



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería de Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2017/18

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS
CUIDADOS DE ENFERMERÍA “EL PACIENTE
AMPUTADO”**

Alumno(a): Silvia Gil López

Tutor(a): José Luis Viaña Caballero

RESUMEN

El proceso de la amputación supone un gran impacto psicológico para el paciente y su entorno familiar pese a las causas de esta o edad del afectado.

La pérdida de la integridad corporal y el miedo a la dependencia son las principales preocupaciones de un paciente que haya sufrido un trauma de estas características.

Los sentimientos de tristeza, dolor, invalidez, se agregan a una nula aceptación corporal y un desvanecimiento de la autoestima que conllevan a la percepción de unas necesidades distintas a las meramente físicas.

La realización de un plan de cuidados a través del proceso de atención de enfermería, que incluya la valoración de las necesidades psicosociales, así como la fijación de objetivos e intervenciones dirigidas a solventarlas y ayudar al individuo a la elaboración del duelo; es fundamental en cualquier proceso quirúrgico de estas características.

Palabras clave: amputación, necesidades, plan de cuidados, psicológicas.

ÍNDICE

1) INTRODUCCIÓN.....	2
2) OBJETIVOS: Principal y Específicos.....	4
3) METODOLOGÍA.....	4
4) PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y CASO CLÍNICO	
I) Valoración.....	5
II) Diagnóstico.....	7
III) Planificación.....	8
IV) Ejecución.....	9
V) Evaluación.....	9
VI) Caso clínico.....	9
5) RESULTADOS	11
6) DISCUSIÓN.....	23
7) CONCLUSIÓN.....	23
8) BIBLIOGRAFÍA.....	24
9) ANEXOS.....	26

1. INTRODUCCIÓN

Una amputación es un hecho que puede afectar tanto a niños como a adultos en cualquier etapa de la vida y del desarrollo.

La mayoría de las amputaciones son causadas por enfermedades vasculares (70%), otras son traumáticas (17%), otras debido a enfermedades (10%) o congénitas (3%).⁽²⁾

Las causas de la amputación, así como la edad del individuo, inciden de gran manera en la tolerancia y recuperación psicológica. También son factores influyentes el género, la personalidad, profesión y expectativas de vida.

El reto psicofísico que se genera y el impacto es diferente en una amputación congénita, dónde los padres sufren el impacto inicial, o en un hecho traumático en el que el individuo sufre él mismo el shock inicial.⁽¹⁾

Actualmente la amputación se considera un proceso traumático en aquellos casos donde es inesperado, y una vía de curación en aquellos que conviven con dolor, malestar físico y la operación quirúrgica es la única salida posible.⁽³⁾

Sin embargo, todos estos procesos requieren una recuperación tanto física como psicológica.

Para el tratamiento de un caso clínico con estas características debemos contar con un equipo multidisciplinar (Enfermera, Médico, Psicólogo y Fisioterapeuta) que sepa abordar todas las esferas posibles en la recuperación.

Como profesionales de enfermería debemos realizar un trabajo de detección y seguimiento de aquellas necesidades que no brotan de manera tan espontánea como el dolor físico o las heridas. Hablo de las necesidades psicológicas y de apoyo. Estas no solo se limitan al miembro perdido, sino que son extendidas a varios ámbitos.⁽²²⁾

Surgen los sentimientos de vergüenza, sensación de invalidez y de pérdida física, ira, dolor, ansiedad y nula aceptación corporal; desvanecimiento de la autoestima y por lo tanto, pérdida de capacidades socio laborales.⁽²²⁾

Mediante la elaboración de planes de cuidado individualizados según las características del paciente conseguiremos una continuidad en los cuidados, ayudar a la elaboración del duelo con sus cinco fases (negación, ira, negociación, depresión y aceptación) y conseguir

la aceptación de la pérdida física que nos conduzca a la recuperación de las capacidades sociolaborales. ⁽²²⁾

El fisioterapeuta se encargará de la rehabilitación física del individuo a través de cuatro fases distintas. ⁽⁴⁾

1. Prequirúrgica: Durante esta primera fase el objetivo es dar información al paciente y a la familia. Se comunican posibles complicaciones, sensaciones fantasmas, características de la amputación y posibilidad de empleo de prótesis. Esta fase solo puede realizarse en aquellas amputaciones que se realizan de manera anunciada para el individuo.
2. Postquirúrgica: tiene una duración de 3 - 4 semanas desde el día siguiente de la operación. Está marcada por la curación de la herida quirúrgica y la evolución del muñón.
Se incluyen diferentes actividades como: tonificación del miembro amputado, de los miembros sanos y del tronco, deambulacion con ayuda de medios físicos y desplazamientos cama - silla - cama
3. Protetización provisional: Esta fase comienza un mes después de la operación. Durante ella se realizan los ajustes de la prótesis provisional y se empieza a deambular con ella. Se realizan actividades como: colocación de la prótesis y deambular con ella, cuidados del muñón, en especial los vendajes para remodelarlo, trabajar el equilibrio y la marcha.
4. Protetización definitiva: es la llevada a cabo tras 6 o 7 meses. Tras ajustar la prótesis se realizan ejercicios de flexibilidad y fuerza de las articulaciones. ⁽⁴⁾

La ayuda psicológica es indispensable en cuanto a las distorsiones cognitivas, como el pensamiento de “todo o nada” o pensamiento catastrófico “no voy a poder hacer nada”; y en el impacto emocional (afrontar la pérdida, mejorar la autoestima y corregir sus percepciones). ⁽⁵⁾

La amputación “más que un cambio físico, un cambio mental”. ⁽³⁾

2. OBJETIVOS

Principal:

- Detectar las necesidades psicológicas de un paciente amputado, a fin de proporcionar las herramientas necesarias para superarlas mediante un plan de cuidados específico además de ayudar en la formación del duelo y sus diferentes fases.

Específicos:

- Conseguir la rehabilitación psicofísica del paciente con el fin de permitirle su reinserción sociolaboral.
- Eliminar creencias como la invalidez física y evitar el aislamiento que esto pueda producir.

3. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo se ha empleado el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) con motivo de la creación de un plan de cuidados específico para un caso clínico de amputación traumática. El citado Proceso de Atención de Enfermería cuenta con cinco fases (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) que son descritas a continuación.

Se han empleado bases de datos (nacionales e internacionales) como Google académico, Scielo o Dialnet para la búsqueda de artículos, libros, cuestionarios e imágenes.

En lo relativo a la información para la creación del plan de cuidados se obtuvo mediante una entrevista clínica, valorando los 11 aspectos que refieren los patrones funcionales de Marjory Gordon.

La sede web NNNConsult ⁽⁸⁾ se ha utilizado para la elaboración del plan de cuidados utilizando las taxonomías: NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), elegida para establecer los diagnósticos de enfermería; NOC (Nursing Outcomes Classification) que nos proporciona los objetivos propuestos. Por último, la Taxonomía NIC (Nursing Interventions Classification) nos aporta las actividades necesarias para el logro de los objetivos fijados.

4. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y CASO CLÍNICO

El proceso de atención de Enfermería (descrito por primera vez en 1950 por Lydia Hall) se define como: “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de salud”.⁽¹¹⁾

D) VALORACIÓN

Para una correcta valoración enfermera es necesaria la recopilación de datos que aporta el paciente, la familia, las historias clínicas y otro tipo de fuentes (subjetivas, objetivas, históricas o actuales).^(12,21)

Esta información se contrarresta con la observación y un examen físico con el objetivo de detectar factores de riesgo que puedan producir una enfermedad. La información utilizada para el diagnóstico debe de estar verificada, organizada y sin discrepancias en ella.

Para la realización de la valoración utilizamos los once patrones funcionales de Marjory Gordon,^(7,10,21) fueron creados en los años 70 por Marjory Gordon en la escuela de enfermería de Boston. Son los siguientes:

1. **PATRÓN 1, PERCEPCIÓN DE LA SALUD:** referido a la visión que la persona tiene de su salud y bienestar, manejo de todo aquello relacionado con la salud, prevención, mantenimiento y recuperación.
Se valora a través de los hábitos higiénicos, la percepción de la salud, las conductas saludables, la existencia o no de alteraciones de la salud, existencia de hábitos tóxicos y accidentes laborales o domésticos.
2. **PATRÓN 2, NUTRICIONAL – METABÓLICO:** al consumo de alimentos y líquidos relacionado con sus necesidades metabólicas, horarios a los que realiza las comidas, altura y peso y si hay problemas con la ingesta.
Se valora a través de IMC, alimentación (número de comidas y alimentos que integran estas), problemas al deglutir, problemas digestivos, alergias o intolerancias alimenticias.
3. **PATRÓN 3, ELIMINACIÓN:** referido a la eliminación de sustancias de desecho por vía urinaria, intestinal y de la piel.

- Se valoran las características de las sustancias excretadas, si hay dificultades para esta o si existe alguna incontinencia.
4. **PATRÓN 4, ACTIVIDAD – EJERCICIO:** se refiere a la cantidad y calidad del ejercicio, capacidad funcional y requerimientos energéticos.
Se valora la tolerancia al ejercicio, la movilidad de la persona, estilo de vida, actividades que realiza.
 5. **PATRÓN 5: SUEÑO – DESCANSO:** referido a la cantidad y calidad del sueño, los mecanismos de ayuda para conciliar el sueño.
Se valora el tiempo dedicado al sueño, el espacio físico dedicado a él, problemas para conciliar el sueño (ruidos, dolor, ansiedad...), uso de fármacos que ayuden al descanso.
 6. **PATRÓN 6, COGNITIVO – PERCEPTUAL:** referido al nivel de conciencia, lenguaje, ayudas para la comunicación, memoria.
Se valora el nivel de conciencia, de instrucción, alteraciones cognitivas o perceptivas.
 7. **PATRÓN 7, AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO:** referido a la imagen corporal, social, autoestima, patrón emocional.
Se valoran los datos de la imagen corporal como la postura o el contacto visual, los problemas con esta misma o consigo mismo.
 8. **PATRÓN 8, ROL – RELACIONES:** referido al patrón de compromisos rol – relaciones.
Se valora: la familia, problemas en la familia, apoyo familiar, escuela y amigos.
 9. **PATRÓN 9, SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN:** referido al patrón reproductivo. Alteraciones en la sexualidad y a los patrones de esta misma.
Se valora la menarquía, menopausia, métodos anticonceptivos, embarazos, abortos.
 10. **PATRÓN 10, AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS:** referido a capacidad de adaptación a los cambios y respuestas contra el estrés.
Se valora preguntando por situaciones de estrés en los últimos años, forma de afrontar los problemas o medicinas empleadas en su control.
 11. **PATRÓN 11, VALORES Y CREENCIAS:** referido a los valores y creencias que se emplean al tomar decisiones.
Se valora: planes de futuro, conformidad con su propia vida y percepción de la muerte.

II) DIAGNÓSTICO

Tras la recogida y la confirmación de datos el segundo paso del Proceso de Atención de Enfermería y el resultado de la valoración es el diagnóstico.

Estos diagnósticos se definen como: “diagnósticos clínicos efectuados por profesionales enfermeros que describen un problema de salud real o potencial que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia son capaces de tratar y están autorizadas para ello. Esta definición excluye aquellos problemas de salud cuya terapia es la prescripción de fármacos, cirugía, radiaciones y otros tratamientos que se definen como práctica legal de la medicina.”⁽¹⁴⁾ Es decir, el diagnóstico enfermero es la base sobre la que se realiza el plan de cuidados de enfermería.

Los pasos para la creación de un diagnóstico son los siguientes: priorizar, verificar una valoración realizada de forma global, describir los problemas reales y potenciales, búsqueda de evidencias, determinar las causas del problema e identificar los factores de riesgo, involucrar al individuo y finalmente evaluar los recursos.^(6,21)

Por lo tanto, la información recabada en la fase de valoración debe ser lo más exacta y detallada posible.

Para la formulación de un diagnóstico enfermero se emplean tres elementos o apartados fundamentales: Problema + Etiología + Signos y síntomas (PES).^(14,21)

Estos tres elementos pueden aparecer juntos en la formulación de un enunciado diagnóstico, o solamente uno o dos de ellos.

- Problema: Lleva el nombre de “etiqueta diagnóstica” dentro del enunciado. Es la parte principal, donde se describe el problema o la situación de riesgo.
- Etiología: Se define como factores de riesgo, factores relacionados o factores etiológicos, según el tipo de diagnóstico en el que se encuentren. Son los elementos que producen el problema o la situación de riesgo.
- Signos y síntomas: referido a las manifestaciones clínicas que el problema o la situación de riesgo producen en el individuo.

En cuanto a los tipos de diagnósticos vamos a encontrar cuatro:

- Diagnóstico real: este enunciado diagnóstico contiene los tres elementos. (problema + etiología + signos y síntomas)-

Referido a juicios clínicos sobre una persona, familia o comunidad que están presentes en el momento de la valoración. Se reconoce principalmente por la presencia de signos y síntomas (características definitorias).

- Diagnóstico de riesgo: son juicios clínicos emitidos sobre una persona, familia o comunidad, los cuales son propensos a desarrollar un problema de salud que otro individuo o grupo de individuos en la misma situación y con las mismas características. Es decir, describen un problema de salud potencial.

No presentan complicaciones reales por lo que solamente lo forman dos elementos (problemas + etiología).

- Diagnósticos de salud: referido a situaciones en las que una persona, familia o comunidad desea tener un nivel mayor de conocimientos en cuanto a sus cuidados y a la promoción de la salud.

Este diagnóstico no refiere ni problema ni etiología, no se compone de ninguno de los elementos del formato (PES).

- Diagnóstico síndrome: este tipo de diagnósticos enfermeros están formados por la agrupación de diagnósticos reales o de riesgo. Esto quiere decir que pueden aparecer todos o solamente uno de ellos. ⁽¹⁴⁾

III) PLANIFICACIÓN

La planificación es el tercer paso, en esta fase hay cuatro elementos clave: ^(12,21)

- Determinar los objetivos.
- Establecer las intervenciones a través de ellos.
- Identificar las prioridades.
- Crear un plan de cuidados específico del paciente.

Durante la planificación determinan los resultados que se quieren alcanzar y a través de ellos las actividades de acuerdo con el estado de salud del individuo. Los objetivos elegidos deben tener unas características comunes:

- Específicos de cada diagnóstico y centrados en el usuario.
- Fijar el plazo de realización de cada uno (corto, medio y largo).
- Deben de poderse medir y ajustarse a la realidad. ⁽²¹⁾

La taxonomía empleada en este trabajo para fijar los objetivos es N.O.C (Nursing Outcomes Classification) o C.R.E (Criterios de Resultados de Enfermería). ⁽⁹⁾

IV) EJECUCIÓN

El cuarto paso de este proceso consiste en escoger las intervenciones más adecuadas con el propósito de cumplir los objetivos fijados en el paso anterior. Es la puesta en práctica de los cuidados.

Durante la ejecución se realizan las siguientes actividades: realizar las intervenciones de enfermería, informar verbalmente, actualizar el plan de cuidados y continuar la recogida y valoración de datos. ⁽²⁰⁾

Las intervenciones que se van a realizar pueden ser: directas o indirectas. Están nombradas mediante la taxonomía N.I.C (Nursing Interventions Classification) o C.I.E (Clasificación de resultados de enfermería). ⁽⁹⁾

V) EVALUACIÓN

Es el último paso del Proceso de Atención de Enfermería. En ella se valora la eficacia del plan de cuidados. El proceso de evaluación tiene dos partes: recogida de datos sobre el problema o diagnóstico que queremos evaluar y comparación con los resultados esperados junto con una valoración de la evolución del paciente. ⁽²⁰⁾

Si los resultados no se corresponden se realizarán cambios en las otras fases.

En base a los datos recabados, a las taxonomías elegidas, a los objetivos fijados y al caso clínico que se expone a continuación se realiza la elaboración de un plan de cuidados para solventar las necesidades psicofísicas detectadas a través de una entrevista clínica (Anexo D).

VI) CASO CLÍNICO

Resumen historia clínica:

Mujer de 45 años que ha sufrido un accidente de tráfico provocándola un atrapamiento y a su vez amputación de parte de la extremidad inferior izquierda, es trasladada de inmediato al Hospital Clínico de Valladolid.

A su llegada presenta un Glasgow de 10, una hemorragia activa, colgajos de tejido subcutáneo y muscular y fracturas en los fragmentos de tibia y peroné que no han sido amputados.

Debido a la imposibilidad de recomponer los tejidos y el mal estado de los fragmentos de hueso, se decide retirar todo el material hasta la rótula. Se realiza una desarticulación de rodilla. ⁽⁴⁾

Antecedentes personales:

- Apendicectomía
- Amigdalectomía
- Hipertensión grado I
- Inseminación artificial no efectiva.

Antecedentes familiares: sin interés

Medicación actual: ninguna.

Exploración física:

Tensión Arterial: 90/55, Frecuencia cardiaca: 120 lpm (latidos por minuto), frecuencia respiratoria: 30 rpm (respiraciones por minuto), saturación de oxígeno en sangre: 93%, temperatura: 36 °C, Glasgow de 10 puntos.

Historia actual:

Tras la operación, la paciente es informada de los hechos. En un primer momento aparece el shock inicial y la negación de la realidad.

En las primeras semanas tras el suceso no se atreve a salir a la calle ya que mantiene la creencia en la cual toda la gente va a demostrar una actitud de rechazo hacia ella, debido a su aspecto físico. Su relación con su círculo de amistades más cercanas se deteriora por este mismo motivo. También refiere que ya no se siente atractiva para su pareja como mujer.

Tampoco puede acudir al trabajo porque ya no se siente válida para realizarlo (trabaja como dependienta en una tienda de ropa).

En su entorno familiar se esfuerzan por apoyarla en su proceso de recuperación y ayudarla para que recupere el estado de ánimo, sin mucho éxito.

Se inicia la creación de un plan de cuidados orientado a la recuperación psicológica de la paciente además de tener en cuenta los cuidados físicos.

5. RESULTADOS

Después de localizar los patrones alterados mediante una entrevista clínica (Anexo I), se realiza un plan de cuidados ⁽⁸⁾ atendiendo los aspectos psicológicos de la paciente, sin dejar a un lado las necesidades físicas; utilizando las taxonomías anteriormente mencionadas.

PATRÓN 1, PERCEPCIÓN DE LA SALUD: Durante la entrevista con nuestra paciente concluimos que en lo relativo a enfermedades crónicas graves solo padece hipertensión grado I, sin medicación necesaria.

No tiene ningún hábito tóxico, ni consume alcohol o tabaco.

También nos asegura que ha recibido la información suficiente sobre su intervención, las curas que precisa la herida quirúrgica y lo respectivo a las revisiones necesarias.

En cuanto a la autonomía en su domicilio refiere que se encuentra muy incapacitada ya que su vivienda no está adaptada a una silla de ruedas (no hay rampas ni barandillas). Este hecho le imposibilita la mayoría de las actividades y le causa temor por cualquier tipo de accidente doméstico que pueda sufrir.

Por lo que concluimos:

✚ *Diagnóstico:* RIESGO DE CAÍDAS (00155), definido por: aumento de la susceptibilidad de las caídas que puede causar daño físico y comprometer la salud.
Características y factores: Uso de dispositivos de ayuda (andador, bastón, silla de ruedas), periodo de recuperación postoperatorio, deterioro de la movilidad.

❖ *NOC:* CONDUCTA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS (1909), definido por acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal.

Indicadores: (190901) utiliza dispositivos de ayuda correctamente, (190903) coloca barreras para prevenir caídas, (190915) utiliza barandillas si es necesario.

▪ *NIC:* PREVENCIÓN DE CAÍDAS (6490), definido por Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

○ *Actividades:*

- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
 - Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camillas en la transferencia del paciente.
 - Observar la habilidad para pasar de la cama a la silla y viceversa.
- ❖ *NOC*: CONDUCTA DE SEGURIDAD: AMBIENTE SEGURO EN EL HOGAR (1910), definido por: medidas físicas para minimizar los factores ambientales que podrían causar una lesión física en el hogar.
- Indicadores*: (191008) accesibilidad a dispositivos de ayuda, (191032) espacio para desplazarse con seguridad por la vivienda.
- *NIC*: MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD (6486), definido por: vigilar y actuar sobre al ambiente físico para valorar la seguridad.
 - *Actividades*:
 - Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognitiva y el historial de conducta del paciente.
 - Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
 - Disponer dispositivos adaptativos (taburetes o barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente.

PATRÓN 2, NUTRICIONAL – METABÓLICO: En lo referido a la ingesta de líquidos y alimentos es la adecuada por parte de la paciente. Tiene una dieta equilibrada y no presenta alergias o intolerancias.

El estado de la piel y mucosas es el adecuado y la herida quirúrgica tiene una evolución favorable.

Por lo que concluimos que el patrón no se encuentra alterado.

PATRÓN 3, ELIMINACIÓN: En lo que respecta a la eliminación tanto urinaria como intestinal la paciente refiere ser continente y no sufrir ningún tipo de alteración ni enfermedad.

No utiliza de ningún dispositivo de ayuda para la eliminación ni es portadora de ostomías. Por lo que concluimos que el patrón no está alterado.

PATRÓN 4, ACTIVIDAD - EJERCICIO: En cuanto a las actividades básicas de la vida diaria como vestirse, desvestirse, asearse, ir al baño...etc. Nos asegura que “poco a poco” consigue realizarlas con menos dificultad.

En lo relativo a la movilidad ha elegido en un principio la silla de ruedas para desplazarse. Ha conseguido adaptarse a ella y aprender a manejarla, aunque no tiene la capacidad física adecuada para moverla continuamente, ya que nunca ha realizado ejercicio físico y se cansa muy a menudo.

También nos comenta que en un futuro le gustaría emplear de una prótesis, cuando el estado del muñón y de la herida lo permitan.

Se emplea el índice de Barthel ⁽¹⁵⁾ (Anexo II) para valorar la independencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Se obtuvo una puntuación de 75, es decir moderadamente dependiente.

Por lo que concluimos:

✚ *Diagnóstico:* DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (00085), definido por: limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo de una o de más extremidades.

Características y factores: Pérdida de la condición física, alteración de la integridad de la estructura ósea.

❖ *NOC:* AMBULAR: SILLA DE RUEDAS (0201), definido por: acciones personales para moverse de un sitio a otro en silla de ruedas.

Indicadores: (20108) maniobra en las rampas, (20102) impulsa la silla de ruedas con seguridad, (20101) se traslada de y hacia la silla de ruedas.

▪ *NIC:* FOMENTO DEL EJERCICIO: ENTRENAMIENTO DE LA FUERZA (0201), definido por: facilitar el entrenamiento muscular

frente a resistencia para mantener o aumentar la fuerza del músculo.

○ *Actividades:*

- Especificar el nivel de resistencia, el número de repeticiones, el número de series y la frecuencia de las sesiones de "entrenamiento" de acuerdo con el nivel de forma física y la presencia o ausencia de factores de riesgo con el ejercicio.
- Modificar los movimientos y métodos de aplicación de resistencia para los pacientes que deben estar sentados o encamados.
- Establecer un programa de seguimiento para mantener la motivación, ayudar a resolver problemas y controlar el progreso.
- Colaborar con la familia y otros profesionales sanitarios (p. ej., fisioterapeuta, fisiólogo del ejercicio, terapeuta ocupacional, terapeuta recreacional, fisioterapeuta) en la planificación, enseñanza y control del programa de entrenamiento muscular.

PATRÓN 5, SUEÑO - DESCANSO: Mediante la entrevista la paciente nos confiesa que la calidad y cantidad de las horas de sueño no es la adecuada. El espacio físico en que duerme tiene unas condiciones excelentes de espacio y tranquilidad, sin embargo, precisa medidas farmacológicas para conseguir un sueño suficiente.

Por lo que concluimos:

✚ *Diagnóstico:* INSOMNIO (00095), definido por: trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

Características y factores: Dificultad para conciliar el sueño, dificultad para mantener el sueño, ansiedad, duelo.

- ❖ *NOC*: SUEÑO (0004), definido por: suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.

Indicadores: (421) dificultad para conciliar el sueño, (404) calidad del sueño.

- *NIC*: MEJORAR EL SUEÑO (1850), definido por: facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

- *Actividades*:

- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autógena u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.
- Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

- *NIC*: TERAPIA DE RELAJACIÓN (6040), definido por: uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.

- *Actividades*:

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).
- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.

PATRÓN 6, COGNITIVO - PERCEPTUAL: La paciente conserva la orientación temporoespacial y las capacidades visuales, auditivas y del lenguaje.

También sufre dolores físicos en la extremidad afectada que precisaban de fármacos para su alivio y control. El dolor físico se valoró mediante la escala visual analógica (EVA) (Anexo IV). Se obtuvo una puntuación de 5 centímetros, es decir un dolor moderado.

Por lo que concluimos:

✚ *Diagnóstico:* DOLOR AGUDO (00132), definido por: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible).

Características y factores: Agentes lesivos físicos (p. ej., absceso, amputación, quemadura, corte, levantar objetos pesados, procesos quirúrgicos, traumatismos, sobreentrenamiento).

❖ *NOC:* CONTROL DEL DOLOR (1605), definido por: acciones personales para controlar el dolor.

Indicadores: (160505) Utiliza los analgésicos de forma apropiada, (1605029) reconoce el comienzo del dolor.

▪ *NIC:* MANEJO DE LA MEDICACIÓN (2380), definido por: facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

○ *Actividades:*

- Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
- Revisar periódicamente con el paciente y/o familia los tipos y dosis de medicamentos tomados.

PATRÓN 7, AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO: Debido a la rapidez del suceso, la paciente se encuentra experimentando sentimientos de tristeza, ansiedad y miedo.

También siente un profundo rechazo por el muñón y un gran cambio en su imagen física.

Se emplea el cuestionario de Goldberg ⁽¹⁷⁾ (Anexo V) para valorar la ansiedad y depresión de la paciente, este nos confirmó unos resultados positivos de ansiedad y de depresión.

Por lo que concluimos:

✚ *Diagnóstico:* TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL (00118), definido por:
Confusión en la imagen mental del yo físico.

Características y factores: Alteración de la estructura corporal, ausencia de una parte del cuerpo.

❖ *NOC:* IMAGEN CORPORAL (1200), definido por: percepción de la propia apariencia y funciones corporales.

Indicadores: (120007) adaptación a cambios en el aspecto físico, (120016) actitud hacia tocar la parte corporal afectada.

▪ *NIC:* CUIDADOS DEL PACIENTE AMPUTADO (3420), definido por: Promover la curación física y psicológica anterior y posterior a la amputación de una parte del cuerpo.

○ *Actividades:*

- Colocar el muñón por debajo de la rodilla en una posición de extensión.
- Observar si hay dolor de miembro fantasma (dolor urente, con calambres, lancinante, opresivo o con hormigueo donde estaba la extremidad).
- Observar las preocupaciones psicológicas (depresión o ansiedad) y el ajuste relacionado con el cambio de imagen corporal.
- Animar al paciente a practicar autocuidados del muñón.
- Alentar y facilitar la interacción entre personas con amputaciones similares, según corresponda.

- Ayudar al paciente durante el proceso de duelo asociado con la pérdida de una parte del cuerpo (p. ej., aceptar la necesidad inicial de ocultar el muñón)

PATRÓN 8, ROL – RELACIONES: En lo referido al trabajo la paciente no está segura de poder conservar su empleo, ni de ser capaz realizarlo de una manera tan efectiva como anteriormente (dependiente de una tienda de ropa).

Tanto su familia como su pareja la apoyan y ayudan desde un primer momento, tanto con los cuidados físicos como en el reto de la propia paciente para aceptar lo sucedido.

También la genera mucha ansiedad el rechazo que cree (no era de esa manera) que sufre por su condición física, tanto de sus amigos como del resto de individuos. Esta situación le lleva a apartarse de sus círculos de amistades.

A través de la entrevista averiguamos en qué fase del duelo se encuentra, en este caso la paciente se encuentra en la fase de depresión, expresa sentimientos de tristeza y frustración.

Se emplean los cuestionarios de apoyo social percibido Dunk – Unc ⁽¹⁸⁾ (Anexo VI) y Apgar familiar ⁽¹⁹⁾ (Anexo VII). Se obtuvo una puntuación de 19 en el Apgar familiar y por lo que la paciente goza de apoyo familiar suficiente. En el cuestionario de Dunk se demostró que el apoyo social que tiene la paciente era el adecuado, obtuvo 53 puntos.

Por lo que concluimos:

✚ *Diagnóstico:* DUELO (00136), definido por: complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

Características y factores: búsqueda del significado de la pérdida, Pérdida de objeto significativo (p. ej., posesión, trabajo, estatus, casa, parte del cuerpo).


- ❖ *NOC:* AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS (1302), definido por: acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Indicadores: (130212) utiliza estrategias de superación efectivas, (130217) refiere disminución de los sentimientos negativos.

- *NIC:* FACILITAR EL DUELO (5290), definido por: ayuda en la resolución de una pérdida significativa.

- *Actividades:*

- Ayudar al paciente a identificar la naturaleza de apego del objeto o la persona que ha perdido.
- Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.
- Fomentar la identificación de los miedos más profundos sobre la pérdida.
- Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.

 *Diagnóstico:* DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL (00052), definido por: calidad insuficiente o excesiva o calidad ineficaz de intercambio social.

Características y factores: Alteración en el autoconcepto, alteración en los procesos de pensamiento.

- ❖ *NOC:* IMPLICACIÓN SOCIAL (1503), definido por: interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones.

Indicadores: (150301) interacción con amigos íntimos, (150311) participación en actividades de ocio.

- *NIC:* POTENCIACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN (5100), definido por: facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás.

- *Actividades:*

- Fomentar la implicación en las relaciones ya establecidas.
- Enfrentar al paciente con sus trastornos del juicio, según corresponda.
- Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones.

PATRÓN 9, SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN: En lo relativo a las relaciones sexuales con su pareja, la paciente muestra preocupación por el posible cambio que su imagen corporal provoque en su pareja y en su relación.

Tampoco se ve preparada para tener relaciones sexuales de nuevo debido a los sentimientos de vergüenza causados por su propio aspecto físico.

Por lo que concluimos:

- ✚ *Diagnóstico:* PATRÓN SEXUAL INEFICAZ (00065), definido por: expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.

Características y factores: Conflicto de valores, alteración en la conducta sexual.

- ❖ *NOC:* AUTOESTIMA (1205), definido por: juicio personal sobre la capacidad de sí mismo.

Indicadores: (120501) verbalizaciones de autoaceptación, (120518) descripción de estar orgulloso.

- *NIC:* POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA (5400), definido por: ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.

- *Actividades:*

- Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.

- *NIC:* MEJORA DE LA IMAGEN CORPORAL (5220), definido por: mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.

- *Actividades:*

- Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía, según corresponda.
- Observar si el paciente puede mirar la parte corporal en la que ha sufrido un cambio.
- Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.

PATRÓN 10, AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS: A medida que avanzaba la entrevista la paciente nos asegura que se encontraba muy estresada por la nueva situación y los cambios. A pesar de querer adaptarse, la amputación es una alteración muy repentina y definitiva.

El estado estrés surge como respuesta a una serie de cambios (la reciente amputación de su extremidad inferior izquierda, cambio en su aspecto físico, cambios en su vida diaria y laboral) y no son bien tolerados psicológicamente por la paciente.

A pesar de contar con apoyo familiar y social la paciente no consigue controlar su estrés y ansiedad.

Por lo que concluimos:

- ✚ *Diagnóstico:* ESTRÉS POR SOBRECARGA (00177), definido por: excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren acción.

Características y factores: Factores estresantes, estrés excesivo.

- ❖ *NOC:* ADAPTACIÓN A LA DISCAPACIDAD FÍSICA (1308), definido por: acciones personales para adaptarse a un problema funcional importante debido a una discapacidad física.

Indicadores: (1308019) verbaliza capacidad para adaptarse a la discapacidad, (130812) acepta la necesidad de ayuda física.

- *NIC:* MEJORAR EL AFRONTAMIENTO (5230), definido por: facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas

que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.

○ *Actividades:*

- Controlar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión).
- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado.
- Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.

PATRÓN 11, VALORES Y CREENCIAS: la paciente nos afirma que tenía planes de futuro y confía en superar esta fase de la vida. Practica una religión y esta no interfiere en los cuidados sanitarios.

Por lo que concluimos que el patrón no está alterado.

6. DISCUSIÓN

En cualquier programa o plan de cuidados de enfermería los profesionales tratan los aspectos concurrentes en la esfera física, sin embargo, las esferas psicosocial o laboral son olvidadas con frecuencia.

Tras un hecho traumático como es una amputación tanto la familia como el individuo afectado se encontrarán ante un gran shock inicial que poco a poco dará lugar a una gran variedad de preguntas y dudas sin resolver.

Mediante la enfermería en la atención primaria es posible detectar, tratar y realizar un seguimiento de aquellos cuidados que no son percibidos de manera inmediata por los profesionales.

A través este trabajo se ha querido plasmar la importancia de los cuidados requeridos en otras esferas y con ello el planteamiento de estos objetivos.

Se han localizado las necesidades psicológicas que ha provocado el suceso, se ha ayudado a elaborar y superar las distintas fases del duelo.

En cuanto a la rehabilitación psicofísica se ha controlado el estrés, el afrontamiento de situaciones difíciles y los sentimientos que estas generan, la ansiedad, depresión, sentimientos de vergüenza y rechazo que le causaban la pérdida física que ha sufrido.

La adaptación al nuevo estilo de vida a través de métodos de ayuda física, la modificación de sus hábitos, la aceptación corporal y la reinserción laboral, son los indicadores necesarios para concluir el éxito del Proceso de Atención de Enfermería.

7. CONCLUSIONES

A través de la realización del trabajo y los objetivos determinados, concluimos:

- La importancia de la creación de planes de cuidados de enfermería los cuales engloben más esferas aparte de la física, individualizándoles según las necesidades percibidas por el profesional.
- La atención interdisciplinar con la necesaria coordinación entre los diferentes profesionales, en ella la enfermera se encarga de la atención en el domicilio, del seguimiento y continuidad de los cuidados.
- La utilización del Proceso de Atención de Enfermería y de las taxonomías NANDA, NOC, NIC⁽⁸⁾ que consiguen la estructuración del plan de cuidados a través de una metodología científica.⁽⁹⁾

8. BIBLIOGRAFÍA

- [1] Psicología forense [Internet]. Psicología forense. 2018 [visitada el 20 marzo 2018]. Disponible en: <http://psicologos-forenses.blogspot.com/2011/06/consecuencias-psicologicas-de-las.html>.
- [2] Farro L, Tapia R. Características clínicas y demográficas del paciente amputado [Internet]. Scielo. 2018 [visitada el 12 abril 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2012000400005&script=sci_arttext&tlng=en
- [3] Tavera J. Amputación, más allá de un cambio físico, un cambio mental. Revista el dolor [Internet]. 2015 [visitada el 15 abril 2018]; :(páginas 21- 22). Disponible en: http://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/55dddb2d3e34c_original3_62_final.pdf
- [4] Gazquez J, Barragán A, Martos Á. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor [Internet]. ASUNIVEP; 2018 [visitada el 20 abril 2018]; (páginas 577 – 580). Disponible en: <https://formacionasunivep.com/documents/publicaciones/cuidados-aspectos-psicologicos-actividad-fisica-salud-mayor-voli.pdf>
- [5] Montes F. Rol del psicólogo en pacientes amputados. [Internet]. 2012 [visitada el 21 abril 2018]. Disponible en: <https://prezi.com/szm2jp7tg8r1/rol-del-psicologo-en-pacientes-amputados/>
- [6] Bellido J, Cárdenas V. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN [Internet]. 1st ed. Jaén: Colegio de Enfermería de Jaén; 2010 [visitada el 22 abril 2018]; (página 30). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
- [7] Álvarez J, Del Castillo F, Fernández D. Manual de valoración de patrones funcionales [Internet]. Gijón: Seapa; 2010 [visitada el 25 abril 2018]; (páginas 4–27). Disponible en: <http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>
- [8] NNNConsult [Internet]. NNNConsult. 2018 [visitada el 11 mayo 2018]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
- [9] Enfermería actual [Internet]. Actualización en Enfermería. [visitada el 13 mayo 2018]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/>

- [10] Observatorio de metodología enfermera [Internet]. [visitada el 17 mayo 2018]. Disponible en: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391
- [11] Reina N. El proceso de Enfermería: instrumento para el cuidado [Internet]. 2015 [visitado el 18 mayo 2018]; (página 18). Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/304/30421294003/>
- [12] Lefevre A. Definición del proceso enfermero [Internet]. Aprende en línea. [visitado 18 de mayo 2018]. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61914>
- [13] González, P. y Chaves, M. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. [visitado el 18 de mayo 2018] Redacyl, páginas 55 - 56. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/1452/145220480004/>.
- [14] Diagnósticos estandarizados de Enfermería. (2011). Madrid: FUDEN, [visitado 15 de mayo 2018], (páginas 10 – 16); Disponible en: http://ome.fuden.es/media/docs/26_valores_determinantes_2011.pdf
- [15] Índice de Barthel. [imagen] [visitado 25 mayo 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004
- [16] Índice de Katz. [imagen]. [visitado 25 de mayo 2018] Disponible en: <http://www.samiuc.es/indice-katz-valoracion-actividades-vida-diaria/>
- [17] Escala de Goldberg. [imagen] [visitado el 27 mayo 2018]. Disponible en: <http://espectroautista.info/GADS-es.html>.
- [18] Escala de Dunk - Unc. [imagen] [visitado 26 mayo 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-8958201100010001
- [19] Apgar familiar. [imagen]. [visitado 27 mayo 2018]. Disponible en: <https://miespacioresiliente.wordpress.com/2015/01/15/apgar-familiar-evaluacion-de-la-funcionalidad-familiar/>
- [20] Rosales, S y Reyes, E. Información sobre Enfermería [Internet] [visitado 13 mayo 2018]. Disponible en: <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/>
- [21] Cisneros. F. Proceso de atención de enfermería [Internet] [visitado 30 abril 2018]; (páginas 1 – 15); Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>
- [22] Morris, S. Los aspectos psicológicos de la amputación [Internet] [visitado 5 mayo 2018]; Disponible en: <https://www.amputee-coalition.org/resources/spanish-psychological-aspects/>

9. ANEXOS

Anexo I: entrevista clínica.

PATRÓN 1, PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD.

- Datos de contacto:
- Antecedentes personales:
 - Enfermedades anteriores: SI NO (indique cuáles son).
 - Intervenciones quirúrgicas anteriores: SI NO (indique cuáles).
 - Antecedentes familiares de interés, enfermedades genéticas: SI NO (en caso afirmativo indique cuáles son).
- Tiene alguna alergia conocida: SI NO (en caso afirmativo indique cuáles)
- ¿Está tomando algún tipo de tratamiento? SI NO
- ¿Tiene algún hábito tóxico? ¿Alcohol, drogas? SI NO
- Actividades de la vida diaria
 - ¿Va al baño usted sola? SI NO
 - ¿Se viste y se desviste usted sola? SI NO
- Conocimientos sobre la amputación:
 - ¿Conoce el motivo por el que está aquí? SI NO
 - ¿Ha recibido información suficiente sobre su proceso quirúrgico? SI NO, ¿Tiene alguna duda sobre ello? SI NO
 - ¿Ha recibido enseñanzas sobre el manejo de los dispositivos de movilidad? (silla de ruedas, muletas) SI NO
 - ¿Ha recibido información sobre los cuidados que precisa el muñón? SI NO
 - ¿Quién le realiza las curas necesarias?
 - ¿Cuándo acude revisiones?
- Sobre las condiciones de la vivienda en la que reside:
 - ¿Se encuentra adaptada para los dispositivos de ayuda que usted emplee para su desplazamiento por ella? SI NO
 - ¿Precisa de las medidas de seguridad necesarias para que no sufra ningún tipo de accidente doméstico? (Barandillas, plato de ducha, rampas) SI NO
- ¿Cómo se encuentra usted? Describa en un par de frases como se encuentra física y anímicamente.

PATRÓN 2, NUTRICIONAL – METABÓLICO.

- Talla: Peso: IMC:
- ¿Es alérgico a algún tipo de alimento? SI NO
- En cuanto la ingesta de líquidos, ¿bebe suficiente agua? SI NO, ¿Cuántos litros al día?
- En cuanto a la alimentación, ¿Come de todo? SI NO, ¿Es intolerante a algún tipo de alimento? SI NO
- ¿Sigue algún tipo de dieta especial? SI NO ¿No come algún tipo de alimento? SI NO, en caso afirmativo indique cuál/cuáles.
- ¿Sufre dificultades para masticar, tragar o digerir algún tipo de alimento? SI NO
- Estado de la piel: hidratada o deshidratada, ¿Tiene algún tipo de lesión aparte de la herida quirúrgica? SI NO
- Aspecto de la extremidad en la que tiene el muñón, ¿Edematizada? SI NO
- Aspecto de la piel perilesional, ¿Hidratada? SI NO, ¿Íntegra? SI NO
- Aspecto de la herida quirúrgica, ¿Infectada? SI NO, ¿Restos hemáticos o de algún otro tipo de secreción? SI NO
- ¿Se realiza las curas de la herida diariamente? SI NO
- ¿Ha tenido alguna complicación en la herida quirúrgica? SI NO, en caso afirmativo indique cuáles:

PATRÓN 3, ELIMINACIÓN.

Eliminación urinaria.

- ¿Va usted sola al baño? SI NO
- ¿Es usted continente? SI NO
- ¿Orina varias veces al día? SI NO
- ¿Ha notado algún cambio en el patrón urinario? SI NO
- ¿Necesita algún tipo de sistema de ayuda? SI NO, en caso afirmativo indique cuales:
 - o Sondaje.
 - o Diuréticos.
 - o Absorbentes.
 - o Otros.

- ¿Sufre algún tipo de complicación a la hora de orinar? SI NO, ¿Sufre molestias o dolor al hacerlo? SI NO
- ¿Qué características tiene la orina? ¿Color y aspecto?, ¿Olor normal?
- ¿Tiene algún tipo de derivación urinaria? SI NO, en caso afirmativo indique:
 - o Causa de su colocación
 - o Tipo
 - o Localización
 - o Temporalidad
 - o Dispositivo usado

Eliminación intestinal:

- ¿Va usted sola al baño? SI NO
- ¿Es usted continente? SI NO
- ¿Realiza al menos una deposición todos los días? SI NO
- ¿Ha notado algún cambio en su patrón de eliminación intestinal? SI NO
- ¿Necesita algún tipo de ayuda para ir al baño? SI NO, en caso afirmativo, indique cuáles:
 - o Laxantes.
 - o Fibra.
 - o Otros.
- ¿Sufre alguna complicación a la hora de hacer deposición? SI NO, ¿Sufre molestias o dolor al hacerlo? SI NO
- ¿Las deposiciones tienen un aspecto normal? SI NO, en caso negativo indique que características distintas ha notado en ellas:
- ¿Padece algún tipo de enfermedad intestinal? SI NO
- ¿Es portador de una ostomía? SI NO, en caso afirmativo indique:
 - o Causa de su colocación
 - o Tipo
 - o Localización
 - o Temporalidad
 - o Dispositivo usado

PATRÓN 4, ACTIVIDAD - EJERCICIO.

- ¿Practica algún tipo de ejercicio físico diariamente? SI NO
- ¿Lleva un estilo de vida sedentaria o activa?
- Debido al cambio en su condición física, ¿es capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria (vestirse y desvestirse, asearse, ir al baño y desplazarse por la vivienda)? SI NO, ¿le cuestan esfuerzo? SI NO, ¿se fatiga al realizarlas? SI NO.
- ¿Usa algún tipo de dispositivo de desplazamiento? SI NO, en caso afirmativo, indique cuáles:
 - o Silla de ruedas.
 - o Silla a motor.
 - o Muletas.
 - o Otros.
- ¿Es capaz de usar correctamente los dispositivos de desplazamiento? SI NO
- ¿Tiene algún tipo de problema al movilizarse con ellos? SI NO, en caso afirmativo, indique cuáles:
 - o Falta de experiencia.
 - o Falta de fuerza.
 - o Otros.
- ¿Se siente cómoda con el uso del dispositivo de ayuda que está usando actualmente? SI NO, en caso negativo indique el por qué:
 - o Falta de adaptación.
 - o Incomodidad en su uso.
 - o Otros.
- ¿Ha pensado en el uso una prótesis como dispositivo de ayuda para volver a caminar? SI NO, en caso negativo indique el por qué:
 - o Falta de información.
 - o Miedo.
 - o Temor por no adaptarse.
 - o Otros.
- Aparición de signos de fatiga durante la movilización:
 - o Valorar frecuencia cardiaca, tensión arterial, y cambios en el electrocardiograma durante la movilización.

- Valorar aparición de disnea, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.
- Empleamos el cuestionario Barthel ⁽¹⁵⁾ (Anexo II) o el test de Katz ⁽¹⁶⁾ (Anexo III) para valorar la independencia de la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

PATRÓN 5, SUEÑO – DESCANSO

- ¿Sufre algún tipo de trastorno del sueño? SI NO, en caso afirmativo indique cuáles:
 - Insomnio.
 - Somnolencia.
 - Problemas con el ritmo del sueño.
 - Conductas que interrumpen el sueño.
 - Otros.
- ¿Es capaz de mantener un sueño suficiente y reparador? SI NO
- El espacio físico en el que usted duerme, ¿es amplio y está bien ventilado? SI NO, ¿Es tranquilo y sin ruidos? SI NO
- ¿Cuántas horas duerme al día?
- ¿Consigue conciliar el sueño por las noches? SI NO, ¿y por el día? SI NO
- ¿Ha notado cambios en el patrón de sueño? SI NO, ¿cree que los cambios pueden ser producidos por el proceso de duelo que está atravesando? SI NO
- ¿Sufre pesadillas? SI NO, en caso afirmativo indique si se repite algún tema en concreto en ellas.
- ¿Necesita ayuda para conciliar el sueño? SI NO, en caso afirmativo, indique cuáles:
 - No farmacológicas
 - Medidas físicas.
 - Infusiones.
 - Otros.
 - Farmacológicas
 - Ansiolíticos.
 - Relajantes musculares.
 - Melatonina.
 - Otros.

PATRÓN 6, COGNITIVO – PERCEPTUAL.

- Valorar el nivel de consciencia-
 - Durante la entrevista debemos de observar a la paciente y determinar su estado neurológico: alerta, somnolencia, estupor, coma.
- Escala de Glasgow:
 - Realizaremos una serie de preguntas para valorar la orientación temporoespacial:
 - ¿Qué día es hoy?, ¿en qué mes estamos?
 - ¿Sabe dónde está en este momento?
 - ¿Tiene algún problema de visión? SI NO, en caso afirmativo indique cual, ¿usa gafas o lentillas? SI NO
 - ¿Tiene algún problema de audición? SI NO, en caso afirmativo indique cual, ¿usa algún dispositivo que le ayude en la audición? SI NO, en caso afirmativo indique cual.
 - ¿Tiene algún problema en cuanto al lenguaje, comprensión o empleo de él? SI NO, en caso afirmativo indique cual.
- Dolor
 - ¿Sufre dolor físico? SI NO, en caso afirmativo indique:
 - Aparición.
 - Localización.
 - Intensidad.
 - Características.
 - Irradiación.
 - Agravantes y atenuantes.
 - ¿Qué medidas utiliza para el manejo del dolor?
 - Farmacológicas (indique cuales).
 - No farmacológicas (indique cuales).
 - Empleamos la escala E.V.A (escala visual analógica) (Anexo IV) para el conocimiento del dolor de la paciente. Es un método heteroevaluativo del dolor y por lo tanto adecuado por la edad y el estado de la paciente. El cero significa no dolor y el 10 el máximo dolor imaginable.

PATRÓN 7, AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO.

- Describa cómo se siente anímicamente:
 - Alegre.
 - Triste.
 - Cansado.
 - Deprimido.
 - Con ansiedad.
 - Con miedo.
 - Con incertidumbre.
 - Otros.
- Respecto a la pérdida física, ¿acepta la presencia del muñón? SI NO, ¿Qué sentimientos le produce?:
 - Aceptación
 - Negación
 - Rechazo
 - Otros.
- En cuanto a la imagen corporal, ¿ha notado el cambio físico que se ha producido? SI NO
- Valore el grado de cambio físico que ha notado en su cuerpo:
 - Alto
 - Medio
 - Bajo
- ¿Le produce sentimientos de vergüenza, ansiedad, temor que la gente repare en su cambio físico? SI NO
- ¿Qué sentimientos tiene acerca de su cuerpo en este momento?
 - Positivos.
 - Negativos.
 - De rechazo.
 - Otros.
- ¿Siente que su autoestima se ha desvanecido debido a lo sucedido? SI NO
- ¿Siente que lo sucedido es culpa suya? SI NO, en caso afirmativo indique el por qué.
- ¿Siente que en un futuro esos sentimientos serán distintos? SI NO
- Empleamos el cuestionario de Goldberg ⁽¹⁷⁾ (Anexo V) para valorar la existencia o no de ansiedad y depresión.

PATRÓN 8, ROL – RELACIONES.

Ámbito laboral:

- ¿Cuál es su situación laboral?
 - Trabaja
 - En el paro
- ¿En qué trabaja?, ¿Es un trabajo de cara al público? SI NO.
- ¿Se ve capacitada para realizar su trabajo a pesar del cambio físico que ha sufrido?
SI NO, en caso negativo indique por qué.
 - Falta de apoyo.
 - Temor al rechazo.
 - Miedo realizarlo de manera tan efectiva como anteriormente.
 - Otros.

Ámbito familiar:

- ¿Con quién vive actualmente?
- ¿Su familia se preocupa por usted? SI NO,
- ¿Le ayudan con los cuidados del muñón? SI NO
- ¿Le ayudan a movilizarse y a realizar las actividades básicas de la vida diaria? SI
NO
- ¿Aceptan su nueva condición física? SI NO
- ¿Le transmiten apoyo y esperanza? SI NO
- Describa que actitud cree que tiene su familia con usted.

Ámbito social:

- ¿Tiene un círculo de amigos cercano? SI NO
- ¿Se preocupan por usted? SI NO
- ¿Han cambiado su actitud con usted a raíz de lo sucedido? SI NO
- ¿Se ve capaz de relacionarse con los demás de igual manera que antes? SI NO,
en caso negativo indique el por qué:
 - Sentimientos de vergüenza.
 - Sentimientos de rechazo.
 - Otros.
- Describa que actitud cree que tiene su círculo de amigos con usted.

Ámbito de pareja:

- ¿Tiene pareja actualmente? SI NO

- ¿Se preocupa por usted? SI NO
- ¿Se siente rechazada por él? SI NO
- Describa que actitud cree que tiene su pareja con usted.

Duelo

- ¿Sabe usted que está experimentando un proceso llamado duelo? SI NO.
- ¿Qué sentimientos tiene acerca de la reciente pérdida? Según los sentimientos que refiera averiguaremos en qué fase del duelo se encuentra.
 - Negación, sorpresa, miedo.
 - Ira, cólera, resentimiento.
 - Negociación, incertidumbre, desconsuelo.
 - Depresión, tristeza, aversión, frustración.
 - Aceptación, confianza, tranquilidad.
- Empleamos la escala de apoyo social percibido de Dunk – Unc ⁽¹⁸⁾ (Anexo VI) y Apgar familiar ⁽¹⁹⁾ (Anexo VII).

PATRÓN 9, SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN.

- ¿Sufre algún tipo de trastorno sexual? SI NO, en caso afirmativo indique cuál:
 - Falta de deseo sexual.
 - Falta de orgasmo.
 - Relaciones sexuales dolorosas.
 - Incapacidad para lograr la excitación.
 - Otros.
- ¿Tiene periodos menstruales regulares? SI NO
- ¿Usa algún tipo de método anticonceptivo? SI NO, en caso afirmativo indique cuál:
 - Preservativos.
 - Anticonceptivos orales.
 - Dispositivo intrauterino (D.I.U).
 - Otros.
- ¿Su pareja muestra interés en mantener relaciones con usted? SI NO
- Desde su cambio físico, ¿ha reanudado las prácticas sexuales? SI NO, en caso negativo indique el por qué:
 - Miedo al rechazo por su pareja.

- Sentimientos de vergüenza sobre su propio cuerpo.
- Otros.

PATRÓN 10, AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS.

- ¿Ha sufrido alguna situación de estrés en los últimos años? SI NO
- ¿Sufre de estrés con facilidad? SI NO
- ¿El cambio físico que ha sufrido, le causa estrés? SI NO
- ¿Es capaz de afrontar los problemas y las situaciones de estrés? SI NO
- ¿Utiliza medidas para afrontar el estrés? SI NO, en caso afirmativo indique cuales.

PATRÓN 11, VALORES Y CREENCIAS.

- ¿Tiene planes de futuro? SI NO
- ¿Practica alguna religión? SI NO, en caso afirmativo indique cual.
- ¿Interfieren sus creencias religiosas en la atención sanitaria? SI NO

Anexo II

Índice de Barthel (IB): ⁽¹⁵⁾ valora la independencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Comer

0 = incapaz

5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.

10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)

Trasladarse entre la silla y la cama

0 = incapaz, no se mantiene sentado

5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado

10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)

15 = independiente

Aseo personal

0 = necesita ayuda con el aseo personal.

5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

Uso del retrete

0 = dependiente

5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.

10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

Bañarse/Ducharse

0 = dependiente.

5 = independiente para bañarse o ducharse.

Desplazarse

0 = inmóvil

5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.

10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).

15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.

Subir y bajar escaleras

0 = incapaz

5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.

10 = independiente para subir y bajar.

Vestirse y desvestirse

0 = dependiente

5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.

10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.

Control de heces:

0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)

5 = accidente excepcional (uno/semana)

10 = continente

Control de orina

0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.

5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).

10 = continente, durante al menos 7 días.

Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

Imagen 1: Índice de Barthel.

Interpretación: Se trata de un instrumento de valoración para averiguar la independencia de un individuo en la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Se trata de diez actividades puntuadas con un diez (si es independiente), un cinco (si necesita algo de ayuda) y un cero (si es dependiente).

Finalmente se suman todas las puntuaciones, la clasificación es la siguiente: 100, independiente, 99 – 91, dependencia leve, 61 – 90 dependencia moderada, 21 – 60 dependencia severa, < 20 dependencia total. Si el individuo usase silla de ruedas la puntuación máxima posible es de 90 puntos en lugar de 100.

Anexo III

Índice de Katz: ⁽¹⁶⁾ valora la independencia en las actividades básicas de la vida diaria.

Tabla 1: Índice de Katz

1. Baño	Independiente: Se baña solo o precisa ayuda para lavar alguna zona, como la espalda, o una extremidad con minusvalía	<input type="radio"/>
	Dependiente: Precisa ayuda para lavar más de una zona, para salir o entrar en la bañera, o no puede bañarse solo	<input type="radio"/>
2. Vestido	Independiente: Saca ropa de cajones y armarios, se la pone, y abrocha. Se excluye el acto de atarse los zapatos	<input type="radio"/>
	Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente desvestido	<input type="radio"/>
3. Uso del WC	Independiente: Va al WC solo, se arregla la ropa y se limpia	<input type="radio"/>
	Dependiente: Precisa ayuda para ir al WC	<input type="radio"/>
4. Movilidad	Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo, y puede levantarse de una silla por sí mismo	<input type="radio"/>
	Dependiente: Precisa ayuda para levantarse y acostarse en la cama o silla. No realiza uno o más desplazamientos	<input type="radio"/>
5. Continencia	Independiente: Control completo de micción y defecación	<input type="radio"/>
	Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación	<input type="radio"/>
6. Alimentación	Independiente: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente (se excluye cortar la carne)	<input type="radio"/>
	Dependiente: Precisa ayuda para comer, no come en absoluto, o requiere alimentación parenteral	<input type="radio"/>

Interpretación: Se trata de un instrumento utilizado para la valoración de la independencia del enfermo en las actividades básicas de la vida diaria. Si este es dependiente, dicha actividad se valora con un 0, sin embargo, si es independiente con un 1. Finalmente se clasifica para el paciente según su grado de dependencia.

Anexo IV

Escala Visual Analógica (E.V.A): valora la intensidad del dolor en un individuo adulto de manera subjetiva.



Figura 1: Escala visual analógica.

Interpretación: Se trata de un instrumento que permite medir la intensidad del dolor que refiere el paciente. Se representa a través de una línea recta de 10 centímetros en la que un extremo significa la ausencia de dolor y el contrario el máximo dolor imaginable.

Se pide al paciente que ponga el dedo sobre la línea en función del dolor que perciba. La intensidad de este se mide en centímetros

Fuente: Elaboración propia.

Anexo V

Escala de Goldberg: ⁽¹⁷⁾ valora la existencia y el grado de ansiedad y depresión.

Subescala de ansiedad

- 1 ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
- 2 ¿Ha estado muy preocupado por algo?
- 3 ¿Se ha sentido muy irritable?
- 4 ¿Ha tenido dificultad para relajarse?
- 5 ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
- 6 ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
- 7 ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?
- 8 ¿Ha estado preocupado por su salud?
- 9 ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?
- 10 ¿Se ha sentido con poca energía?

Subescala de depresión

- 11 ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
- 12 ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
- 13 ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?
- 14 ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
- 15 ¿Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)?
- 16 ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
- 17 ¿Se ha sentido usted enlentecido?
- 18 ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Imagen 2: Escala de Goldberg.

Interpretación: Se trata de una escala diseñada para detectar signos de ansiedad y de depresión. Cuenta con 18 preguntas en las que las respuestas deben ser sí o no. Las puntuaciones para considerar positivo el resultado se encuentran en 4 puntos en la subescala de ansiedad y 2 puntos en la de depresión. Cuanto mayor sea la puntuación mayor será el problema.

Anexo VI

Escala de apoyo social percibido DUNK – UNC: ⁽¹⁸⁾ valora el apoyo social que recibe un individuo.

ESCALA N° 1 DE DUKE-UNC

En la siguiente lista se exponen una serie de hechos o circunstancias que la gente nos puede dar u ofrecer y que nos sirven de ayuda o apoyo. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y coloque una señal en el espacio que más se acerque a su situación.

	Mucho menos de lo que deseo				Tanto como deseo
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3. Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
4. Cuento con personas que se preocupan por lo que me sucede	1	2	3	4	5
5. Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en casa	1	2	3	4	5
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	1	2	3	4	5

Tomado de Rodríguez A y cols.

Imagen 3: Cuestionario de valoración del apoyo social percibido de Dunk – Unc

Interpretación: Se trata de un cuestionario que valora el apoyo social que recibe una persona. Se compone de 1 ítems que pueden puntuarse del 1 al 5. La puntuación máxima posible que obtener son 55 puntos y la mínima 11.

Anexo VII

Apgar familiar: ⁽¹⁹⁾ valora el apoyo que un individuo recibe de su unidad familiar

APGAR FAMILIAR. ADULTOS					
FUNCIÓN	Nunca (0 puntos)	Casi Nunca (1 puntos)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.					

M.E.F

Imagen 4: Cuestionario Apgar familiar.

Interpretación: Se trata de un cuestionario en el que el individuo que realiza el test señala el grado en el que percibe las funciones nombradas dentro de su unidad familiar.

El resultado puede variar desde una puntuación máxima de 20 puntos a una mínima de 0.