. (2006) el poder del ahora, México, gaia ediciones.
29. CARPENITO, L. (2000) Manual de diagnósticos de enfermería. 5.ª Ed. Mcgraw-Hill Interamericana.

EN LINEA

1. www.lareserva.com/home/piramide_de_maslow.la pirámide de Maslow, Lic. Juan P. del Rio, 29/03/2013.
2. www.lostiempos.com/ lectura- curativa. Los tiempos. 10/04/13
3. www.siempremuje.com-le-llanto-terapia.html. Mujer. Meredith Corporation. 10/04/13
4. www.remediospopulares.com/insomnio.html. Insomnio. 10/04/13
5. www.wordpress.com/una-mirada-respetuosa-hacia-nosotros-mismos. Introspección. Antonio bruce. 10/04/13
6. www.formarse.com.ar/salud/dormir_bien. 10/04/13
7. www.pilarmartinescudero.com 19/06/13

8. Castro V, Valdez C. La transición epidemiológica y demográfica por entidad federativa. México, D.F.: Secretaría de Salud, 1994. Documento no publicado.
9. www.lareserva.com/home/piramide_de_maslow.la pirámide de Maslow, Lic. Juan P. del Rio, 29/03/2013
10. www.ehu.es/acustica/ espanol/ruido/ efectos y normativa/efectos y normativa. 24/06/13

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																											
ACT	DIC			ENE			FEB			MAR			ABR			MAY			JUN								
1			■	■																							
2				■																							
3					■	■																					
4							■	■																			
5									■	■																	
6								■	■	■	■																
7										■	■				■												
8										■	■				■			■									
9					■							■															■
10																			■	■							
11																									■	■	■

N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDAD
1	Elección de paciente se pide consentimiento para realizar el proceso.
2	Se establece un ambiente positivo y de confianza.
3	Valoración por entrevista.
4	Aplicación de test de duelo.
5	Elaboración de diagnósticos enfermeros.
6	Elaboración de plan de cuidados.
7	Terapia de llanto.
8	Terapia de lectura tanatológica
9	Terapia de la carta
10	Terapia de la silla vacía
11	Promover el desarrollo de nuevos roles y tareas.

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 más importantes del desarrollo del ser humano.

Para su realización se elaboró un cuestionario base de 40 preguntas clasificadas en ítems:

- 12 preguntas de tipo psicológico
- 12 preguntas de tipo social
- 8 preguntas de tipo físico
- 8 preguntas de tipo espiritual

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 quieran
9. Dependo de los demás
10. Tengo la sensación de ser rechazado

11. Siento que todos 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 ésta en mi mente

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 cardiaca

7. Siento un vacío o malestar en el estómago
8. Siento que me ahogo o me falta el aire

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 se en quien 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 determinó por la escala Likert en función de que nos permite calificar en forma más sencilla y clara.

El Test de Duelo está dividido en tres 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)

ANEXO II

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Ficha de identificación.

Nombre _____ edad _____ peso _____ talla _____

Fecha de nacimiento _____ sexo _____ ocupación _____

Fecha de admisión _____ hora _____ procedencia _____

Fuente de información _____

Fiabilidad (1-4) miembro de la familia/ persona significativa _____

Valoración de las necesidades humanas

1.- NECESIDADES BASICAS DE OXIGENACIÓN, NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN, ELIMINACIÓN Y TERMORREGULACIÓN.

a) Oxigenación

Subjetivo

Disnea debido a: _____ tos productiva/seca: _____ Dolor asociado con la respiración: _____ fumador: _____ desde cuando fuma/ cuantos 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:_____ trastornos
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 se cicatrización: _____ otros:

c) Eliminación

Subjetivo

Hábitos intestinales:_____ características de las heces, orina
y:_____
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: _____

d) 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 muscular esquelético / fuerza: _____ capacidad muscular tono / resistencia / flexibilidad: _____ posturas: _____ ayuda para la deambulaci3n: _____ 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 insomnios?
_____ A que 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
vestir 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:

d) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo

Frecuencia del aseo: _____ momento preferido para el baño: _____
_____ cuantas 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?: _____

Objetivos

Aspecto general: _____ olor corporal: _____ halitosis:
_____ estado de cuero cabelludo: _____ lesiones dérmicas, que tipo:
_____ otros: _____

e) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo

Que 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 DE APRENDIZAJE.**

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivos

Estado civil: _____ años de relación: _____ Vive
con: _____ preocupaciones/ _____ estrés: _____

familiares:_____ otras personas que pueden ayudar:
_____ rol en la estructura social:_____ comunica sus problemas
debido a la enfermedad/
estado:_____ cuanto tiempo pasa
sola: _____ frecuencia de los diferentes contactos sociales en el
trabajo: _____

Objetivos

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

Subjetivos

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? _____

Objetivos

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____ ¿permite el
contacto físico?: _____ ¿tiene algún objeto indicativo de determinado
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 con el rol familiar que juega?: _____

Objetivos

Estado emocional calmado/ ansioso/ enfadado/ retraído/ temeroso/ irritable/ quieto/ 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 sus necesidades?: _____ ¿existen recursos en su comunidad para la recreación?: _____ ¿ha participado en alguna actividad lucida 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: _____

Objetivos

Estado del sistema nervioso: _____ órganos de los sentidos:
_____ estado emocional/ ansiedad/ dolor:
_____ memoria reciente: _____ memoria
remota: _____ otras manifestaciones: _____

ANEXO III

1.- RECUADRO DE ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES AL PLAN DE CUIDADOS DE LA NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES
<p>Considero que ésta fue la parte más importante de todo el proceso, se realizaron la mayor parte de las terapias tanatológicas, primero se creó un ambiente de confianza para que la Sra. Josefa pudiera sentir la libertad de expresar sus sentimientos y emociones.</p> <p>SE ESTABLECE UN AMBIENTE POSITIVO MEDIANTE BUENA COMUNICACIÓN Y CONFIANZA.</p> <p>Se localizó un área de la casa donde ella se sintiera cómoda para realizar las actividades,</p> <p>(Habitación de costura) aislada de distracciones y ruidos, donde posteriormente realizamos la entrevista, informando que esta conversación iba a tener resultados benéficos y de manera confidencial.</p> <p>Esto favorece que manifieste sus sentimientos y emociones actuales. Se pide la comprensión de los familiares para entender la situación vivencial de Josefa.</p>

TERAPIA DE LLANTO

Esta terapia consiste en permitir al paciente que experimente y sienta el dolor, desánimo o tristeza haciéndole ver que son fases que tiene que afrontar y que son pasajeras. Se facilita el contacto con esas emociones, su identificación, la localización de su cuerpo y un diálogo con los síntomas que le causan dichas emociones.

La cual se realizó en repetidas ocasiones en diferentes sesiones de la siguiente manera, se empezó con un saludo cordial, se puso una música de fondo suave, pidiendo que cerrara sus ojos, que inhalara y exhalara lentamente, después se preguntó cómo se sentía, siendo esta pregunta la que desencadenó el llanto debido que era tanta su necesidad de llorar que en ese momento lo hizo, quiso de una manera detenerse, sin embargo es cuando se interviene y se le comenta que si tiene ganas de llorar lo haga ya que es válido debido a la pérdida que tuvo y es un proceso natural, en las primeras sesiones era más el llanto que la conversación que ella pudiera tener al estar en contacto conmigo, conforme fue avanzando en las sesiones ella lloraba pero con menos intensidad siempre mostrando disponibilidad para la realización de las actividades.

**SE LE PROPORCIONA A LA PACIENTE ALGUNOS LIBROS DE
TANATOLOGÍA PARA QUE SE IDENTIFIQUE CON LA
SITUACIÓN ACTUAL.**

La señora Josefa al momento que falleció su mamá sintió que esa etapa tan dolorosa que estaba pasando era como si estuviera viendo una película ajena a ella, con esto nos trató de decir que su mente evadió ese momento para no sentir dolor. Siendo ya después de la colocación de las cenizas cuando ella sintió ya la ausencia de su mamá y no entendía por qué le estaba sucediendo

eso a ella, pensaba que nadie sentía lo que ella, es decir, se sentía incomprendida por todas las personas que la rodeaban, es ahí en donde quise tomar en cuenta esta terapia para que ella viera por si misma que hay millones de personas que pasan por ese momento que ella vivió.

Se le pidió que hiciera la lectura de los diferentes libros tales como: “ déjalos ir con amor”, “la muerte y los moribundos”, “el camino de las lágrimas”, y “cuando alguien se va”; esto se realizó con la finalidad que se identificara con algunos de los casos que se mencionan en los libros y así poder caer en la realidad de que estaba en una etapa de duelo, que es algo meramente normal, que le ocurre a todo el mundo, puesto que lo que está sintiendo es comprendido y tiene solución.

Josefa terminaba de leer los libros aproximadamente en 15 días debido a que le gusta mucho la lectura, y por lo tanto lo hacía de tal manera que comprendía lo que estaba leyendo, al término de los diferentes libros los volvía a releer por si perdió algún dato de importancia que le pudiera servir de aprendizaje en su actual situación, quedando más reforzada la lectura y su experiencia proyecta en esos libros.

TERAPIA DE LA CARTA

Consiste en buscar hojas para escribir, de preferencia tamaño carta. Además lápiz y pluma. Es conveniente que mantenga a su lado hojas suficientes y por lo menos un repuesto o pluma adicional. Lo importante es que no interrumpas el ejercicio.

Haz oración y en silencio invoca la presencia del creador para que se sea tu compañero constante y, de manera especial, pídele que sea el mensajero para

hacer llegar tus palabras a ese ser querido que hoy reposa en su corazón.

Prepararse para escribir una carta a ese ser amando con la certeza de que tu mensaje será escuchado, pues Dios (tal como tu puedas concebirle) no puede fallar y su naturaleza es responder a cada invocación, de manera especial por aquella que brota del corazón y que se realiza solo por amor.

En silencio, separa personas de actitudes, esto es, que para ella, que físicamente ya no ésta, desear de todo corazón que el amor supremo sea su cobija y la luz divina su guía y orientación constante en este nuevo camino de evolución y crecimiento. También en silencio explicar que en lo que vas a escribir quizás se plasmen algunos recuerdos que son desagradables, incluso hacerle saber a ella que e algunos aspectos mostraras tu enojo o molestia, pero descubrirás que lo único importante era decir “te amo”. Que lo único importante era hacerle saber importante o querido.

Ahora quema cuidadosamente la carta, y las cenizas puede arrojarlas al viento o enterrarlas y con todo eso clausurar el dolor y vacío. **Levinstein, R.(2005: 60,61)**

La terapia de la carta la realice de la siguiente manera se le pidió que escribiera por partes como se sentía cuando falleció su mamá, cuando la sepultaron, los días posteriores a la sepultura, después de la realización de la lectura; en donde ella describió en la primera parte “sentirse como si fuera un sueño de otra persona”, en la segunda “ un completo vacío dentro de ella misma que no sabía cómo llenar ya que le hacía falta la presencia de su mamá” en la tercera “identificada con los casos tanatológicos que mencionaban los libros y más tranquila”, es donde vemos que la lectura le ayudo mucho para darse cuenta

que su estado actual emocional estaba completamente alterado y que tenía solución para su sentir. Enseguida de esos resultados se le pidió que escribiera todo lo que no le pudo decir a su mamá, esto para empezar a cerrar ciclos. Al término de la carta se le pide que la lea varias ocasiones en diferentes situaciones emocionales, para que analice como estaba su estado de ánimo en esos momentos e interiorice la importancia de su persona, para después quemar esa carta con toda esa energía triste que ella plasmó y sirva de abono para dar vitalidad a un flor como símbolo de renacimiento de una vida nueva para ella.

TERAPIA DE LA SILLA VACÍA

Cuando se pone en la Silla Vacía a una persona significativa en la vida del paciente que puede no estar disponible por diversas causas (fallecimiento, distanciamiento, abandono, separación, etc.) La persona aprende que, si bien, ya no tiene existencia en la realidad física, ésta existe en la realidad psicológica del paciente. El paciente utiliza su imaginación para rellenar con la presencia de tal persona, el espacio vacío de la silla. El terapeuta le pide primero lo describa en su aspecto físico para darle fuerza a tal imagen y presencia.

Le pide dar forma y cuerpo a través de su imaginación, mientras tanto, va a experimentar una serie de sensaciones y sentimientos que se van a reflejar corporalmente. El terapeuta lo señala y lo refleja para que se vayan integrando al campo consciente del paciente. De igual forma, dirige la intervención hacia el momento de mayor intensidad emocional, detiene el proceso y facilita la toma de contacto.

El paciente se comunica directamente con la persona imaginada en la silla. El terapeuta sigue muy de cerca este diálogo, haciendo énfasis en el presente, en el sentimiento y en el cuerpo del paciente, suprimiendo cualquier nuevo intento

de evitación o evasión, alentando la expresión vigorosa de las emociones, fortaleciendo y fijando el límite de la frontera desde la cual el paciente reconoce lo propio y lo ajeno. De esta forma, encuentra su responsabilidad y recupera e integra su propia proyección. Cuando este diálogo con la persona en la Silla Vacía termina, el terapeuta le pide al paciente que cierra sus ojos e imagine a esta persona, que la acerque a sí mismo y la ponga en algún lugar de su cuerpo que no sea la cabeza (para evitar racionalizaciones).

El terapeuta le pregunta en donde la ha puesto y observa la región corporal sobre la que se ha reintegrado la proyección. Cada parte del cuerpo guarda una relación simbólica con la necesidad afectiva del paciente, por ejemplo, si se ha trabajado en la silla al padre o la madre, no es lo mismo si esta figurase depositada en el pecho, en las manos, o en los pies. Una vez reintegrada la proyección, el terapeuta le indica que puede abrir los ojos y le da tiempo para que se recupere de las imágenes trabajadas y se ubique en el momento y espacio terapéutico. Le pregunta cómo se siente y da por terminada la sesión.

Scott, P(2007:150,151)

Siendo aplicada de la siguiente forma en donde primero con los ojos cerrados se le mentaliza un lugar tranquilo, cómodo con un ambiente, en el cual al abrir los ojos vera a su mamá sentada de frente a ella con la ropa que más usaba, es ahí donde ella le dirá a su mamá todo aquello que no la ésta dejando ser feliz; en ésta terapia ella le pide perdón por no haber estado con ella en sus últimos momentos de vida ya, porque se sentía muy mal al verla en ese estado. Después cambio a la silla donde estaba su mamá haciendo el papel de mamá y ella misma contestaba al perdón dándose palabras de aliento donde se hacía sentir mejor. Gracias a esta terapia Josefa pudo cerrar por completo aquel dolor

que ella sentía al momento de recordar la muerte de su madre al sentir que ella era la que la perdonaba y le decía que no tenía ningún rencor en contra de ella sino todo lo contrario, que estaba muy agradecida por el amor y el apoyo que le dio hasta sus últimos momentos.

En este momento se ve que cambia por completo la expresión facial de Josefa al sentir ese alivio de estar en paz con su mamá.

PROMOVER EL DESARROLLO DE NUEVOS ROLES Y TAREAS

En general la persona en duelo no es consciente de todos los roles que desempeñaba con la persona fallecida hasta algún tiempo después de su muerte.

El doliente tiene que desarrollar nuevas habilidades y asumir roles que antes desempeñaba la persona fallecida.

En esta tarea aprendemos a vivir solos, solas, a tomar decisiones sin el otro, sin la otra; a desempeñar tareas que antes hacía con el difunto, la difunta, o que compartía con él o ella. A pesar del dolor, la vida sigue a su propio ritmo y en ocasiones con exigencias importantes. El duelo nos obliga a solucionar los problemas que surgen de la carencia del ser querido. En este momento debemos reforzar el desprenderse del ser querido sin renunciar a su recuerdo, que nos facilite vivir sin la otra persona.

2. RECUADRO DE ACTIVIDADES, CORRESPONDIENTES A LA NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
<p>Al realizar las diferentes actividades para poder ayudar a la usuaria a conciliar el sueño, se enfocaron principalmente a eliminar los factores luminosos, colocando cortinas más oscuras y gruesas para lograr aislar la luz y el ruido que había en su dormitorio, de acuerdo a lo manifestando por Josefa, que mencionaba no tener descanso. Mejorando de esta manera su patrón de sueño. Manifestando dormir más tiempo durante la noche y levantarse por la mañana más descansada.</p> <p>Sin embargo en algunas noches le era más difícil conciliar el sueño que otros días y es donde se lleva a cabo la segunda técnica, es decir, la musicoterapia y aromaterapia, esta técnica se realizaba cuando ella se iba a meter a bañar, se le puso música clásica de fondo, alrededor de su tina se proporcionaron diferentes esencias florales como lavanda, mandarina y manzanilla, dejándole indicaciones en una hoja para que se enseñara a respirar para poderse relajar un poco mientras se daba un baño.</p> <p>La técnica de respiración fue de la siguiente manera, escuchando la música de fondo tomara aire lentamente por su nariz siento como se iba llenando su tórax por la inhalación realizada, para que posteriormente soltara el aire lentamente frunciendo los labios. Así de esta manera apreciaría los diferentes aromas que había a su alrededor y le permitiría a su cerebro oxigenarse y relajarse.</p>

3. RECUADRO DE ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES A LA NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES
<p style="text-align: center;">ESTIMULAR EL AFRONTAMIENTO A SITUACIONES ESTRESANTES DE LA VIDA Y REFORZARLOS ELEMENTOS ADAPTATIVOS EXISTENTES.</p> <p>Fue un de las acciones que implicó más tiempo, debido a que la usuaria le tiene tanto amor a su familia que primero veía las necesidades de ellos y por ultimo veía sus propias necesidades, trabajamos mucho en la musicoterapia, para ayudar a quitar ese silencio que a veces en ocasiones a la usuaria le incomodaba, y con la música le era más fácil concentrarse y visualizar en su mente el ambiente confortable y el espacio amable para realizar sus actividades.</p> <p>La Sra. Josefa supo apreciar el momento por el cual está cursando actualmente, valorando lo que tiene y que no tiene, logró concientizarse de que sí ocurren en esta vida sucesos que no están dentro de nuestras manos evitar, y que sin embargo debemos de aprender a vivir con o sin esas cosas preciadas para nosotros; consideró que la religión y la fuerza que tiene en su fe le ayudó mucho para poder unir esos eslabones que habían quedado sueltos y recobrar el amor que se tiene a si misma como gran ser humano que es.</p>

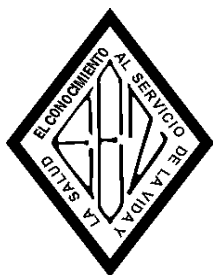
**4.- RECUADRO DE INTERVENCIONES CORRESPONDIENTES
A LA NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR
ADECUADAS.**

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
<p>Primero se dio cita a la paciente para platicara cual fue el motivo por el cual aún usa el luto. Explicó que ella lo usaba porque sentía que con eso le seguía demostrando a su mamá lo mucho que la quería. Dijo sentirse mal al no usar el luto por que decía que su mamá se sentiría muy triste por la toma de ésta decisión.</p> <p>Se le explica a Josefa que el luto en la vestimenta es solo una tradición, que ella puede seguir guardando el luto en su corazón, sin exteriorizarlo con la vestimenta, es ahí donde se implementa el suplantar el uso de prendas negras por unas coloridas, teniendo unas discrepancias al inicio de la actividad, pero que poco a poco fue asimilando para lograr sentirse de nuevo cómoda y feliz con la vestimenta normal.</p>

5.- RECUADRO CORRESPONDIENTE A LA NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
<p>Durante todas las acciones realizadas a Josefa siempre se tomó a la confianza y la seguridad como parte muy importante de las terapias ya que de esa manera ella expresaba si estaba cómoda, lo que le molestaba o lo que no quería realizar; por otra parte ella siempre se mostró muy accesible a cada una de las terapias, nunca se negó a realizar alguna.</p> <p>Para crear un ambiente armónico en donde el factor de distracción es primordial para mantener la mente ocupada, se ideó que la presencia de su nieto era necesaria para verla feliz, sin embargo su nieto vive con sus padres en Apatzingán y debido a esto, es muy difícil que la visita sea más frecuente, por otro lado la tecnología fue de gran apoyo porque se sustituye las visitas con llamadas o video llamadas en donde ella podía ver a su nieto y conversar con él.</p> <p>También se le motivó para que saliera a la plaza, algún centro comercial u otro lugar de su lugar de su agrado. A un balneario en compañía de su familia, para que se despejara su mente de cualquier recuerdo doloroso que se le pudiera venir a su memoria.</p> <p>Se consiguieron informes en centros deportivo donde se realizara zumba, para que ella volviera a retomar el hábito del ejercicio y tuviera una rutina en donde actualmente va de lunes a viernes una hora, ella realiza los ejercicios a su ritmo y sin esfuerzos mayores.</p>

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.



INCORPORADA A

**LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

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 impresión del trabajo de titulación a la C.

MARIA TRINIDAD TAMAYO PULIDO

NO. DE CUENTA: 409522839

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
INTRADOMICILIARIO, APLICADO A USUARIA CON ALTERACIÓN
EN LA NECESIDAD DE COMUNICACIÓN**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

Se extiende la presente a solicitud de la interesada para los usos legales que a ella convenga, en la ciudad de Zamora, Michoacán el 23 de Septiembre del 2013.

ATENTAMENTE

LEO Ignacia Escalera Mora

Directora