



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

**ESTUDIO DE CASO: USUARIA EN EL 1ER. NIVEL DE ATENCIÓN,  
CON DISFUNCIÓN DE LOS PATRONES EMOCIONALES DE  
MARJORY GORDON**

**PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL**

**PRESENTA**

**L.E.O. Guadalupe Adriana Lara Ramos**

TUTOR ACADÉMICO: L.E.O. Erceleides Venancio Gómez.



**México D.F. 2013**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL



**ESTUDIO DE CASO: USUARIA EN EL 1ER. NIVEL DE ATENCIÓN,  
CON DISFUNCIÓN DE LOS PATRONES EMOCIONALES DE  
MARJORY GORDON**

**PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL**

**PRESENTA**

**L.E.O. Guadalupe Adriana Lara Ramos**

TUTOR ACADÉMICO: L.E.O. Erceleides Venancio Gómez.

**México D.F. 2013**

## AGRADECIMIENTOS

**A mis Padres:** Con amor y respeto les agradezco, por darme la vida y haber fomentado en mi enseñanzas y valores con cariño, que me permiten ser la persona que soy hoy en día.

**A mi hija Aris:** Con amor te doy las gracias por tú comprensión, tolerancia, apoyo y compañía brindada durante toda mi trayectoria académica; siendo siempre para mí un gran impulso y motivación para seguir adelante .

**A mi sobrina Mariana:** Con amor te agradezco todo el apoyo brindado con cariño y tolerancia, siempre estuviste a mi lado proporcionandome una palabra de aliento que motivaba mi diario vivir.

**A mis Hermanos:** Los quiero y les doy las gracias por todo el apoyo brindado y por siempre estando a mí lado en los momentos difíciles de mí vida.

**A las Autoridades de la UNAM, de la ENEO y de la División de Estudios de Posgrado:** Quiero reconocer y reiterar mi agradecimiento, por ser una institución líder en la formación de capital humano; a través de los espacios académicos, ofertando educación con las especialidades de enfermería.

**A las Autoridades del Instituto Nacional de Psiquiatría:** Agradezco todas las facilidades otorgadas, para el desarrollo teórico práctico eficiente de la Especialidad.

**A mis Profesores:** Con admiración y respeto les doy las gracias a todos ustedes, por haberme dado la oportunidad de conocerles, haber tenido el privilegio de tenerles como profesores y gozar de sus grandes enseñanza, experiencias y asesoramiento metodológico; para la elaboración del presente estudio de caso.

**A mi Tutora:** Con admiración y respeto gracias a ti por todo el apoyo brindado, ya que siempre fuiste mi una excelente profesora, terapeuta, guía y modeladora; acompañandome en todo momento en esa trayectoria académica; siempre atenta y dispuesta para atender mis inquietudes, dudas e insertidumbres.

## **CONTENIDO**

<b>1. Introducción.....</b>	<b>6</b>
<b>2. Justificación.....</b>	<b>9</b>
<b>3. Objetivo.....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 Objetivos Específicos.....</b>	<b>11</b>
<b>4. Marco Teórico.....</b>	<b>12</b>
<b>4.1 Conceptualización de Enfermería.....</b>	<b>12</b>
<b>4.2 Paradigmas de Enfermería.....</b>	<b>16</b>
<b>4.3 Proceso Enfermero.....</b>	<b>18</b>
<b>4.4 Teoría de Enfermería.....</b>	<b>20</b>
<b>4.4.1 Teoría de Enfermería Marjory Gordon Patrones Funcionales.....</b>	<b>20</b>
<b>4.5 Patologías.....</b>	<b>23</b>
<b>4.5.1 Trastorno Depresivo Mayor Discapacitante.....</b>	<b>23</b>
<b>4.5.2 Trastorno de Ansiedad Generalizada.....</b>	<b>26</b>
<b>4.5.3 Duelo.....</b>	<b>28</b>
<b>4.5.4 Estrés.....</b>	<b>31</b>
<b>4.5.5 Cansancio del Rol del Cuidador.....</b>	<b>33</b>
<b>5. Metodología.....</b>	<b>35</b>
<b>5.1 Estrategias de Investigación.....</b>	<b>35</b>
<b>5.2 Selección del Caso y Fuentes de Información.....</b>	<b>35</b>
<b>5.3 Consideraciones Éticas.....</b>	<b>43</b>
<b>6. Presentación del Caso.....</b>	<b>72</b>
<b>6.1 Antecedentes Generales de la Persona.....</b>	<b>75</b>
<b>6.2 Descripción del Caso Clínico.....</b>	<b>79</b>
<b>7. Aplicación del Proceso Enfermero.....</b>	<b>82</b>
<b>7.1 Valoración General.....</b>	<b>82</b>
<b>7.1.1 Valoración Focalizada.....</b>	<b>84</b>
<b>7.1.2 Análisis de los Exámenes de Laboratorio y Gabinete.....</b>	<b>90</b>
<b>7.1.3 Jerarquía de Problemas.....</b>	<b>90</b>

<b>7.2 Diagnósticos de Enfermería Basados en los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon.....</b>	<b>91</b>
<b>7.2.1 Jerarquización de Diagnósticos de Enfermería con los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordón; que tienen que ver con la Mejoría de la Salud Mental.....</b>	<b>93</b>
<b>7.3 Plan de Cuidados .....</b>	<b>96</b>
<b>8. Plan de Alta.....</b>	<b>111</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>112</b>
<b>10. Sugerencias.....</b>	<b>114</b>
<b>11. Glosario.....</b>	<b>115</b>
<b>12. Bibliografía.....</b>	<b>120</b>
<b>13. Anexos.....</b>	<b>123</b>
<b>13.1 Instrumento de Valoración 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon.....</b>	<b>124</b>
<b>13.2 Instrumento de Valoración K-10 (Detección de Depresión y Ansiedad en el Primer Nivel de Atención a la Salud).....</b>	<b>134</b>
<b>13.2 Consentimiento Informado.....</b>	<b>135</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

La psiquiatría y la salud mental desde el siglo pasado han tenido grandes avances en cuanto a la asistencia, métodos de diagnóstico, tratamientos, equipo electromédico y tecnológico, para el cuidado de las personas que sufren trastornos mentales.<sup>1</sup>

Los primeros cuidados de las personas con trastornos mentales se iniciaron desde la época prehispánica, realizándolos en los hogares, centros religiosos y asilos; para posteriormente pasar a los hospitales psiquiátricos con un modelo de asistencia asilar, en donde se brindaba asistencia, cuidado, tratamiento a esas personas que lo requerían; favoreciendo el trato deshumanizado y el aislamiento social.

En la actualidad han surgido nuevas reformas para la atención de los usuarios con trastornos mental; gracia a las nuevas creación de políticas internacionales y nacionales, dado un gran auge a la práctica de la salud mental comunitaria, con extensiones terapéuticas al individuo, familia y grupo sociales; así como también la implementación de la psiquiatría de enlace y la reducción de internamiento de dichos usuarios, los cuales son atendido de manera ambulatoria; todo lo anterior gracias a la intervención de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en donde ha implementado desde el año de 1978 en la Carta de Alma-Ata donde propuso “La Atención Primaria a la Salud para Todos”, en la de Carta de Ottawa 1986 en donde se propuso “Salud para todos en el años 2000”; así como en 1977 en Trieste Italia Franco Basaglia pone en marcha el programa de la reforma psiquiátrica en donde se propone la desinstitucionalización o desmaniacolización del paciente con trastornos mentales, con la finalidad de mejorar la recuperación y reintegración de la persona a la sociedad, así como permitir gozar a estos usuarios de los derechos humanos a los que tiene derecho. México en 1980 implementa el Modelo Hidalgo Atención en Salud Mental (MIHASAME), basado en la reforma psiquiátrica de Trieste.

Las enfermedades mentales han tenido un impacto en el ámbito epidemiológico incrementándose notablemente la incidencia, prevalencia de dichos trastornos, así como también generando graves problemas en el ámbito internacional, nacional, político, económico, social y familiar, impactando notablemente en la salud mental de la población del siglo XXI.

---

<sup>1</sup> Publicaciones de “**EDUCACIÓN EN SALUD MENTAL**”, Consultada en página web: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/mental-health-edications/complete-index.shtml>.

La **OMS** ha determinado el concepto de salud mental, el cual a su letra dice: **“Estado de bienestar en el que el individuo es consciente de su propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a la comunidad”**<sup>2</sup>. De aquí la importancia que el profesional enfermero en salud mental implemente acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reintegración de la persona y familia con presencia o riesgo de presentar trastornos mentales. A través del empoderamiento del individuo, familia y comunidad, para poder fortalecer los factores protectores y debilitar los factores de riesgo que a la población aquejan y permitir el desarrollo efectivo de las habilidades para la vida (sociales, cognitivas y manejo de emociones) las cuales son indispensables para el desarrollo humano de las personas en esta sociedad; permitiendo a individuo hacer frente a la vida diaria, manejar y expresar sus emociones y lograr un desarrollo personal efectivo de su persona y de los miembros de su familia.

Las organizaciones de enfermería internacionales se han dedicado al estudio de esta disciplina, implementando un instrumento metodológico que es el Proceso Enfermero; en donde el profesional de enfermería pueda recabar un sin fin de datos objetivos y subjetivos del usuario con el propósito de realizar una valoración, diagnósticos de enfermería, planificar cuidados, ejecutar intervenciones y evaluar las mismas con la finalidad de brindar un cuidado individualizado, integral y de calidad al individuo enfermo.

El presente Estudio del Caso trata de una usuaria que presenta los siguientes **Diagnósticos de enfermería: Afrontamiento Ineficaz, Inadecuada Expresión de Emociones, Sobrecarga del Cuidador, Distrés y Duelo Crónico**; la cual fue identificada en la Consulta Externa de Centro de Salud ubicado en el sur del Distrito Federal, durante la práctica comunitaria del 1er semestre de la Especialidad de Enfermería en Salud Mental. En donde se deja ver el arduo trabajo de la enfermera especialista en salud mental y la gran participación de la usuaria, logrando una relación terapéutica en todo momento y el logro de los objetivos establecidos tanto por parte del profesional y de la usuaria; proporcionando un aprendizaje importante para ambas personas dejando conocimientos y experiencias que motivan a los profesionales de la salud hacia una visión humanista, así como también fortaleciendo de los recursos y habilidades para la vida de la persona informante.

---

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud OMS. Octubre 2011. Consultado en página web: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/).

Se debe reconocer que hoy en día es de gran importancia el actuar del profesional de enfermería en salud mental en el ámbito comunitario, con la finalidad de brindar un cuidado especializado a la población mexicana que padezca trastornos mentales, promover y prevenir dichas alteraciones de la persona dentro de los núcleos familiares así como en el ámbito comunitario y social.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Se debe mencionar que las enfermedades mentales han generado un impacto en el ámbito epidemiológico incrementándose notablemente la incidencia, prevalencia de dichos trastornos, así como también generando graves problemas en el ámbito internacional, nacional, político, económico, social y familiar, impactando notablemente en la salud mental de la población del siglo XXI, según el documento publicado por Medina Mora (2003).<sup>3</sup>

Haciendo hincapié que los trastornos de ansiedad conllevan un detrimento importante en la calidad de la vida de los usuarios que los padecen. Indicando que los problemas de salud mental en la población tienen una prevalencia que se acerca al 30%. Esta cifra desciende al 20% aproximadamente en la población que acude a servicios de atención primaria. La detectada en el primer nivel de atención a la salud alcanza un 10%; en donde los principales diagnósticos psiquiátricos son los trastornos depresivos, seguidos de los trastornos de ansiedad, el alcoholismo y las toxicomanías, las patologías psico-orgánicas y finalmente la psicosis.<sup>4</sup>

De aquí la importancia que el Enfermero Especialista en Salud Mental implemente acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reintegración de la persona y familia con Trastornos Mentales o riesgo de presentar los mismos. A través del empoderamiento del individuo, familia y comunidad, para poder fortalecer los factores protectores y debilitar los factores de riesgo que a la población aquejan y permitir el desarrollo efectivo de las habilidades para la vida (sociales, cognitivas y manejo de emociones), las cuales son indispensables para el desarrollo humano de las personas en esta sociedad; permitiendo a individuo hacer frente a la vida diaria, manejar y expresar sus emociones y lograr un desarrollo personal efectivo de su persona y de los integrantes de su familia.

De tal manera que la detección precoz y asistencia a los usuarios con depresión y ansiedad, requiere de una atención inmediata y de un importante trabajo de equipo interdisciplinario de los profesionales de la salud y en especial del

---

<sup>3</sup> Medina. Mora. Ma. "PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES Y USO DE SERVICIOS: RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN MÉXICO" Rev. Salud Mental, Vol. 26, No. 4, agosto 2003. Consultado en la Página Web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam034a.pdf>.

<sup>4</sup> Garrido. M. "MANEJO DE LA ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA", Centro de Salud Silvano. Madrid. España. SEMERGEN. 2008; 34(8):407-10. Consultado en página Web: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pidet\\_articulo=13127219&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=40&ty=62&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v34n08a13127219pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13127219&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=40&ty=62&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v34n08a13127219pdf001.pdf).

Profesional de Enfermería el cual debe brindar un cuidado seguro, integral, individualizado y de calidad a los usuarios con estos tipos de trastornos. Todo lo anterior es indispensable, pero también se requiere de un trabajo responsable, comprometido y arduo para poder interactuar con los usuarios y su familia dentro del ámbito comunitario, es necesario lograr una adecuada relación terapéutica eficiente enfermera-usuaria y familia, con el propósito de interaccionar e intervenir con la persona de manera empática y directa; para poder realizar intervenciones de enfermería de forma organizada e individualizada y preservando siempre el bienestar de la persona y su familia; proporcionado un bagaje de información y orientación sobre su autocuidado, desarrollar en el individuo un adecuado Manejo de Estrés, una Asertiva Expresión de Emociones y Disminuir la Sobrecarga del Cuidador, un adecuado Apego Terapéutico y como consiguiente Disminuir y/o Mitigar el Trastorno de Depresión y de Ansiedad generalizada y lograr una Autorrealización Personal y Familiar; haciendo hincapié en la importancia de estos temas y creando una conciencia responsable de la usuaria así como la participación de la familia. Con todo lo anterior se pretende ayudar y acompañar a la usuaria en su proceso de promoción, prevención y restablecimiento de la salud; así como en la mejora de su calidad de vida y evitando complicaciones. En cuanto a su ámbito familiar, se orientará para que genere una mejor dinámica familiar y disminución de estresores y de riesgo, potencializando a su vez los factores protectores; permitiendo el desarrollo de las habilidades para la vida; ya que los costos del sufrimiento emocional de la usuaria y su familia son incalculables.

De aquí la importancia de la elección y elaboración de este estudio de caso comunitario y elaboración del proceso enfermero a la usuaria con estos trastornos mentales, comorbilidad y somatizaciones.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Womble. D. "INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL", 2ª. USA (Philadelphia): Ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2012, p. 159.

### **3. OBJETIVO GENERAL**

Elaborar un estudio de caso en el área de la salud mental, con el propósito de contar con un Plan de Cuidados Estandarizados de Enfermería, que sirva como una guía clínica a los profesionales de la disciplina, en donde se logre brindar un cuidado especializado a los usuarios con trastornos mentales y/o sufrimiento emocional.

#### **3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**3.1.2** Elaborar un Valoración integral de la usuaria, basándose en el instrumento de valoración de los 11 Patrones funcionales de Maryory Gordon.

**3.1.2** Elaborar Diagnósticos de enfermería, jerarquizando cada uno de estos y priorizando intervenciones según la emergencia del patrón disfuncional.

**3.1.3** Planificar Cuidados de enfermería individualizada, integral y de calidad, a la usuaria con trastornos mentales.

**3.1.4** Ejecutar Intervenciones de enfermería individualizada, integral y de calidad, a la usuaria con trastornos mentales.

**3.1.5** Elaborar un Plan Estandarizado de Enfermería (PLACE) en Salud Mental, que sirva de guía a los profesionales de la disciplina, para brindar cuidados especializados a las personas con trastornos mentales y/o sufrimientos emocionales similares.

## 4. MARCO TEÓRICOS

### 4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

#### **Modelo**

Es una representación de la realidad, que nos ayuda a comprender algo que no podemos ver directamente o que sabemos poco; no es la realidad sino una abstracción de esta.

#### **Modelo Conceptual**

Es un sinónimo del marco conceptual, es la referencia de imágenes mentales, acerca de los fenómenos de interés de una disciplina, que se expresa mediante conceptos. Los modelos conceptuales pertenecer a modelos abstractos o de la realidad.<sup>6</sup>

#### **Componentes de los modelos conceptuales**

- Asunciones científicas o postulados.
- Asunciones filosóficas o valores.
- Elementos:
  - Objetivos del cuidado.
  - Usuario del servicio.
  - Rol del profesional.
  - Fuentes de dificultad del usuario.
  - Intervenciones de la enfermera.
  - Consecuencias de la intervención.

#### **Asunciones Científicas o Postulados**

Representan el “**Cómo**” del modelo conceptual y ofrece el soporte teórico y científico del mismo. Son afirmaciones sobre la persona, entorno, salud y rol profesional; que se aceptan como verdaderas y pueden ser contrastadas en el mundo real (Cuestionables).

#### **Asunciones Filosóficas o Valores**

Constituye el “**Porque**” del modelo y se refiere a las creencias sobre la naturaleza del ser humano, la salud y las metas profesionales desde la percepción de la autora; estas afirmaciones no son cuestionables.

---

<sup>6</sup> Balan M. Franco M. “**TEÓRIAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA**” **Bases Teóricas para el Cuidado Especializado Antología**. 2ª ed. México D.F: Ed. Universidad Nacional Autónoma de México y Escuela Nacional Autónoma de México. 2009. p. 133.

## Elementos

Conforman el “**Qué**” del modelo, en cada uno de ellos se hacen afirmaciones específicas que orientan la práctica. Este componente incluye las siguientes conceptualizaciones:

- **Objetivo de los cuidados:** Identifica el fin que se persigue con los cuidados enfermeros y que debe ser distinto de la meta que pretende alcanzar los integrantes del equipo de salud, pero en congruencia con ellos.
- **Usuario del servicio:** Describe las características que se debe tener éste para que requiera el servicio específico de las enfermeras.
- **Rol profesional:** Delimita el área de competencia y de responsabilidad profesional ante la sociedad.
- **Fuente de dificultad:** Indica el origen real o probable de las dificultades vividas por el usuario de las que la enfermera puede y debe ocuparse.
- **Intervención de la enfermera:** Hace referencia al centro de atención y a los modos generales de la actuación enfermera.
- **Consecuencia de la intervención:** Son los resultados que se espera que el usuario alcance; permite evaluar la calidad y la eficacia de los cuidados prescritos y mediante el establecimiento de control adecuadas e introducir las modificaciones necesarias.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Balan M. Franco M. *Ibíd*em, p. 134

**ETAPAS  
DE LA  
DISCIPLINA  
DE  
ENFERMERÍA**

8

1ª etapa  
**FORMATIVA**

- Las enfermeras ejercían sus actividades en los hogares.
- Estableciendo una relación persona a persona.
- El propósito de nutrir-cuidar.

2ª etapa  
**NORMATIVA**

- La enfermera inició proporcionando atención hospitalaria.
- Subordinación ante el médico.
- Discontinuidad del cuidado hacia el cliente.
- Satisfacía las demandas de la institución.
- Se enfocaban en el cuidado de la persona de manera individual.

3ª etapa  
**INTEGRADORA**

- La enfermera inició el cuidado holístico y no fragmentado del cliente.
- La enfermera apegada al tiempo y espacio, con funciones rutinarias y con cargas administrativas.
- Hasta esta etapa la enfermería era considerada como un oficio.

Etapa actual  
**DESARROLLOS  
INTEGRADOS**

- La enfermera brinda un cuidado integral, con una relación directa con el cliente.
- Comunicación y trabajo interdisciplinario.
- Interrelación con los conocimientos científicos.
- A partir de esta etapa la enfermería es considerada como una profesión.

<sup>8</sup> Pacheco A., "ANTOLOGÍA FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA PARA EL CUIDADO", México: Ed. ENEO-UNAM, 2005, pp. 224-363.

## CLASIFICACIÓN DE LOS MODELOS CONCEPTUALES ENFERMEROS

La evolución y desarrollo de los modelos conceptuales enfermeros están marcados por grandes corrientes filosóficas del pensamiento; que determinan las metodologías utilizadas para elaborar el conocimiento científico.

Corriente de la Categorización	Corriente de la Integración	Corriente de la Transformación
<p><b>1850 Florencia Nightingale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La investigación orientada a la búsqueda de datos cuantitativos.</li> <li>• Las personas se contemplaba como un ser integral, haciendo hincapié en el aspecto biofisiológico.</li> <li>• El entorno es hostil ante la persona, con orientación lineal (relación causa-efecto).</li> <li>• La salud es ausencia de enfermedad o lesiones.</li> <li>• El papel de la enfermera es: <b>“Hacer por la Persona”</b>.</li> </ul>	<p><b>1952 H. Peplau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La investigación orientada a la búsqueda de datos cuantitativos y cualitativos.</li> <li>• La persona es un todo compuesto por lo biopsicosociales y espirituales e interacción continúa.</li> <li>• El entorno formado por el medio interno y externo de la persona, influye positiva o negativamente en su respuesta.</li> <li>• La enfermedad es la pérdida del equilibrio o desadaptación ante los procesos de cambio.</li> <li>• El papel de la enfermera es: <b>“Hacer por y con la persona”</b>.<sup>9</sup></li> </ul>	<p><b>1970 M. Rogers:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La única investigación posible es la cualitativa.</li> <li>• La persona es holística y unitaria.</li> <li>• Los procesos de cambio son homeodinámicos.</li> <li>• La enfermedad no consiste en algo negativo, sino en una experiencia que forma parte de la salud.</li> <li>• El papel de la enfermera es acompañar a la persona en las experiencias de salud: <b>“Estar con la persona”</b><sup>10</sup></li> </ul>

<sup>9</sup> Balan. M. *Ibidem*, p. 136.

<sup>10</sup> Balan. M. *Ibidem*, p.p. 137

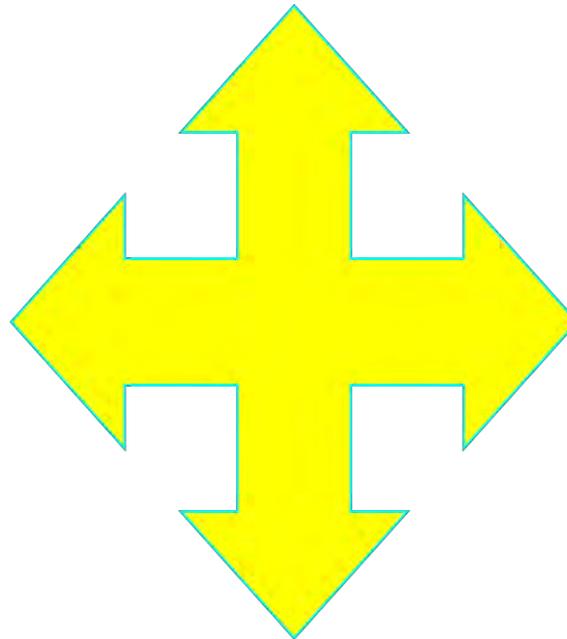
## 4.2 PARADIGMAS DE ENFERMERÍA

### CONCEPTOS BÁSICOS DEL METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA.<sup>11</sup>

**PERSONA:** Es una unidad que está constituida por componentes biopsicosociales y espirituales.

El usuario y su familia son considerados como una unidad y requiere de cuidado para alcanzar salud e independencia.

**SALUD:** Es calidad un margen de vigor físico y mental, lo que permite a la persona trabajar con máxima efectividad y alcanzar un alto nivel potencial de satisfacción en la vida.



**ENFERMERÍA:** La función es ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee competencias profesionales que le permiten evaluar las respuestas humanas básicas de la persona.

**ENTORNO:** Incluye el ambiente, las relaciones con la propia familia; así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

<sup>11</sup> Balan. M. *Ibíd.*, p. 74.

## **PENSAMIENTO CRÍTICO EN ENFERMERÍA**

- Es un pensamiento deliberado, dirigido al logro de objetivos; orientados al usuario, familia y comunidad.
- Requiere competencias profesionales (conocimientos, habilidades, experiencia y conductas).
- Proporciona estrategias para desarrollar al máximo el potencial humano.
- Consiste en la puesta en duda de suposiciones, la determinación de conclusiones y la identificación de justificaciones que la apoyen.

### Características de los pensadores críticos:

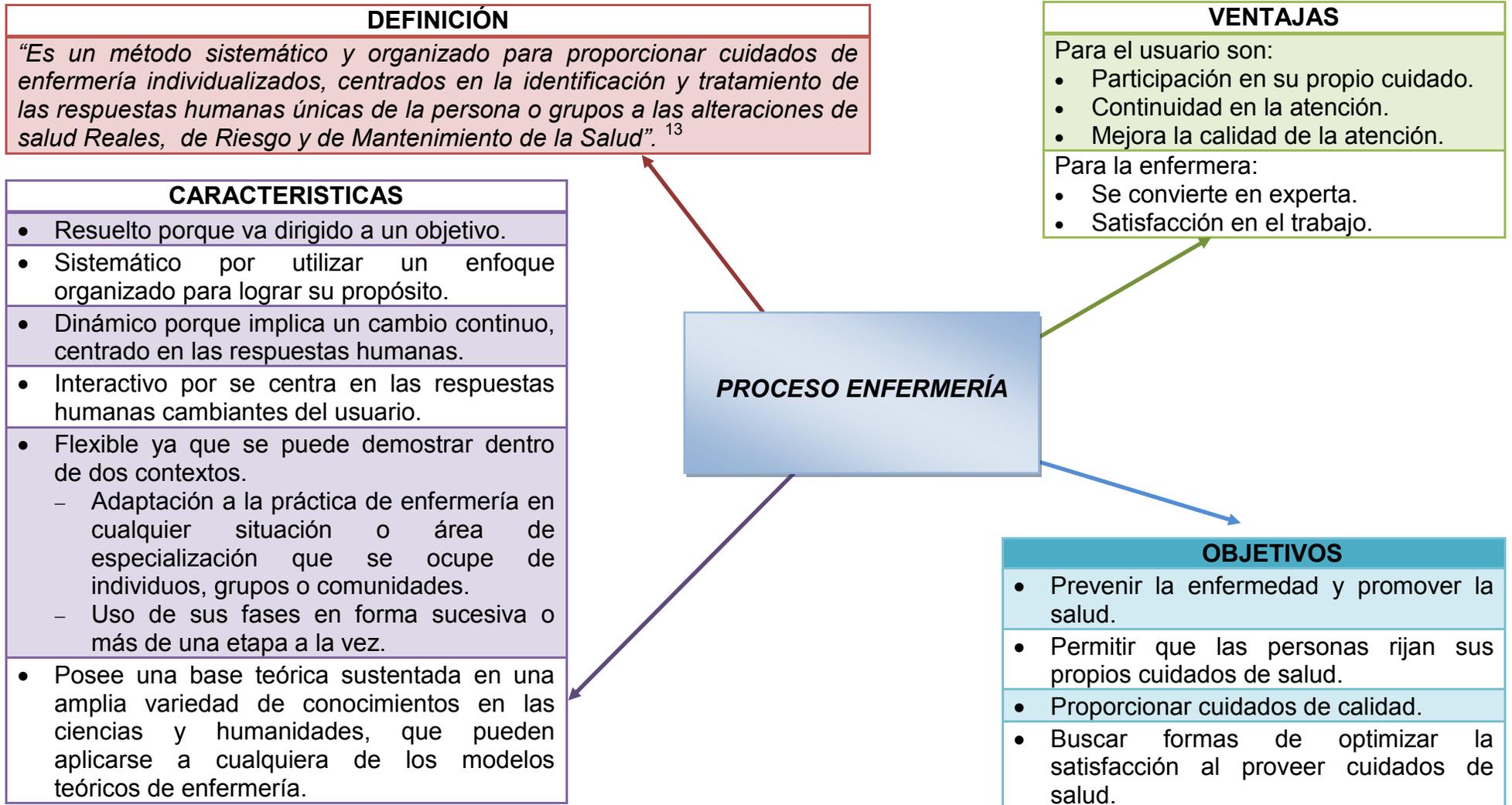
- Consciente de sus propios recursos y capacidades.
- Consciente de sus limitaciones y capacidades.
- Con mente abierta.
- Creativos.
- Proactivos.
- Flexibles.
- Conscientes de que los errores son escalonados para acceder a nuevas ideas.
- Perseverantes.
- Introspectivos.

## **Pensamiento crítico de enfermería <sup>12</sup>**

---

<sup>12</sup> Pacheco A. *Ibidem*, pp. 224.

### 4.3 PROCESO DE ENFERMERÍA



<sup>13</sup> Pacheco A. *Ibidem.* p. 224.

## ETAPAS DEL PROCESO DEL PROCESO ENFERMERO

- **VALORACIÓN:** Es la etapa más importante del proceso, en donde se reúnen datos y se empieza a interpretar su significado; al ir integrándolos en forma sistemática y jerárquica.

La cual se logra a través de:

- Observación utilizando los sentidos (vista, oído, tacto, olfato),
- Entrevista haciendo uso de la relación terapéutica eficiente para obtener información de forma directa e indirecta.
- Exploración física cefalocaudal a través de la inspección, palpación, auscultación y percusión.

- **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:** Es el juicio o inferencia que se obtiene como resultado de la valoración de enfermería. Se identifican problemas reales, de riesgo o de bienestar.

Los Diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) los integra los siguientes elementos: etiquetas diagnósticas, definición, características definitorias y factores relacionados.<sup>14</sup>

- **PLANIFICACIÓN:** Fase del proceso de enfermería en donde se determinara qué se puede hacerse para apoyar al usuario en el establecimiento, conservación o el fomento de la salud, previa determinación del enfoque que le ayudara a solucionar, disminuir o reducir el efecto de sus respuesta humanas jerarquizándolas sobre una situación potencial de peligro de vida.

- **EJECUCIÓN:** Es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al usuario, en forma integral y progresiva, en coordinación con los profesionales de la salud que participa en su atención y sus familiares.

- **EVALUACIÓN:** Esta etapa sirve para identificar los obstáculos que han impedido realizar un plan de cuidados eficaz y replanificar las intervenciones; así como valorar si se puede concluir el cuidado ha sido correcto y se logra la mejoría del usuario o la persona llega a una muerte digna.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> Oreja. M<sup>a</sup>, “INTERRELACIONES NANDA, NOC, NIC. METODOLOGÍA ENFERMERA. A PROPÓSITO DE UN CASO”, Rev. Norte de Salud Mental nº 31 • 2008, p. 20–26. Consultada en página web: [http://www.ome-aen.org/NORTE/31/NORTE\\_31\\_040\\_20-26.pdf](http://www.ome-aen.org/NORTE/31/NORTE_31_040_20-26.pdf).

<sup>15</sup> Pacheco A. Ibídem, pp. 224-363.

## 4.4 TEORÍA DE ENFERMERÍA

### 4.4.1 MARJORY GORDON 11 PATRONES FUNCIONALES

El modelo de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon (1994) es específico para la valoración de los usuarios en el área de la salud mental. Este modelo enfoca su atención sobre 11 patrones con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes. Toda esta dinámica busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos patrones funcionales que están alterados, o en peligro de alteración para, posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación.

Patrón de Salud (Gordón 1994): *“Es aquella respuesta o grupo de respuestas que describen un grado de función corporal que contribuyen a mantener el estado de salud, la calidad de vida y la realización del potencial humano”*<sup>16</sup>

#### **PATRÓN 1: Percepción–manejo de la salud**

Este Patrón describe cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación. Por tanto se incluye las prácticas preventivas, la adherencia a tratamientos médicos y enfermeros prescritos; la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud.

#### **PATRÓN 2: Nutricional–metabólico**

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las Costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las Necesidades metabólicas del individuo y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta. Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas. Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

#### **PATRÓN 3: Eliminación**

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

---

<sup>16</sup> Fornés, J. “ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIÁTICA VALORACIÓN Y CUIDADOS” 2ª. ed. España (Madrid): Médica Panamericana; 2012. p. 38.

**PATRÓN 4: Actividad–ejercicio**

Este Patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma, la actividad y la activación física. También describe las costumbres de ocio y recreo; así como conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria.

**PATRÓN 5: Sueño–descanso**

Describe los Patrones de sueño, descanso a lo largo del día y hábitos y costumbres individuales para conseguirlos.

**PATRÓN 6: Cognitivo–perceptual**

En él se describe el Patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas. También se determina la existencia de dolor. Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

**PATRÓN 7: Autopercepción–autoconcepto**

Describe el Patrón de autoconcepto y las percepciones de sí mismo. Incluye las actitudes del individuales hacia su imagen corporal, su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa manifestaciones del lenguaje no verbal.

**PATRÓN 8: Rol–relaciones**

Incluye este Patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral y social. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo y la existencia de problemas en la relación interpersonal.

**PATRÓN 9: Sexualidad–reproducción**

Describe los Patrones de satisfacción o insatisfacción referidos a la sexualidad y reproducción y todo lo relacionado a este.

**PATRÓN 10: Adaptación–tolerancia al estrés**

Describe el Patrón general de adaptación y efectividad en la tolerancia al estrés de forma individual así como la capacidad para resistirse, controlar y manejar las amenazas sobre su propia integridad.

### **PATRÓN 11: Valores–creencias**

Describe los Patrones de valores, objetivos y creencias, que guían las decisiones, percepción de conflictos, opciones vitales del individuo y expectativas relacionadas con la salud.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Oreja. M<sup>a</sup>. “INTERRELACIONES NANDA, NOC, NIC. METODOLOGÍA ENFERMERA. A PROPÓSITO DE UN CASO”, Rev. Norte de Salud Mental nº 31 2008, p. 20–26. Consultada en página web: [http://www.ome-aen.org/NORTE/31/NORTE\\_31\\_040\\_20-26.pdf](http://www.ome-aen.org/NORTE/31/NORTE_31_040_20-26.pdf).

## 4.5 PATOLOGÍAS

### 4.5.1 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR DISCAPACITANTES

#### Definición

Es un trastorno cerebral que afecta el estado emocional caracterizado por sentimientos de tristeza, desilusión y desesperación.

#### Etiología

- Alteración de las monoaminas cerebrales; con disminución de la dopamina, serotonina y noradrenalina.<sup>18</sup>
- Factores genéticos (antecedentes de algún familiar con trastorno mental, existe una mayor posibilidad de desarrollar depresión en algún momento de tu vida).
- Víctimas de ataque sexual.
- Estaciones del año: Otoño e invierno.

#### Prevalencia

- 11% en la población general.
- 10-12% en adolescentes.
- 8-10% en mujeres.
- 6-8% en hombres.<sup>19</sup>

#### Tipos de depresión

Con un diagnóstico específico, clínicamente, hay tres tipos de depresión.

1. **Depresión mayor:** conocida como depresión unipolar.
2. **Depresión menor:** conocida como distimia (**Trastorno de carácter y mal humor distimia**), que es menos severa.
3. **Depresión crónica:** Dura al menos dos años de evolución.
4. **Trastorno bipolar:** también conocido como depresión maniaca donde períodos de depresión son combinados por episodios de manía con cambios de comportamiento repentinos y extremos.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> Publicaciones de "EDUCACIÓN EN SALUD MENTAL". Ibídem.

<sup>19</sup> Medina. Ma. Ibídem.

<sup>20</sup> Morrison M. et.al. "FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL". España (Madrid): Harcourt; 2012. pp.304-306.

## Diagnóstico

Las características del trastorno depresivo mayor son un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores. Los criterios diagnósticos que la alteración del estado de ánimo por lo menos 2 meses consecutivos con síntomas de:

- Desinterés de las capacidades de placer.
- Disminución del apetito.
- Trastornos del sueño (Insomnio intermedio y final).
- Cambios del sistema locomotor.
- Falta de energía.
- Inutilidad.
- Culpa.
- Deterioro social, laboral y de las actividades de la vida diaria.
- Pensamientos recurrentes de muerte.
- Planes suicidas.

## Características descriptivas

- **Tristeza.**
- **Desinterés por las actividades.**
- **Disminución de la energía (Fatiga y desgano)**
- Llanto.
- Labilidad emocional.
- Irritabilidad.
- Fobias.
- Ansiedad.
- Alteración de la memoria, concentración y atención.
- Rumiaciones obsesivas.
- Preocupaciones excesivas por la salud.
- Aislamiento social.

} Triada

La depresión puede ser diagnosticada por un psiquiatra, psicólogo, enfermera de psiquiatría o en salud mental, trabajador social, un profesional de atención primaria, o un trabajador comunitario de la salud.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> López. I. et. al. "MANUAL DIAGNÓSTICO DSM-IV TR. DSM-IV-TR. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES". Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002. pp. 412- 419.

## Diagnóstico diferencial de la depresión mayor y el duelo es:

- Autoevaluación.
- Ideas suicida.
- Culpa patológica.
- Tiempo largo de la sintomatología.

## Tratamiento

<b>Psicofármacos estabilizadores del estado de ánimo:</b>		
Inhibidores de Serotonina y Norepinefrina (SNRIs): <ul style="list-style-type: none"><li>• Citalopram.</li><li>• Fluoxetina.</li><li>• Sertralina.</li><li>• Paroxetina.</li><li>• Escitalopram.</li><li>• Venlafaxina.</li><li>• Duloxetina.</li><li>• Fluvoxamina.</li><li>• Citalopram.</li><li>• Escitalopram.</li></ul>	Antidepresivos Triciclicos: Amitriptilina, Desipramina, Imipramina, Nortiptilina.	Efectos secundarios de los psicofármacos <ul style="list-style-type: none"><li>• Boca seca.</li><li>• Problema de vejiga.</li><li>• Estreñimiento.</li><li>• Visión borrosa.</li><li>• Problemas de la función sexual.</li><li>• Mareos y/o somnolencia.</li><li>• Aumento de la presión arterial.</li><li>• Nauseas.</li><li>• Nerviosismo.</li><li>• Insomnio o agitación.<sup>22</sup></li></ul>
Es importante tener en cuenta y orientar al usuario que una vez que se inicia tratamiento, puede tomar algunas semanas para notar cambios en su estado de ánimo (Hasta 3 semanas aproximadamente). <sup>23</sup>		
<b>Terapia cognitivo conductual.</b> La terapia electroconvulsiva (TEC), se usas este procedimiento solo cuando se fracasa en el tratamiento farmacológico.		
<b>Métodos tradicionales y alternativos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ejercicio físico regular</li><li>• Incrementar la exposición a la luz</li><li>• Suplementos nutricionales</li><li>• Ejercicios de relajación y meditación</li><li>• La acupuntura<sup>24</sup></li></ul>		

<sup>22</sup> Morrison M. Ibídem. p. 311.

<sup>23</sup> Morrison M. Ibídem. p. 307-309.

<sup>24</sup> Morrison M. Ibídem. p.p. 310-311.

## 4.5.2 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

### Definición

El Trastorno de Ansiedad son un grupo de trastornos caracterizados por la ansiedad descontrolada que da lugar a la alteración de la actividad social interpersonal y laboral; en donde la persona se encuentra en un estado de constante preocupación.<sup>25</sup>

La ansiedad anormal es una sensación difusa de angustia, miedo, deseo de huir sin que la persona que los sufra pueda identificar claramente el peligro en el que pone su vida, aumento del funcionamiento neurovegetativo; causa disfuncionalidad.<sup>26</sup>

### Etiología

- Alteración a nivel de la amígdala cerebral y lóbulo frontal.
- Generalmente inicia en la adolescencia.
- Trastornos psicóticos.
- Trastornos de personalidad (Trastorno límite de la personalidad).
- Rasgos de personalidad (Histriónico, Compulsivo y Narcisista).

### Incidencia

- Enfermedades cardíacas.
- Feocromocitoma.
- Hipoglucemia.
- Tumores del nervio vestibular.
- Sobre carga del cuidador.

### Prevalencia

- Se presenta entre los 25-40 años.
- 2:1 hombres.
- Adultos mayores.

### Diagnóstico

Los criterios diagnósticos en niños solo se requiere un de estos síntomas más todos los demás.

- Inquietud.
- Impaciencia.
- Fatiga.

---

<sup>25</sup> Womble. D. "INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL", 2ª. Ed, USA (Philadelphia): Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p.290.

<sup>26</sup> Morrison. M. Ibídem. p.286.

- Dificultad para concentrarse o mantener la mente en blanco.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Alteraciones del sueño (Sueño no reparador).

Los criterios diagnósticos en adultos son personas con excesiva preocupación, todos los días por 6 meses.<sup>27</sup>

#### Los desórdenes por ansiedad se caracterizan por:

- |                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| • Palidez facial.                     | • Dolor malestar torácico           |
| • Tensión muscular.                   | Escalofrió.                         |
| • Debilidad.                          | • Náuseas y/o vómito.               |
| • Sudoración generalizada.            | • Urgencia miccional y/o            |
| • Excitación.                         | Polaquiuria.                        |
| • Pupilas mióticas o midriasis.       | • Disminución del apetito.          |
| • Temblores.                          | • Diarrea y/o malestar abdominal.   |
| • Sequedad de boca.                   | • Hiperhidrosis palmar.             |
| • Taquicardia o palpitaciones.        | • Vértigo, mareo o desmayo.         |
| • Sensación de falta de aire o ahogo. | • Pérdida de control. <sup>28</sup> |

Historia clínica completa.

Aplicación del Instrumento de Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención.

#### Diagnostico diferencial

- Depresión.
- Trastorno mixto ansioso.
- Ansiedad por enfermedades orgánicas.
- Síndrome de abstinencia por alcohol.
- Factores estresantes.

#### Tratamiento

##### Psicofármacos

- Las **benzodiacepinas** empleadas como ansiolítico y sedante: Alprazolam, Clonazepam, Alprazolam, Diazepam, Cloracepato Dipotásico y Lorazepam.
- **Psicoterapia** conductivo-conductual.
- Ejercicios de **relajación y meditación**.<sup>29</sup>

<sup>27</sup> DSM-IV-TR. Ibídem. p.p. 530-534.

<sup>28</sup> Morrison. M. Ibídem. p.p. 287,291.

<sup>29</sup> Garrido. M. Ibídem, p. 408.

### 4.5.3 DUELO

#### Definición

Es un proceso emocional de afrontamiento de una pérdida; provocando una situación de vacío, desesperanza, desvinculación del significado que antes tenía la vida de una persona.

#### Etiología

- Pérdida o desaparición de cualquier elemento importante o significativo de la existencia del individuo (Persona, Objeto o Relación).

#### Tipos de Duelo

- **Duelo Anticipado:** Se observa en los individuos y las familias que esperan sufrir una pérdida importante en un futuro cercano.
- **Duelo Convencional:** Se asocia principalmente con el duelo que sigue a una pérdida. Este proceso de luto o de adaptación a la pérdida puede durar días, semanas o años, en función de la sensación de la pérdida de la persona afectada. Cada individuo tiene una respuesta personal única frente a la pérdida, en términos de tipo y duración. Esta respuesta se basa en el desarrollo de la persona, sus experiencias anteriores y las estrategias actuales de afrontamiento.<sup>30</sup>

#### Duelo Como Proceso

Consiste en una serie de fenómenos que aparecen durante la resolución de la pérdida. En donde el individuo se enfrentan a los sentimientos: de rabia y desesperación que acompañan a la pérdida. A medida que la persona pasa por el duelo llega al punto de dejar el pasado atrás, se produce el crecimiento; permite que la persona resurgir con un sentido de la vida renovado (Resiliencia).

#### Etapas del Duelo

Entendiendo como duelo *“es un proceso de elaboración de la respuesta emocional ante la pérdida, la reorganización de la propia vida, y la obtención de algún grado de resolución o conclusión”*.<sup>31</sup> Este un estado doloroso de intranquilidad, incomodidad que si no se experimenta y se reprime o se niega y se interioriza puede conducir a una enfermedad física y/o emocional severa”.

---

<sup>30</sup> Womble. D. *Ibidem*, p. p. 10-11

<sup>31</sup> Womble. D. *Ibidem*, p. 12

El proceso de duelo descrito por la Dra. Elizabeth Kübler Ross en donde el usuario atraviesa por diversas fases:

1. **Negación:** Mecanismo primario donde el usuario no acepta la pérdida.
2. **Enojo:** Caracterizado por sentimientos de rabia, enojo, ira, odio y envidia, surgen de manera irracional incontrolable ante la pérdida, el usuario se encuentra enojado con Dios, contra la vida y contra él mismo.
3. **Regateo:** El usuario se encuentra, evasivo, incrédulo, ambivalente, ya que todavía no termina de aceptar su situación. Promete cosas o acciones para alcanzar el consuelo.
4. **Depresión:** La persona vive en profunda tristeza, la manifestación propia del duelo, etapa de mayor duración, donde se expresa libremente el dolor por la pérdida.
5. **Aceptación:** La persona logra aceptar la pérdida, reincorporándose a su vida familiar y laboral.<sup>32</sup>

### **Duelo Disfuncional**

El duelo disfuncional consiste en la incapacidad para completar el proceso y afrontar una pérdida de forma satisfactoria. La persona sufre una reacción prolongada y exagerada, la vida pierde su sentido y se convierte en una existencia centrada en la nostalgia del perdido, con síntomas desadaptativos. Estos sentimientos prolongados a la pérdida se denominan Tristeza crónica.

Si un individuo no ha desarrollado las herramientas psicológicas adecuadas para afrontar de manera adaptativa la pérdida o el fracaso; se retrasará la resolución del proceso de duelo y este será mayor.

### **Factores que Contribuyen al Duelo no Resuelto**

- Formas de muerte socialmente inaceptadas (suicidio y homicidio).
- La persona se ha perdido en una guerra, desaparición misteriosa o un secuestro.
- Pérdidas múltiples o en rápida sucesión.
- Sentimientos ambivalentes hacia la persona u objeto perdido.

---

<sup>32</sup> Womble. D. *Ibidem*, p. 12.

- Duelo no resuelto por una pérdida anterior.
- Culpa relacionada con la circunstancia en el momento o próxima a la pérdida.
- El superviviente siente que debería haber muerto con el fallecido o en su lugar.
- Sentimientos de inutilidad con tendencias suicidas que consumen al superviviente.
- Respuesta fisiológica con reducción acusada de actividad ante la pérdida.<sup>33</sup>

### **Signos y Síntomas**

- |                  |                                  |
|------------------|----------------------------------|
| • Culpa.         | • Depresión.                     |
| • Ira.           | • Irritabilidad.                 |
| • Enojo.         | • Mal humor.                     |
| • Resentimiento. | • Agresión.                      |
| • Inutilidad.    | • Llanto fácil.                  |
| • Anergia.       | • Facies de dolor y sufrimiento. |
| • Ansiedad.      |                                  |

### **Afrontamiento del Duelo y de la Pérdida**

Es fundamental que la persona que está pasando por un duelo prolongado reciba atención clínica y tratamiento. Determinar con que sistemas de apoyo cuenta la persona, así como las posibles estrategias de afrontamiento que pueda haber utilizado en el pasado y que le puedan servir para hacer frente a la situación actual (Resiliencia).

Es necesario ayudar a la persona a identificar conductas de afrontamiento adaptativas que le permitan alcanzar la resolución; a través del desarrollo de métodos positivos de afrontamiento de la pérdida; aunque hay que tener presente que el proceso de duelo es muy individualizado.

Es importante permitir a la persona expresar sus sentimientos con una carta dirigida a la persona ausente; derivar a un grupo de apoyo de duelo, animar a la búsqueda de redes de apoyo. A medida que la persona establezca nuevas relaciones, logre tener esperanza y renueve los intereses personales con una actitud positiva; logrará el bienestar físico y emocional.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> Womble. D. *Ibidem*, p. 13.

<sup>34</sup> Womble. D. *Ibidem*, p. p. 13-14.

#### 4.5.4 ESTRÉS

##### Definición

Es una reacción fisiológica del organismo en el que entran mecanismos de afrontamiento, para hacer frente a una situación que percibe como amenazante. Es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia y la protección de la persona.

El estrés es una situación en donde, el cerebro envía señales químicas que activan la secreción de hormonas (catecolaminas y entre ellas, la adrenalina) en la glándula suprarrenal.

Las hormonas inician una reacción en cadena en el organismo: el corazón aumenta el latido y la presión arterial, la sangre es desviada de los intestinos y a los músculos para huir del peligro, el nivel de insulina aumenta para producir más energía, se estimula la producción de ácido gástrico.

Según Hans Selye (1936), el conocido investigador del estrés, existen dos clases de estrés: El **Eustrés** *“es positivo y motivador, reflejado en la confianza y en la propia capacidad de dominar un desafío o una situación estresante cuando es a corto plazo y no es dañina”*<sup>35</sup>. El **Distrés** *“es la respuesta a una amenaza o a un desafío realmente perjudicial para la salud del individuo”*<sup>36</sup> causando: *enfermedades cardiovasculares, migraña, calvicie, asma, alteraciones nerviosas y de la piel, impotencia, trastornos menstruales, colitis, diabetes o contracturas musculares*.<sup>37</sup> Por otro lado el **Eustrés** *“es positivo y motivador reflejado en la confianza de las propias capacidades para dominar un desafío o un situación estresante”*<sup>38</sup>.

##### Etiología

Cualquier suceso que genere una respuesta emocional, puede causar estrés como las situaciones positivas (el nacimiento de un hijo, matrimonio, sorpresas, alegría y estados emocionales de felicidad).

Las situaciones negativas (pérdida del empleo, muerte de un familiar, término de una relación sentimental, pérdida significativa de la persona, asaltos, delitos, violaciones, abusos físicos / sexuales, secuestros).

---

<sup>35</sup> Womble. D. *Ibídem*, p. 3.

<sup>36</sup> Womble. D. *Ibídem*, p. 3.

<sup>37</sup> Womble. D. *Ibídem*, p. 3.

<sup>38</sup> Womble. D. *Ibídem*, p. 3.

Todo lo anterior depende de la capacidad de respuesta de cada individuo ante las situaciones estresantes.<sup>39</sup>

### Signos y síntomas:

- Depresión / Ansiedad.
- Dolor de cabeza.
- Insomnio.
- Nerviosismo e Hipervigilancia.
- Temblor fino de manos.
- Hiperactividad. (La persona no puede permanecer quieta.)
- Pérdida o aumento del apetito.
- Sudoración excesiva e hiperhidrosis palmar.
- Malestares gastroenterológicos (dolor, ardor, sensación de vacío, reflujo gastroesofágico, hiperacidez gástrica, indigestión, diarrea o estreñimiento).
- Disfunción sexual.
- Irritabilidad, impulsividad y agresividad.
- Taquipnea.
- Aumento de la frecuencia cardíaca y tensión arterial.

### Diagnóstico

- Entrevista.
- Valoración cefalocaudal.
- Exploración física (Inspección, percusión, palpación y auscultación).<sup>40</sup>

### Tratamiento

Psicofármacos	Otros
Antidepresivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clonidina.</li> <li>• Clonazepam.</li> <li>• Alprazolam.</li> <li>• Fluoxetina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia Cognitivo-Conductual.</li> <li>• Enfoque Psicoeducativo.</li> <li>• Técnicas de Relajación / Control Activación Emocional.</li> <li>• Terapias Grupo / Grupos Autoayuda-Apoyo Social</li> <li>• Terapias Alternativas (Acupuntura, Aromaterapia, Herboterapia, Homeopatía, Masaje, Reflexología, Florales de Bach y Yoga).<sup>41</sup></li> </ul>

<sup>39</sup> Puchol. D. "TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO" aiu.edu, 2012, Consultado en página Web: <http://aiu.edu/online/assignments/spanish/SHS006s.pdf>. Ibidem. p. 4.

<sup>40</sup> Puchol. D. Ibidem p.p. 6-7.

<sup>41</sup> Puchol. D. Ibidem. p.p. 10-21.

## 4.5.5 CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR

### Definición

Aquella persona que se responsabiliza de los cuidados de otra, dependiente o discapacitada, que requiere asistencia de forma permanente y continuada. Este papel se desarrolla normalmente en el ámbito familiar y sobre una figura central denominada “**Cuidador Principal**” que es el que afronta la mayor parte del esfuerzo y la responsabilidad del cuidado con un grado de implicación mayor que el resto de familiares.

Los cuidadores dedican de 6 a 7 días prestando cuidados, durante una jornadas de 8 o más horas y lleva de 8 a más años fungiendo como cuidadores informales o principales; soportando una gran sobrecarga que les puede llevar a padecer numerosas alteraciones en lo biopsicosocial.<sup>42</sup>

### Incidencia

- 65,2% sexo femenino.
- 34,8% sexo masculino.
- 2:3 personas son mayores de 65 años.

### Etiología

- Envejecimiento progresivo.
- Disminución de los nacimientos y de la mortalidad.
- Aumento de la esperanza de vida.
- Enfermedades crónicas degenerativas.<sup>43</sup>

### Signos y Síntomas

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| • Aumento de estrés.                         | • Irritabilidad.                    |
| • Dificultad para la expresión de emociones. | • Enojo.                            |
| • Tensión muscular.                          | • Falta de apetito.                 |
| • Ansiedad / Depresión.                      | • Insomnio.                         |
| • Agotamiento físico.                        | • Duelo Anticipado.                 |
| • Frustración.                               | • Problemas de salud físicos.       |
|  | • Aislamiento social. <sup>44</sup> |

<sup>42</sup> Mercedes. B. “**CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR**”, Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos de Fin de de Grado. 4 (1): 717-750, 2012 ISSN: 1989-5305 [revistareduca](http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1015/1028). Consultado en Página Web: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1015/1028>. p.p. 3-4.

<sup>43</sup> Mercedes. B. *Ibíd.* p. 2.

<sup>44</sup> Mercedes. B. *Ibíd.* p.p. 5-6.

## **Diagnóstico**

- Entrevista terapéutica.
- Valoración del estado de salud físico, emocional, espiritual y social.
- Exploración física (Inspección, auscultación, palpación y percusión).

## **Tratamiento**

- Facilitaremos la expresión de emociones.
- Promover el autocuidado del cuidador principal en su salud física, psicológica y social, si el cuidador se encuentra mejor cuidará mejor.
- Procurar que tenga tiempos de descanso y recreación.
- Animar a busque ayuda y enseñar a delegar funciones.
- Ayudándole a encontrar tiempo personal para identificar sus propias necesidades.
- Aprender las técnicas de manejo del estrés.
- Promover la asistencia a las asociaciones pueden ofrecer una gran ayuda informando, asesorando, ayudando y apoyando a los cuidadores y familiares.
- Atención profesional de los trastornos mentales y físicos.
- Terapia cognitivo conductual.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> Mercedes. B. *Ibíd.* p.p. 24-27.

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1 ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN

• Longitudinal.
• Observacional.
• Entrevista.
• Valoración.
• Encuesta con la Aplicación del Instrumento K-10 (Detección de Depresión y Ansiedad en usuarios del primer nivel de atención).
• Consulta de documento oficial institucional (Expediente clínico)
• Búsquedas científicas bibliográficas
• Búsquedas científicas electrónicas avanzadas (Enfermería Basada en Evidencias).

### 5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN

- La elección del estudio de caso se realizó durante la práctica comunitaria en el Centro de Salud ubicado al sur del Distrito Federal.
- La usuaria de acerca a pedir información, después de la presentación del Taller Psicoeducativo Salud Mental; se mantiene una conversación directa y se proporciona información integral a la usuaria de la asesoría solicitada.
- Posterior a lo anterior se aplicó el instrumento de Valoración K-10 (Detección de Depresión y Ansiedad en usuarios del primer nivel de atención); obteniendo una calificación de 43 puntos.
- Se solicitó autorización de la usuaria para la elaboración del Estudio de Caso y la entrevista motivacional con grabación en audio de la misma. Explicándole detalladamente el motivo de interés y haciendo hincapié en la protección de su identidad; autorizando y firmando el consentimiento informado la usuaria.
- Se realizó la valoración cefalocaudal utilizando el instrumento de Valoración de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon.
- Se dio aviso de la elección del estudio de caso a la Coordinadora y Tutora Clínica de la Especialidad y se presento a la usuaria.
- Se solicitó autorización para la consultar el expediente clínico de la usuaria, a los gestores administrativos de dicha institución.

<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	
<b>Primarias o Directas</b>	<b>Secundaria o Indirectas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuaría (Entrevista Motivacional)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista con familiar directo (Hija Menor).</li> <li>• Expediente clínico.</li> <li>• Registros de enfermería.</li> <li>• Equipo de salud que atiende a la usuaria. (Enfermera, Médico tratante, Trabajadora Social).</li> <li>• Fuentes bibliográficas (Libros)</li> <li>• Consultas avanzadas electrónicas de Enfermería Basada en Evidencias. (EBES).</li> </ul>

## **ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

La Entrevista Motivacional *“Es una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes. Resulta particularmente útil con las personas que son reticentes a cambiar y se muestran ambivalentes al cambio”*.<sup>46</sup>

### **OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

- Obtener información sobre sus datos personales y hábitos de vida.
- Comprender el problema actual y sus mecanismos de adaptación.
- Ayuda a resolver la ambivalencia y que la persona progrese a lo largo del camino.
- Desbloquear los conflictos emocionales que mantienen a la persona inmovilizada.
- Recuperar las habilidades y los recursos que necesitan la persona, para llevar un cambio verdadero.
- Aumentar la motivación intrínseca de la persona.
- Crear una apertura de cambio.<sup>47</sup>

### **PRINCIPIOS GENERALES DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

1. Expresar empatía (La aceptación facilita el cambio, la escucha reflexiva adecuada es fundamental, comprende, aceptar y la ambivalencia es normal).
2. Crear una discrepancia (Tomar conciencia de las consecuencias es importante, la discrepancia entre la conducta actual y los objetivos más

<sup>46</sup> Miller, W. et. al. **“ENTREVISTA MOTIVACIONAL”**. Barcelona: Ed. Paidós; 1999. p. 82

<sup>47</sup> Miller, W. *Ibidem*. p. 80

importantes que se quieren conseguir motivará el cambio, entender las motivaciones y valores de la persona; en donde el usuario debe presentar sus propias razones para cambiar).

3. Evitar discusión (Las discusiones son contraproducentes, defender un argumento provoca una acción defensiva, la resistencia es una señal que indica que debe de cambiar las estrategias que se han estado utilizando y no es necesario usar etiquetas).
4. Darle un giro a la resistencia (Se debe aprovechar el momento actual con el fin de obtener el mayor beneficio posible, las percepciones se pueden cambiar, los nuevos puntos de vista se sugieren, no se imponen y el usuario es una fuente valiosa a la hora de encontrar soluciones al problema).
5. Fomentar la autoeficacia (La creencia en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante, el usuario es responsable de elegir y llevar a cabo un cambio personal y existe un gran grado de esperanza en la amplia variedad de diferentes tratamientos de los que se dispone, se debe empoderar a la persona y transmitir optimismo).<sup>48</sup>

## **MÉTODOS BÁSICOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL (PARR)**

Preguntas abiertas.

Afirmar / Refuerzos positivos.

Reflejar

Resumir.

## **ESTRATEGIAS DEL CAMBIO**

1. Preguntas abiertas (En donde el usuario no pueda responder con una respuesta corta, estas preguntas permiten al usuario empezar analizar sus problemas.)
2. Escucha reflexiva (Es escuchar y deducir lo que el usuario quiere decir, la comunicación codifica, escucha y decodifica).
3. Afirmar (Utilizando comentarios positivos y frases de aprecio y comprensión los cuales apoyan al usuario durante el proceso terapéutico).
4. Resumir (Se emite un resumen de lo que se ha reunido de información y comprendido, esto se debe realizar de forma periódica, confirmando que se ha entendido y escuchado con atención; permitiendo al usuario sus propias afirmaciones automotivadoras y poner de manifiesto la ambivalencia de la persona).

---

<sup>48</sup> Miller. W. *Ibidem.* p.p. 83-91

5. Provocar afirmaciones automotivadoras (Expresa el terapeuta el reconocimiento del problema, expresión de preocupaciones, intención de cambiar y el optimismo, tales afirmaciones reflejan habilidades para el cambio)
6. Preguntas evocadoras (Se refuerzan con un lenguaje no verbal y verbal de aceptación y comprensión; esto permite que el usuario continúe realizando afirmaciones automotivadoras, analizando la ambivalencia y la discrepancia dependerá en gran medida de la manera que responda el terapeuta).
7. Balance decisional (Es necesario que el usuario comente aspectos positivos y negativos de su conducta actual, resumir la información obtenida y retroalimentar; motivando a que la persona identifique ventajas y desventajas).
8. Elaboración (Pedir al usuario que elabore a través de ejemplos específicos ayudando a potenciar el tema y generar afirmaciones automotivadoras).
9. Utilizar extremos (La persona describe los extremos de sus preocupaciones y que imagine las consecuencias negativas de dicha situación)
10. Mirando hacia adelante (Pedir a la persona que imagine un cambio a futuro).
11. Mirando hacia atrás (Pedir a la persona que recuerde el tiempo anterior a que el problema surgiera y comparar ese tiempo con la situación actual).
12. Paradoja (El terapeuta asume el rol no la problemática o el conflicto de la persona, intentando provocar la parte opuesta; los comentarios de reconocimiento del problema, expresión de preocupación, intención de cambiar y optimismo).
13. Analizando objetivos (Pedir a la persona que exprese cuales son las cosas que considera importantes en su vida; analizando y desarrollando temas de discrepancia con los objetivos importantes para la persona y la conducta actual).<sup>49</sup>

### **TRAMPAS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

1. Preguntas respuestas (Es una respuesta a la ansiedad, control por parte del terapeuta y rol pasivo del usuario).
2. Confrontación - negación (El terapeuta inicia un dialogo de forma no adecuada y el usuario repetirá el patrón que tiene por costumbre)
3. Trampa del experto (El terapeuta tiene una respuesta para todo y es a tal grado el deseo de ayudar al usuario que proporciona respuesta y soluciones).

---

<sup>49</sup> Miller. W. *Ibidem.* p.p. 101-117

4. Trampa del etiquetaje (El terapeuta etiqueta a la persona generando estigma, busca tener el control, el conocimiento y una comunicación basada en juicios de valor).
5. Trampa Énfasis prematuro (El terapeuta presiona demasiado rápido a fin de central la discusión en el problema y se centra en su preocupación y no en la del usuario).
6. Trampa de la culpa (El usuario se centra en la culpa y si la sesión gira sobre este tema se desperdicia el tiempo, la energía y genera defensividad).<sup>50</sup>

## **CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA**

- Calidez.
- Apoyo.
- Respeto.
- Cuidado.
- Preocupación.
- Comprensión empática.
- Compromiso.
- Interés activo.

## **MOTIVACIÓN HACIA EL CAMBIO**

Motivación *“Es la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para cambiar Miller (1985)”*.<sup>51</sup>

Statu Quo *“Es una zona de confort, en donde se permanece por los efectos o beneficios secundarios obtenido”*.<sup>52</sup>

- La mayoría de la personas cambian sin ayuda.
- El nivel motivacional de la persona es muy importante.
- La persona cambia si se crea un atmosfera idónea para el cambio.
- El interés del facilitador en la persona hace la diferencia.
- La acción hace posible el cambio.

Los psicólogos James Prochaska y Carlo DiClemente (1982) han elaborado un modelo útil para comprender como se produce al cambio y por que las personas cambian, ya sea por sí mismas o a partir de la ayuda terapéutica.

---

<sup>50</sup> Miller. W. Ibídem. p. p.94-100

<sup>51</sup> Miller. W. Ibídem. p. 43.

<sup>52</sup> Miller. W. Ibídem. p. 47.

## **ETAPAS DEL CAMBIO**

1. Precontemplación: Negación (Tareas motivacionales del terapeuta es: la escucha activa, aumentar la duda, aumentar la percepción del usuario de los riesgos y problemas de conducta actual, proporcionar información general).
2. Contemplación: Ambivalencia (Tareas motivacionales del terapeuta es: Normalizar la ambivalencia, cambiar la motivación extrínseca por intrínseca, Inclinar hacia la balanza decisional, evocar razones para cambiar y los riesgos de no cambiar especificando ventajas y desventajas y aumentar la autoeficacia para el cambio de la conducta actual).
3. Determinación: Comprometido (Tareas motivacionales del terapeuta es: aclarar metas y estrategias, ayudar al usuario a determinar el mejor curso de acción que hay que seguir para lograr el cambio).
4. Acción: Motivación (Tareas motivacionales del terapeuta es: Poner en marcha las estrategias para el cambio con un trabajo arduo del usuario y ayudar a dar los primeros pasos para el cambio).
5. Mantenimiento: Conducta de cambio permanente (Tareas motivacionales del terapeuta es: Ayudar al usuario a identificar y a utilizar las estrategias para prevenir las recaídas).
6. Recaídas: Desmotivación y culpa (Tareas motivacionales del terapeuta es: ayudar al usuario a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción, sin que aparezcan bloqueos o desmoralización debido a la recaída, explicar que estos cambios son normales y no se debe sentir culpa y desmotivación).<sup>53</sup>

## **ESTRATEGIAS PARA LA MOTIVACIÓN AL CAMBIO**

1. Ofrecer consejos.
2. Eliminar obstáculos.
3. Ofrecer alternativas.
4. Disminuir la deseabilidad.
5. Practicar la empatía.
6. Ofreciendo el feedback (retroalimentación).
7. Clarificar objetivos.
8. Ofrecer ayuda activa.<sup>54</sup>

---

<sup>53</sup> Miller. W. Ibídem. p. 41.

<sup>54</sup> Miller. W. Ibídem. p. 44.

## TÉCNICAS UTILIZADAS CON LA USUARIA DURANTE LA ENTREVISTA

- Desarrollo de la entrevista: Introducción (Información y orientación), Realización o Mantenimiento y Conclusión.
- Rapport. (Se realizó, cuando la usuaria llegó al servicio de Salud Mental del Centro de Salud ubicado al sur del Distrito Federal).
- Espacio interpersonal (1 metro aproximadamente).
- Encuadre de la entrevista. (Se realiza la presentación del entrevistador y el entrevistado, se da a conocer el tiempo de duración de la entrevista y se dan a conocer las expectativas de la entrevista motivacional).
- Relación terapéutica.
- Técnica de la observación. (Se le observo de manera detenida y sin mostrar a la usuaria o hacerle sentir que se le estaba observando, la técnica que utilice fue la de la escucha activa y se le miraba poniendo atención en lo que ella expresaba verbalmente y corporalmente).
- Técnica no verbal: Escucha reflexiva afirmativa (se le permitió a la usuaria que expresara de forma verbal y corporal sus emociones y su forma de vivir, Silencio (darle su espacio al usuaria), Sinceridad, Honestidad, Autenticidad, Respeto y Empatía.
- Técnica de la evocación. (Se realizó permitiendo a la usuaria que expresara emociones y preocupaciones y se reforzaron las afirmaciones automotivadoras que la usuaria expreso; asistiendo con la cabeza, expresando de manera verbal: *“Aja, Umju y Claro” sic. pac.*).
- Técnica de feedback (retroalimentación de los que la usuaria expreso).
- Técnica de preguntas abiertas.
- Técnica del resumen. Se realizaron resúmenes, de lo que la usuaria expreso verbalmente).
- Técnica de mirando hacia adelante. (pregunté a la usuaria: *¿Cómo se vería en diez años*).
- Técnica de la elaboración. ( Permití a la usuaria que comentara ejemplos específicos).
- Rodando con la resistencia.
- Técnica de reflexión. (Permití a la usuaria que reflexionara su forma de actuar y modos vivendi; ya que en un principio ella expresaba: *“tengo una sobrecarga de actividades con mi esposo e hija” sic. pac.* Posteriormente, se le comenta lo que otros personas en casos semejantes realizaba; la usuaria expresa de manera verbal: *“si lo hago” sic. pac.* Aunque en la valoración que se realizó en una cita previa ella negaba la ayuda por parte de sus hijas, no se confronto, sólo se le afirmo que era bueno que ella lo

continuara llevando a cabo de esta manera, para que disminuyera su sobrecarga de actividades y la usuaria se mostro pensativa y dirigió la mirada al piso).

- Técnica de parafraseo. (Se le regresa a la usuaria, lo comentado con otras palabras o haciendo uso de los sinónimos).
- Técnica de afrontamiento. (Se le permitió que realizara un afrontamiento de la situación vivida).
- Técnica de enfatizar, elección y control personal.
- Analizando objetivo y metas.
- Ayudé a tomar decisiones.
- Canalicé. (A consulta Psiquiátrica, esta quedo agendada el 10 de diciembre del 2012 a las 10:00 a.m).
- Técnica de llegar a un plan. (Reafirmar el establecimiento de roles y delegar funciones)
- Motivé la actividad del usuario (minimizando la pasividad).
- Estrategia de la autonomía. (Proporcione la oportunidad a que la usuaria elija de manera libre su motivo de cambio y tomara sus propias decisiones).
- Estrategia de afirmar (Refuerzos positivos).
- Realice frases de apreciación y de optimismo.
- Técnica de cierre. (Se le pregunta *¿Qué se lleva de esta plática?* y *¿Cómo se siente?*; se agenda la próxima cita para continuar con la intervención de enfermería, permitiendo a la usuaria que elija el día y la hora, Se le dan las gracias por haber acudido a esta sesión).
- Técnica de los contactos de seguimiento (cabe señalar que la usuaria acudió a las citas con su servidora de manera constante y puntual).

### 5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

#### DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS Y DE SALUD MENTAL EMITIDA POR LA OMS.

Estos derechos son una adaptación de la Ley de Sistemas de Salud Mental de 1980 de E.E.U.U. y de la Ley de Protección y Defensa de las Personas con Enfermedad Mental de 1986, ambas de E. E. U. U. abarcan los derechos a:

1. Recibir un tratamiento:
  - En un entorno psicológico y físico humano.
  - Adecuado en el entorno lo menos restrictivo posible.
  - Con un plan terapéutico actualizado, escrito e individualizado.
  - Con consentimiento informado.
2. Rechazar el tratamiento, salvo que tal medida ponga en peligro a terceras personas, o a cesar el tratamiento si los riesgos superan los beneficios.
3. Conservar la intimidad y la confidencialidad.
4. Comunicar libremente con terceros por carta, teléfono o visitas, salvo que tales actividades se hallen restringidas de manera específica en el plan terapéutico.
5. Conservar privilegios personales:
  - Vestir la propia ropa.
  - Conservar el aspecto personal según el gusto propio.
  - Cubrir las necesidades básicas.
  - Representación legal.
  - Empleo.
  - Votar.
  - Ejecutar un testamento.
  - Conducir vehículos.
  - Casarse.
  - Divorciarse.
  - Firmar un contrato.
6. Libertad y educación religiosas.
7. Conservar el respeto y la dignidad.
8. Traslado y continuidad asistencial.
9. Acceso a los registros propios.
10. Explicación de los costos de servicios.
11. Obtención de atención médica posterior a su alta.<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> Tealdi. C. "BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS EN PSIQUIATRÍA", Revista Colombiana de Psiquiatría ISSN 0034-7450, vol.37 no.2. Bogotá Apr. /June 2008. Consultada en Página Web: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502008000200009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502008000200009&script=sci_arttext)

# **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-1994, PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN UNIDADES DE ATENCION INTEGRAL HOSPITALARIA MEDICO-PSIQUIATRICA.**

## **Introducción**

Los esquemas de atención médica para el tratamiento de personas que padecen enfermedad mental, experimentan cambios continuos en función del desarrollo acelerado de la ciencia, de la mejor comprensión de los múltiples factores que intervienen en el origen y evolución de la enfermedad mental, así como de los recursos terapéuticos, físicos, humanos y financieros para su atención.

Una característica fundamental de este cambio, es la tendencia hacia la reinserción social de la persona enferma al medio al que pertenece, favoreciendo la continuidad del tratamiento a través de la implementación de programas extrahospitalarios y comunitarios tales como hospitales de día, servicios de consulta externa, centros de día, casas de medio camino, talleres protegidos, entre otros, con especial énfasis en la prevención, desde una perspectiva integral que considera la complejidad de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de las enfermedades mentales. Para fortalecer esta tendencia es indispensable continuar el proceso modernizador de la organización y funcionamiento de los servicios de salud, que permita superar los rezagos aún prevalecientes.

La entrada en vigor de la presente Norma, deberá considerar que, tanto por el monto de la inversión requerida, como por el número de recursos humanos necesarios y su capacitación, su cabal cumplimiento deberá atender a la determinación de los plazos pertinentes para el desarrollo de los servicios, tomando en cuenta la condición específica de cada Entidad Federativa. Sin embargo existe la urgente necesidad de que a la mayor brevedad posible la vigencia de la presente Norma Oficial Mexicana opere en plenitud.

## **1. Objetivo**

1.1. Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto uniformar criterios de operación, actividades, actitudes del personal de las Unidades que prestan servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual se proporcionará en forma continua e integral, con calidad y calidez.

## **2. Campo de aplicación**

2.1. Esta Norma Oficial Mexicana es de aplicación obligatoria en todas las Unidades que presten servicios de atención integral hospitalaria médico-

psiquiátrica para enfermos agudamente perturbados y otros de estancia prolongada, de los sectores público, social y privado del país que conforman el Sistema Nacional de Salud.

### **3. Definiciones**

PARA EFECTOS DE ESTA NORMA, SE ENTENDERÁ POR:

3.1. Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica:

Los establecimientos de salud que disponen de camas, y cuya función esencial es la atención integral de usuarios que padezcan de un trastorno mental.

3.2. Usuario:

Toda aquella persona que requiera y obtenga servicios de atención médico-psiquiátrica.

3.3. Enfermedad Mental:

Es aquella considerada como tal en la Clasificación Internacional de enfermedades mentales vigente, de la Organización Mundial de la Salud.

3.4. Atención Integral Médico-Psiquiátrica:

Es el conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su salud mental. Comprende las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación integral.

3.5. Rehabilitación Integral:

Es el conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo, que le permita superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de su enfermedad en los principales aspectos de su vida diaria; tiene el objetivo de promover en el paciente, el reaprendizaje de sus habilidades para la vida cotidiana cuando las ha perdido, y la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas y en la vida socio-cultural.

3.6. Educación para la Salud Mental:

Proceso organizado y sistemático mediante el cual se busca orientar a las personas a fin de modificar o sustituir determinadas conductas por aquellas que son saludables en lo individual, lo familiar, lo colectivo y en su relación con el medio ambiente.

3.7. Promoción de la Salud Mental:

Es una estrategia concreta, concebida como la suma de las acciones de los distintos sectores de la población, las autoridades sanitarias y los prestadores de servicios de salud encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud mental individual y colectiva.

3.8. Detección y Manejo Oportuno de Casos en la Comunidad:

Proceso que consiste en efectuar revisiones periódicas con fines de identificar y atender precozmente el daño.

3.9. Exámenes de Laboratorio Mínimos Indispensables:

Biometría hemática, Química sanguínea, Examen general de orina.

En caso de sospecha clínica de SIDA, se seguirán los criterios señalados en la NOM-010-SSA2-1993, para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

3.10. Reforzador:

Es cualquier estímulo situacional cuya presencia provoca el incremento o decremento de la frecuencia con que se manifiestan ciertas conductas.

**4. Disposiciones generales**

4.1. Son actividades inherentes a los servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica las siguientes:

4.1.1. Preventivas.

4.1.2. Curativas.

4.1.3. De Rehabilitación.

4.1.4. Enseñanza y Capacitación.

4.1.5. Investigación Científica.

4.2. Para ofrecer atención médica de calidad a los usuarios, las Unidades que presten servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, deben contar con los siguientes elementos:

4.2.1. Instalaciones y equipo apropiado para el desarrollo de sus funciones.

4.2.2. Recursos humanos suficientes en número y capacidad técnica, de acuerdo con los indicadores que establezca la autoridad sanitaria competente y con base en las propias necesidades de las Unidades.

4.2.3. Procedimientos para que en la Unidad prevalezcan el ambiente cordial, técnicamente eficiente, y las condiciones propicias para el cabal desarrollo de las actividades que involucra la atención integral médico-psiquiátrica.

4.2.4. Instalaciones y personal para la prestación de servicios de urgencias.

4.2.5. Instalaciones y personal para la prestación de servicios de consulta externa.

4.2.6. Instalaciones y personal para la prestación de servicios de rehabilitación psicosocial.

4.2.7. Recursos para la atención médica de otras enfermedades coincidentes con la enfermedad mental y, en su caso, referencia oportuna al nivel de atención requerido, intra o extrahospitalario.

4.2.8. Programa General de Trabajo.

4.2.9. Reglamento Interno.

4.2.10. Manuales técnico-administrativos.

4.3. Las Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deben contar, según sea el caso y considerando sus características, con las instalaciones específicas necesarias para dar atención a los usuarios, de acuerdo a lo siguiente:

4.3.1. Con episodio agudo.

4.3.2. De larga evolución.

4.3.3. Hombres.

4.3.4. Mujeres.

4.3.5. Niños.

4.3.6. Adolescentes.

4.3.7. Adultos.

4.3.8. Ancianos.

4.4. El ingreso de los usuarios a las Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica podrá ser: voluntario, involuntario u obligatorio y se ajustará a los procedimientos siguientes:

4.4.1. El ingreso voluntario requiere la solicitud del usuario y la indicación del médico a cargo del servicio de admisión de la Unidad, ambos por escrito, haciendo constar el motivo de la solicitud e informando a sus familiares o a su representante legal.

4.4.2. El ingreso en forma involuntaria, se presenta en el caso de usuarios con trastornos mentales severos, que requieran atención urgente o representen un peligro grave o inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la indicación de un médico psiquiatra y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, un usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del servicio de admisión de la Unidad hospitalaria. En cuanto las condiciones del usuario lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento involuntario, para que en su caso, su condición cambie a la de ingreso voluntario.

Deberá notificarse al Ministerio Público del domicilio del usuario y a las autoridades judiciales, todo internamiento involuntario y su evolución.

4.4.3. El ingreso obligatorio se lleva a cabo cuando lo solicita la autoridad legal competente, siempre y cuando el paciente lo amerite de acuerdo con el examen médico psiquiátrico.

4.5. El egreso del usuario del servicio de hospitalización podrá ser por los siguientes motivos:

4.5.1. Curación.

4.5.2. Haberse cumplido los objetivos de la hospitalización.

4.5.3. Mejoría.

4.5.4. Traslado a otra institución.

4.5.5. A solicitud del usuario, con excepción de los casos de ingresos obligatorios e involuntarios.

4.5.6. A solicitud de los familiares legalmente autorizados y con el consentimiento del usuario.

4.5.7. Abandono del servicio de hospitalización sin autorización médica, debiéndose notificar al Ministerio Público del lugar de la adscripción del hospital.

4.5.8. Disposición de la autoridad legal competente.

4.5.9. Defunción.

4.6. Las unidades que prestan servicio de atención hospitalaria médico psiquiátrica, deberán mantener un programa de atención integral que comprenda los siguientes aspectos:

4.6.1. Tratamiento médico y psicosocial, de acuerdo con los principios científicos, sociales y éticos.

4.6.2. El aislamiento del enfermo sólo se aplicará de manera excepcional y para proteger la salud y la integridad del propio enfermo y de quienes lo atienden y rodean, de acuerdo con el criterio del médico responsable. El paciente bajo este tipo de medida quedará al cuidado y vigilancia de personal calificado, en todo momento.

4.6.3. Confidencialidad en el manejo del diagnóstico y de la información.

4.6.4. Alimentación con características higiénicas, nutritivas y dietéticas adecuadas.

4.6.5. Ambiente y acciones que promuevan la participación activa del usuario en su tratamiento.

4.6.6. Relación del personal con los usuarios basada en el respeto a su persona, a sus derechos civiles y humanos y a sus pertenencias.

4.6.7. El personal que labora en las unidades para la prestación de servicios médicos psiquiátricos, tiene la obligación de vigilar, proteger y dar seguridad a los usuarios.

4.6.8. Proporcionar servicio de quejas y sugerencias para usuarios y familiares, que garantice el que sean tomadas en cuenta para la solución, vigilancia y seguimiento de las peticiones.

4.6.9. Promover la participación de la familia y la comunidad en el proceso de la atención a los usuarios.

4.6.10. Promover la integración de los comités hospitalarios siguientes:

- Ética y vigilancia.
- Auditoría médica.
- Mortalidad.
- Infecciones intrahospitalarias.

- Garantía de calidad de la atención
- Comités ciudadanos de apoyo.

### **5. Actividades preventivas**

5.1. Las actividades preventivas se llevan a cabo en espacios intra y extrahospitalarios.

5.2 Las actividades preventivas se efectuarán en los siguientes servicios:

5.2.1. Consulta externa y hospitalización.

5.3. Las actividades preventivas comprenderán las acciones siguientes:

5.3.1. Educación para la salud mental.

5.3.2. Promoción de la salud mental.

5.3.3. Detección y manejo oportuno de casos en la comunidad.

5.3.4. Detección y manejo oportuno de casos entre familiares de los pacientes y personas relacionadas con ellos para prestarles la atención que requieren.

5.3.5. Información y educación a los usuarios y sus familiares, acerca de las características de la enfermedad y de la participación de unos y otros en el programa de tratamiento y rehabilitación.

5.3.6. Promoción para la integración de grupos con fines de autoayuda.

### **6. Actividades curativas**

6.1. Las actividades curativas se llevarán a cabo en los servicios siguientes:

6.1.1. Consulta Externa.

6.1.2. Urgencias.

6.1.3. Hospitalización continúa.

6.1.4. Hospitalización parcial en sus diferentes modalidades.

6.2. El proceso curativo en el servicio de consulta externa, se llevará a cabo mediante las acciones siguientes:

6.2.1. Valoración clínica del caso y elaboración de la nota correspondiente.

6.2.2. Apertura del expediente clínico.

6.2.3. Elaboración de la historia clínica.

6.2.4. Estudio psicológico.

6.2.5. Estudio psicosocial.

6.2.6. Exámenes de laboratorio y gabinete.

6.2.7. Establecimiento del diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

6.2.8. Referencia en su caso, a hospitalización en la propia Unidad o a otra unidad de salud, para su manejo.

6.3. Las actividades curativas en el servicio de urgencias, se llevarán a cabo a través de las acciones siguientes:

6.3.1. Valoración clínica del caso.

6.3.2. Manejo del estado crítico.

6.3.3. Apertura del expediente clínico.

- 6.3.4. Elaboración de la nota clínica inicial.
- 6.3.5. Hospitalización.
- 6.3.6. Envío a consulta externa, o
- 6.3.7. Referencia, en su caso, a otra unidad de salud para su manejo.
- 6.4. Las actividades curativas en los servicios de hospitalización continua o parcial y el ingreso y egreso de usuarios, se llevarán a cabo a través de las acciones siguientes:
  - 6.4.1. Ingreso:
    - 6.4.1.1. Examen clínico.
    - 6.4.1.2. Elaboración de nota de ingreso.
    - 6.4.1.3. Elaboración de historia clínica.
    - 6.4.1.4. Realización de exámenes mínimos indispensables y pertinentes, de laboratorio y gabinete.
    - 6.4.1.5. Revisión del caso por el médico responsable y el equipo interdisciplinario.
    - 6.4.1.6. Realización de exámenes complementarios en caso necesario.
    - 6.4.1.7. Establecimiento de los diagnósticos probables, el pronóstico y el plan terapéutico, en un plazo no mayor de 48 horas y
    - 6.4.1.8. Elaboración de la nota de revisión.
  - 6.4.2. Visita Médica Diaria:
    - 6.4.2.1. Valoración del estado clínico.
    - 6.4.2.2. Interpretación de resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete.
    - 6.4.2.3. Solicitud de interconsulta, en su caso.
    - 6.4.2.4. Revisión del tratamiento, y
    - 6.4.2.5. Elaboración de la nota de evolución, con la periodicidad necesaria.
  - 6.4.3. Revaloración Clínica:
    - 6.4.3.1. Revisión del caso por el Director Médico o el Jefe del Servicio, por lo menos una vez cada semana en caso de trastornos agudos y cada mes en casos de larga evolución o antes, a juicio del Director Médico o del Jefe de Servicio, o a solicitud del usuario o de sus familiares responsables, o a solicitud de alguno de los comités del hospital.
    - 6.4.3.2. Actualización de exámenes clínicos.
    - 6.4.3.3. Elaboración de notas clínicas que indiquen la evolución y en su caso la necesidad de continuar hospitalizado.
  - 6.4.4. Interconsulta en la propia Unidad u otras de apoyo que cuenten con la especialidad requerida:
    - 6.4.4.1. Solicitud escrita que especifique el motivo.
    - 6.4.4.2. Evaluación del caso por el servicio solicitado.

6.4.4.3. Proposición de un plan de estudio y tratamiento.

6.4.4.4. Elaboración de la nota de interconsulta.

6.5. Egreso:

6.5.1. Valoración del estado clínico.

6.5.2. Ratificación o rectificación del diagnóstico de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.

6.5.3. Enunciado del pronóstico y de los problemas clínicos pendientes de resolución.

6.5.4. Referencia a un programa terapéutico, en caso necesario.

6.5.5. Referencia en su caso, a un programa de rehabilitación psicosocial.

6.5.6. Concertación de la cita del usuario al servicio de consulta externa o de hospitalización, o referencia del mismo a otra unidad de salud si procede, y

6.5.7. Elaboración de la nota clínica de egreso, informando el plan de egreso al usuario y a sus familiares o responsable legal.

6.6. Cualquiera que sea la causa del egreso del usuario, éste tiene derecho a continuar recibiendo la atención que requiere, de acuerdo con los principios científicos y éticos de la práctica médica.

## **7. Actividades de rehabilitación integral**

7.1. Las actividades de rehabilitación se desarrollarán en términos de las necesidades particulares de los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud, la familia y la comunidad en general, en la esfera cognoscitiva, afectiva y psicomotriz, las cuales comprenderán:

7.1.1. Acciones intrahospitalarias:

7.1.1.1. Diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas para la rehabilitación física y mental, que en su caso incluyan el desarrollo de la coordinación psicomotriz gruesa y fina, así como la prevención y atención a deformidades físicas en cada paciente; la conciencia de su cuerpo, del espacio y el desarrollo de sus sentidos, que lo posibiliten para la elaboración de trabajos manuales, participación en actividades deportivas y autocuidado.

7.1.1.2. Diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas para la promoción y mantenimiento de vínculos socio-afectivos entre los pacientes y con el personal de la institución, los familiares, la comunidad y amistades del usuario, que promuevan el proceso para su reinserción social mediante convivencias, visitas, paseos y asistencia a centros recreativos y culturales.

7.1.1.3. Diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas que contribuyan a la adquisición de conocimientos teóricos, prácticos y capacitación laboral, como paso primordial para lograr su autosuficiencia.

7.1.1.4. Diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas de reforzadores.

7.1.1.5. Diseñar, promover, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas que favorezcan la incorporación del paciente a la vida productiva, y si es el caso, gozar de los beneficios económicos del producto de su actividad.

7.1.2. Las acciones intermedias comprenden la hospitalización parcial en sus diversas modalidades, las cuales se desarrollarán con programas que refuercen el área cognoscitiva, afectiva, psicomotriz y la rehabilitación física.

7.1.3. Acciones extrahospitalarias:

7.1.3.1. El hospital debe estar vinculado y promover el desarrollo de programas en la comunidad, para facilitar al usuario su reincorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social mediante su atención en los centros comunitarios de salud mental, centros de día, casas de medio camino y los demás servicios extrahospitalarios existentes.

## **8. Derechos humanos y de respeto a la dignidad de los usuarios**

Dentro de cada unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, el usuario tiene derecho a:

8.1. Recibir un trato digno y humano por parte del personal de salud mental, independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión.

8.2. No ser sujeto de discriminación por su condición de enfermo mental, ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos en esa condición por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.

8.3. Que a su ingreso al hospital se le informe, a él y a su representante legal, de las normas que rigen el funcionamiento del nosocomio, y saber los nombres de quiénes serán los miembros del personal de salud, médicos y enfermeras encargados de su atención.

8.4. Un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro.

8.5. Ser alojados en áreas específicamente destinadas a tal fin, con adecuada iluminación natural y artificial, bien ventiladas, con el espacio necesario para evitar el hacinamiento y en condiciones de higiene.

8.6. Recibir alimentación balanceada, de buen sabor y aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios decorosos. Asimismo, recibir vestido y calzado o tener autorización para utilizar los propios, si así lo desea.

8.7. Que tengan acceso a los recursos clínicos, de laboratorio y de gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno, en condiciones similares a cualquier otro establecimiento sanitario.

- 8.8. Recibir información veraz, concreta, respetuosa y en lenguaje comprensible para él y para su representante legal, con relación al diagnóstico médico, así como respecto de sus derechos y del tratamiento que se pretenda aplicar.
- 8.9. Recibir atención médica especializada, es decir por personal capacitado para el manejo y tratamiento de los enfermos mentales.
- 8.10. Que la atención psiquiátrica o terapéutica que se le preste sea de conformidad con las normas éticas pertinentes que rigen a los profesionales de la salud mental.
- 8.11. Que toda medicación sea prescrita por un especialista autorizado por la ley, y que ello se registre en el expediente clínico del paciente.
- 8.12. Que la información, tanto la proporcionada por los propios enfermos o por sus familiares como la contenida en sus expedientes clínicos, sea manejada bajo las normas del secreto profesional y de la confidencialidad.
- 8.13. Negarse a participar como sujeto de investigación científica, sin que ello demerite la calidad de su atención hospitalaria.
- 8.14. Solicitar reuniones con su médico y profesionales que lo estén tratando.
- 8.15. Solicitar la revisión clínica de su caso.
- 8.16. Recibir atención médica oportuna en caso de sufrir una enfermedad no psiquiátrica y, de así requerirlo, tratamiento adecuado en una institución que cuente con los recursos técnicos para su atención.
- 8.17. Recibir tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial. El paciente podrá, en su caso, elegir la tarea que desee realizar y gozar de una retribución justa.
- 8.18. Ser protegido contra toda explotación, abuso o trato degradante, y en su caso denunciar por sí o a través de su representante legal cualquier abuso físico, psicológico o moral que se cometa en su contra.
- 8.19. No ser sometido a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a procedimientos legalmente establecidos y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros, o se trate de una situación grave y el paciente esté afectado en su capacidad de juicio y, en el caso de que de no aplicarse el tratamiento, se afecte su salud. Cuando haya limitación de libertad, ésta será la mínima posible de acuerdo con la evolución del padecimiento, las exigencias de su seguridad y la de los demás. El paciente bajo este tipo de medida quedará, en todo momento, al cuidado y vigilancia de personal calificado.
- 8.20. Comunicarse libremente con otras personas que estén dentro de la institución; enviar y recibir correspondencia privada sin que sea censurada.

Tener acceso a los servicios telefónicos, así como leer la prensa y otras publicaciones, escuchar la radio y ver televisión, de conformidad con las indicaciones del médico tratante.

8.21. Tener comunicación con el exterior y recibir visita familiar si ello no interfiere con el tratamiento.

8.22. Gozar de permisos terapéuticos para visitar a sus familias, de acuerdo con el criterio médico.

8.23. Recibir asistencia religiosa, si así lo desean.

8.24. Obtener autorización de su médico tratante o de un profesional autorizado, para salir de la unidad y relacionarse con su pareja.

## **9. Obligaciones del personal de las unidades de atención integral médico-psiquiátrica**

9.1. El personal de las Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deberá tratar al usuario en todo momento con la solicitud, el respeto y la dignidad propios de su condición de persona, de acuerdo con lo señalado por los ordenamientos en la materia, nacionales e internacionales ratificados por nuestro país.

## **10. Enseñanza, capacitación e investigación científica**

10.1. Las actividades de enseñanza en las Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, se realizarán de acuerdo con los principios de la ética médica y los objetivos y posibilidades de la Unidad hospitalaria.

10.2. La capacitación del personal en los servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, se realizará de acuerdo con las necesidades del personal prestador de servicios, de manera continua y sistemática.

10.3. Las actividades de investigación científica que se realicen en las Unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, se sujetarán a lo dispuesto en la Ley General de Salud y su reglamento en materia de Investigación para la Salud.

## **11. Concordancia con normas internacionales**

11.1. Esta Norma tiene concordancia con la Norma Internacional "Principios para la Protección de las Personas que Padecen Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento de la Atención a la Salud Mental", publicada por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, en febrero de 1991.

## **12. Apéndices**

12.1. Apéndice A (Normativo)

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente.

12.2. Apéndice B (Informativo)

- Organización de comités ciudadanos de apoyo, en las unidades hospitalarias de atención integral médico-psiquiátricas:
- Los Comités estarán legalmente integrados de conformidad con la legislación civil y no tendrán fines lucrativos ni partidarios.
- Estarán conformados por personas interesadas que conozcan el área de la salud mental, para garantizar su apoyo a las unidades hospitalarias de atención integral médico-psiquiátricas.
- No intervendrán en la administración directa de los recursos de las Unidades.
- Participarán con un representante idóneo en el comité de ética y vigilancia de conformidad con los procedimientos que para su conformación se establecen.
- Deberán observar la normatividad de las Unidades, guardando reserva de la información que por sus funciones conozcan y el respeto a la confidencialidad del expediente clínico que es de acceso exclusivo del personal de las Unidades. Podrán tener acceso a los expedientes clínicos, los médicos de los comités ciudadanos de apoyo que hayan obtenido la autorización del paciente o de su representante legal y que, por tanto, queden legal y profesionalmente acreditados, siendo ellos en lo personal, los responsables de la información que manejen en términos de la legislación sanitaria, penal y de profesiones vigente.

Funciones de los comités ciudadanos de apoyo:

- Coadyuvar a que se respeten los derechos humanos de los usuarios.
- Proponer acciones para la atención y la rehabilitación que en su caso complementen a las existentes, con el fin de elevar la calidad y calidez de los servicios que se presten al usuario.
- Proponer la utilización de recursos e instalaciones en beneficio de los usuarios.
- Proponer cursos y programas de capacitación para el personal.
- Gestionar y promover ante organismos nacionales o internacionales, o en su caso ante personas físicas o morales nacionales o extranjeras, el otorgamiento de recursos financieros o materiales que permitan mejorar las condiciones de las instalaciones y equipo con que cuentan las Unidades.
- Tener acceso a la información relativa a los programas de tratamiento, incluyendo los expedientes clínicos y los aspectos administrativos relacionados con la Unidad, de conformidad con lo estipulado en la ley y en esta norma oficial.
- Denunciar ante las unidades de contraloría y demás instancias legalmente facultadas, la comisión de posibles irregularidades que se presenten en las Unidades.

-Realizar intercambios académicos y de publicaciones con organismos nacionales e internacionales.<sup>56</sup>

## **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO; NORMADO POR LA SECRETARIA DE SALUD.**

### **Introducción**

El Programa de Reforma del Sector Salud plasma la mejoría de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Alcanzar tal objetivo implica fortalecer y complementar los servicios y sus componentes.

Destaca por su importancia, el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas, rehabilitadoras y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

Es importante señalar que para la correcta interpretación de la presente Norma Oficial Mexicana se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva en favor del personal médico a través de la cual los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

### **1. Objetivo**

Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.

### **2. Campo de aplicación**

La presente Norma Oficial Mexicana es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios

---

<sup>56</sup> NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-1994, PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN UNIDADES DE ATENCION INTEGRAL HOSPITALARIA MEDICO-PSIQUIATRICA. Secretaria de salud. Consultado en la página Web: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/025ssa24.html>.

de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios, en los términos previstos en la misma.

### **3. Referencias**

Para la correcta aplicación de la presente Norma es necesario consultar las siguientes:

- 3.1.** NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- 3.2.** NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de Planificación Familiar.
- 3.3.** NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud.
- 3.4.** NOM-007-SSA2-1993, Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.
- 3.5.** NOM-008-SSA2-1993, Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.
- 3.6.** NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de Enfermedades Bucales.
- 3.7.** NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control del Cáncer del Útero y de la Mama en la Atención Primaria.
- 3.8.** NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria.
- 3.9.** NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica.
- 3.10.** NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de las Infecciones Respiratorias Agudas.
- 3.11.** NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica.

### **4. Definiciones**

Para los efectos de este ordenamiento se entenderá por:

- 4.1.** Atención médica, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
- 4.2.** Cartas de consentimiento bajo información, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores.

Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

**4.3.** Establecimiento para la atención médica, a todo aquél, fijo o móvil; público, social o privado, que preste servicios de atención médica ya sea ambulatoria o para internamiento, cualquiera que sea su denominación; incluidos los consultorios.

**4.4.** Expediente clínico, al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

**4.5.** Hospitalización, al servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

**4.6.** Interconsulta, procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.

**4.7.** Paciente, al beneficiario directo de la atención médica.

**4.8.** Referencia-contrareferencia, al procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

**4.9.** Resumen clínico, al documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.

**4.10.** Urgencia, a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata.

**4.11.** Usuario, a toda aquella persona, paciente o no, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

## **5. Generalidades**

**5.1.** Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

**5.2.** Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:

**5.2.1.** Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y, en su caso, nombre de la institución a la que pertenece;

**5.2.2.** En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario;

**5.2.3.** Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario; y

**5.2.4.** Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

**5.3.** Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

**5.4.** El médico, así como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos de la presente Norma, en forma ética y profesional.

**5.5.** Los prestadores de servicios otorgarán la información verbal y el resumen clínico deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la solicitud, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente.

Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.

**5.6.** En todos los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente, o a CONAMED, para arbitraje médico.

**5.7.** Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de la presente Norma, deberán apegarse a los procedimientos que dispongan las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.

**5.8.** Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente Norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad y sexo y, en su caso, número de cama o expediente.

**5.9.** Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora.

**5.10.** Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

**5.11.** El empleo de medios magnéticos, electromagnéticos, de telecomunicación será exclusivamente de carácter auxiliar para el expediente clínico.

**5.12.** Las instituciones podrán establecer formatos para el expediente clínico, tomando como mínimo los requisitos establecidos en la presente Norma.

**5.13.** El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios prestados de: consulta externa (general y especializada), urgencias y hospitalización.

**5.14.** La integración del expediente odontológico se ajustará a lo previsto en el numeral 8.3.4 de la NOM-013-SSA2-1994 Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales, además de lo establecido en la presente Norma.

Para el caso de los expedientes de psicología clínica, tanto la historia clínica como las notas de evolución se ajustarán a la naturaleza de los servicios prestados, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, en razón de lo cual sólo atenderán a las reglas generales previstas en la presente Norma.

**5.15.** El registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes, se hará de conformidad con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

**5.16.** Aparte de los documentos regulados en la presente norma como obligatorios, se podrá contar además con: cubierta o carpeta, sistema de identificación de la condición del riesgo de tabaquismo activo o pasivo, hoja frontal, de revisión, trabajo social, dietología, ficha laboral y los que se consideren necesarios.

**5.17.** En los casos en que medie un contrato suscrito por las partes para la prestación de servicios de atención médica, deberá existir, invariablemente, una copia de dicho contrato en el expediente.

## **6. Del expediente en consulta externa**

Deberá contar con:

### **6.1. Historia Clínica.**

Deberá elaborarla el médico y constará de: interrogatorio, exploración física, diagnósticos, tratamientos, en el orden siguiente:

**6.1.1. Interrogatorio.-** Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, personales patológicos (incluido ex-fumador, ex-alcohólico y ex-adicto), y no patológicos, padecimiento actual (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones) e interrogatorio por aparatos y sistemas;

**6.1.2. Exploración física.-** Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales;

**6.1.3.** Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros;

**6.1.4.** Terapéutica empleada y resultados obtenidos,

**6.1.5.** Diagnósticos o problemas clínicos.

**6.2.** Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:

**6.2.1.** Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);

**6.2.2.** Signos vitales;

**6.2.3.** Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;

**6.2.4.** Diagnósticos y

**6.2.5.** Tratamiento e Indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalando como mínimo: dosis, vía y periodicidad;

En el caso de control de embarazadas, niños sanos, diabéticos, hipertensos, entre otros, las notas deberán integrarse conforme a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas respectivas.

**6.3.** Nota de Interconsulta.

La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico.

La elabora el médico consultado, y deberá contar con:

**6.3.1.** Criterios diagnósticos;

**6.3.2.** Plan de estudios;

**6.3.3.** Sugerencias diagnósticas y tratamiento; y

**6.3.4.** Demás que marca el numeral 7.1.

**6.4.** Nota de referencia/traslado.

De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen con que se envía al paciente; constará de:

**6.4.1.** Establecimiento que envía;

**6.4.2.** Establecimiento receptor;

**6.4.3.** Resumen clínico, que incluirá como mínimo:

I. Motivo de envío;

II. Impresión diagnóstica (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);

III. Terapéutica empleada, si la hubo.

## **7. De las Notas Médicas en Urgencias**

**7.1.** Inicial.

Deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente:

- 7.1.1. Fecha y hora en que se otorga el servicio;
- 7.1.2. Signos vitales;
- 7.1.3. Motivo de la consulta;
- 7.1.4. Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso;
- 7.1.5. Diagnósticos o problemas clínicos;
- 7.1.6. Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;
- 7.1.7. Tratamiento.
- 7.1.8. Pronóstico.

## 7.2. Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2. de la presente Norma.

7.2.1 En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, la cual realizará el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista.

## 7.3. De referencia/traslado.

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.3. de la presente Norma.

# 8. De las notas médicas en Hospitalización

## 8.1. De ingreso.

Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes:

- 8.1.1. Signos vitales;
- 8.1.2. Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso;
- 8.1.3. Resultados de estudios en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;
- 8.1.4. Tratamiento; y
- 8.1.5. Pronóstico.

## 8.2. Historia clínica.

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.1. de la presente Norma.

## 8.3. Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2. de la presente Norma.

#### **8.4. Nota de referencia/traslado.**

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.3. de la presente Norma.

#### **8.5. Nota Pre-operatoria**

Deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente incluyendo a los cirujanos dentistas (excepto el numeral 8.5.7 para estos últimos), y deberá contener como mínimo:

**8.5.1.** Fecha de la cirugía;

**8.5.2.** Diagnóstico;

**8.5.3.** Plan quirúrgico;

**8.5.4.** Tipo de intervención quirúrgica;

**8.5.5.** Riesgo quirúrgico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);

**8.5.6.** Cuidados y plan terapéutico pre-operatorios; y

**8.5.7.** Pronóstico.

#### **8.6. Nota Pre-anestésica, vigilancia y registro anestésico.**

Se realizará bajo los lineamientos de la Normatividad Oficial Mexicana en materia de anestesiología y demás aplicables.

#### **8.7. Nota Post-operatoria.**

Deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente, al término de la cirugía, constituye un resumen de la operación practicada, y deberá contener como mínimo:

**8.7.1.** Diagnóstico pre-operatorio;

**8.7.2.** Operación planeada;

**8.7.3.** Operación realizada;

**8.7.4.** Diagnóstico post-operatorio;

**8.7.5.** Descripción de la técnica quirúrgica;

**8.7.6.** Hallazgos transoperatorios;

**8.7.7.** Reporte de gases y compresas;

**8.7.8.** Incidentes y accidentes;

**8.7.9.** Cuantificación de sangrado, si lo hubo;

**8.7.10.** Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios; y

**8.7.11.** Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante,

**8.7.12.** Estado post-quirúrgico inmediato;

**8.7.13.** Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato;

**8.7.14.** Pronóstico;

**8.7.15.** Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico;

**8.7.16.** Otros hallazgos de importancia para el paciente relacionados con el quehacer médico; y

**8.7.17.** Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.

**8.8.** Nota de egreso.

Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo:

**8.8.1.** Fecha de ingreso/egreso;

**8.8.2.** Motivo del egreso;

**8.8.3.** Diagnósticos finales;

**8.8.4.** Resumen de la evolución y el estado actual;

**8.8.5.** Manejo durante la estancia hospitalaria;

**8.8.6.** Problemas clínicos pendientes;

**8.8.7.** Plan de manejo y tratamiento;

**8.8.8.** Recomendaciones para vigilancia ambulatoria;

**8.8.9.** Atención de factores de riesgo (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);

**8.8.10.** Pronóstico; y

**8.8.11.** En caso de defunción, las causas de la muerte acorde al certificado de defunción y si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia hospitalaria.

## **9. De los reportes del personal profesional, técnico y auxiliar**

**9.1.** Hoja de enfermería.

Deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

**9.1.1.** Habitus exterior;

**9.1.2.** Gráfica de signos vitales;

**9.1.3.** Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía;

**9.1.4.** Procedimientos realizados;

**9.1.5.** Observaciones.

**9.2.** De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo:

**9.2.1.** Fecha y hora del estudio;

**9.2.2.** Identificación del solicitante;

**9.2.3.** Estudio solicitado;

**9.2.4.** Problema clínico en estudio;

**9.2.5.** Resultados del estudio;

**9.2.6.** Incidentes si los hubo;

**9.2.7.** Identificación del personal que realiza el estudio; y

**9.2.8.** Nombre completo y firma del personal que informa.

## **10. Otros documentos**

**10.1.** Además de los documentos mencionados pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario, elaborados por personal médico, técnico y auxiliar o administrativo. En seguida se refieren los que sobresalen por su frecuencia:

**10.1.1.** Cartas de Consentimiento bajo información.

**10.1.1.1.** Deberán contener como mínimo:

**10.1.1.1.1.** Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;

**10.1.1.1.2.** Nombre, razón o denominación social del establecimiento;

**10.1.1.1.3.** Título del documento;

**10.1.1.1.4.** Lugar y fecha en que se emite;

**10.1.1.1.5.** Acto autorizado;

**10.1.1.1.6.** Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;

**10.1.1.1.7.** Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y

**10.1.1.1.8.** Nombre completo y firma de los testigos.

**10.1.1.2.** Los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento bajo información serán:

**10.1.1.2.1.** Ingreso hospitalario;

**10.1.1.2.2.** Procedimientos de cirugía mayor;

**10.1.1.2.3.** Procedimientos que requieren anestesia general;

**10.1.1.2.4.** Salpingoclasia y vasectomía;

**10.1.1.2.5.** Trasplantes;

**10.1.1.2.6.** Investigación clínica en seres humanos;

**10.1.1.2.7.** De necropsia hospitalaria;

**10.1.1.2.8.** Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.

**10.1.1.2.9.** Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

**10.1.1.3.** El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento bajo información adicionales a las previstas en el inciso anterior cuando lo estime pertinente, sin que para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

**10.1.1.4.** En los casos de urgencia, se estará a lo previsto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

**10.1.2.** Hoja de egreso voluntario.

**10.1.2.1.** Documento por medio del cual el paciente, familiar más cercano, tutor o representante jurídico solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar.

**10.1.2.2.** Deberá ser elaborada por un médico a partir del egreso y cuando el estado del paciente lo amerite; deberá incluirse la responsiva médica del profesional que se encargará del tratamiento y constará de:

**10.1.2.2.1.** Nombre y dirección del establecimiento;

**10.1.2.2.2.** Fecha y hora del alta;

**10.1.2.2.3.** Nombre completo, edad, parentesco, en su caso, y firma de quien solicita el alta;

**10.1.2.2.4.** Resumen clínico que se emitirá con arreglo en lo previsto en el apartado 5.8. de la presente Norma;

**10.1.2.2.5.** Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo;

**10.1.2.2.6.** En su caso, nombre completo y firma del médico que otorgue la responsiva;

**10.1.2.2.7.** Nombre completo y firma del médico que emite la hoja; y

**10.1.2.2.8.** Nombre completo y firma de los testigos.

**10.1.3.** Hoja de notificación al Ministerio Público.

En casos en que sea necesario dar aviso a los órganos de procuración de justicia, la hoja de notificación deberá contener:

**10.1.3.1.** Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador;

**10.1.3.2.** Fecha de elaboración;

**10.1.3.3.** Identificación del paciente;

**10.1.3.4.** Acto notificado;

**10.1.3.5.** Reporte de lesiones del paciente, en su caso:

**10.1.3.6.** Agencia del Ministerio Público a la que se notifica; y

**10.1.3.7.** Nombre completo y firma del médico que realiza la notificación.

**10.1.4.** Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica

La realizará el médico conforme a los lineamientos que en su caso se expidan para la vigilancia epidemiológica.

**10.1.5.** Notas de defunción y de muerte fetal.

Las elaborará el personal médico, de conformidad a lo previsto en los artículos 317 y 318 de la Ley General de Salud, al artículo 91 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y al Decreto por el que se da a conocer la forma oficial de certificado de defunción y muerte fetal.

De los documentos correspondientes, deberá acompañarse, por lo menos, una copia en el expediente clínico.

**10.2.** Los documentos normados en el presente apartado deberán contener:

**10.2.1.** El nombre completo y firma de quien los elabora;

**10.2.2.** Un encabezado con fecha y hora.

### **11. Concordancia con normas internacionales y mexicanas**

Esta Norma Oficial Mexicana tiene concordancia parcialmente con lineamientos y recomendaciones internacionales, establecidas por la Organización Mundial de la Salud.<sup>57</sup>

## **DECÁLOGO DE ÉTICA DE ENFERMERÍA.**

La Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la práctica profesional en México.

Es importante recordar que un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias.

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque *está bien*, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal.

Esta reflexión es intransferible, pues en la ética cada hombre se obliga por su condición humana al bien propio y al de sus semejantes.

La moral considerada como regla de conducta es el conjunto de comportamientos y normas que algunos suelen aceptar como válidos, porque son los deberes y obligaciones para con la sociedad. La palabra moral etimológicamente tiene que ver con las costumbres y con las disposiciones sociales, que pueden ser esencialmente *malas* o *inmorales* por muy válidas y aceptadas que éstas se presenten. La moral debe guiar la conducta humana en los comportamientos cotidianos de acuerdo a los principios y valores de un grupo determinado.

El humanismo Kantiano, el que como filosofía del comportamiento señala: “*Obra siempre de tal suerte que trates a la humanidad en tu persona tanto como en la*

---

<sup>57</sup> **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO.** Secretaria de Salud. Consultado en página Web: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>.

*persona del prójimo, como un fin y no como un simple medio*".<sup>58</sup> Al considerar al hombre como fin, el humanismo se constituye en la reflexión de que la preocupación máxima del hombre debe ser el propio hombre y todo lo que significan sus intereses, sus problemas y su posición en la vida, constituyéndose esto, en el ideal por desarrollar en sí y en cada individuo lo que hay específicamente de humano.

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

- Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad;
- A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político;
- A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive;
- A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente.

Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:

- La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.
- La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.
- El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional;
- La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.<sup>59</sup>

## **DECLARACIÓN DE LOS PRINCIPIOS ÉTICOS**

- **Beneficio y no maleficencia.**- *“Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social”*.<sup>60</sup>

<sup>58</sup> CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMEROS Y ENFERMERAS DE MÉXICO. Secretaría de salud. p. 6. Consultado en página Web: <http://www.medicathec100.com.mx/publicaciones/codigo-etica-enfermeros.pdf>.

<sup>59</sup> CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMEROS Y ENFERMERAS DE MÉXICO. Ibídem. pp. 1-8.

<sup>60</sup> CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMEROS Y ENFERMERAS DE MÉXICO. Ibídem. p. 11.

- **Justicia.-** *“La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona”.*<sup>61</sup>
- **Autonomía.-** *“Significa respetar a las personas como individuos libre y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería”.*<sup>62</sup>
- **Valor fundamental de la vida humana.-** *“Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está abajo la propia responsabilidad y control. El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad”.*<sup>63</sup>
- **Privacidad.-** *“El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo. El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermera, y el deber de está de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado”.*<sup>64</sup>

<sup>61</sup> CÓDIGO DE ETICA PARA ENFERMEROS Y ENFERMERAS DE MÉXICO. Ibidem. p.p. 11-12.

<sup>62</sup> CÓDIGO DE ETICA PARA ENFERMEROS Y ENFERMERAS DE MÉXICO. Ibidem. p.p. 11.

<sup>63</sup> CÓDIGO DE ETICA PARA ENFERMEROS Y ENFERMERAS DE MÉXICO. Ibidem. p. 11.

<sup>64</sup> CÓDIGO DE ETICA PARA ENFERMEROS Y ENFERMERAS DE MÉXICO. Ibidem. p. 11.

- **Fidelidad.-** *“Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería”.*<sup>65</sup>
- **Veracidad.-** *“Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tiene el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera”.*<sup>66</sup>
- **Confiabilidad.-** *“Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad”.*<sup>67</sup>
- **Solidaridad.-** *“Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tiene un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes. La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común”.*<sup>68</sup>

<sup>65</sup> CÓDIGO DE ETICA PARA ENFERMEROS Y ENFERMERAS DE MÉXICO. Ibídem. p.p. 11-12.

<sup>66</sup> CÓDIGO DE ETICA PARA ENFERMEROS Y ENFERMERAS DE MÉXICO. Ibídem. p. 13.

<sup>67</sup> CÓDIGO DE ETICA PARA ENFERMEROS Y ENFERMERAS DE MÉXICO. Ibídem. p. 13.

<sup>68</sup> CÓDIGO DE ETICA PARA ENFERMEROS Y ENFERMERAS DE MÉXICO. Ibídem. p.13.

- **Tolerancia.-** *“Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, son caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia”.*<sup>69</sup>
- **Terapéutico de totalidad.-** *“Este principio es capital de la bioética, A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción <sup>70</sup>entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura”.*
- **Doble efecto.-** *“Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de:*
  - Que la acción y el fin del agente sea bueno;*
  - Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, que exista una causa proporcionalmente grave”.*<sup>71</sup>
- Autorización de la usuaria para la elaboración del estudio de caso y entrevista motivacional con grabación de la misma; firmando el consentimiento informado.
- Confidencialidad y protección de la información obtenida.

<sup>69</sup> CÓDIGO DE ETICA PARA ENFERMEROS Y ENFERMERAS DE MÉXICO. Ibídem. p.113.

<sup>70</sup> CÓDIGO DE ETICA PARA ENFERMEROS Y ENFERMERAS DE MÉXICO. Ibídem. p. 14.

<sup>71</sup> CÓDIGO DE ETICA PARA ENFERMEROS Y ENFERMERAS DE MÉXICO. Ibídem. p. 14.

## 6. PRESENTACIÓN DEL CASO

**“Usuaría con Diagnósticos de Enfermería: Afrontamiento Ineficaz, Inadecuada Expresión de Emociones, Sobrecarga del Cuidador, Distres, Duelo Crónico.**

<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN</b>	
<b>Nombre:</b>	M.G.E.B.
<b>Edad:</b>	53 años.
<b>Sexo:</b>	Femenino.
<b>Estado civil:</b>	Casada.
<b>Escolaridad:</b>	Secundaria incompleta.
<b>Religión:</b>	Católica.
<b>Ocupación:</b>	Trabajadora doméstica.
<b>Lugar y fecha de nacimiento:</b>	México, DF. 1959
<b>Lugar de residencia:</b>	México, D.F.

### **MOTIVO DE PRESENTACIÓN**

- Interés personal y académico.

### **FUENTE DE INFORMACIÓN**

- Directa e Indirecta.
- Completa.

**PROCESO DE ATENCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD:**

<b>N°</b>	<b>FECHA</b>	<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>
1	2 de junio 2011	Refiriendo dolor en extremidad superior derecha (Hombro), la refieren al Hospital General de México o al Hospital Xoco, servicio de reumatología.
2	8 de junio 2011	Regresa a consulta con contrareferencia, para control y tratamiento de en Centro de Salud, Dx: Reumatismo descartado, Tx: Complejo B ampollitas 1c/3er día (5 ampollitas), Ibuprofeno cápsulas de 400 mg x 5 días.
3	28 de noviembre 2011	Refiriendo cefalea con localización en región occipital, Tx: paracetamol tableta de 500mg cada 6 horas en caso de dolor.
4	12 de enero 2012	Refiriendo vértigo con evolución de 8 días, Dx: Tímpano inflamado, Tx: Ciprofloxacino tabletas de 500 mg. 1 c/12 hrs x 6 días, Naproxeno tabletas de 250 mg 1/8 hrs x 5 días y Difenedol tabletas de 25 mg 1 c/8 hrs x 7 días.
5	21 de febrero 2012	Refiriendo vértigo con lateralización a la marcha, Dx: Tímpano inflamado, Tx: Naproxeno tabletas de 250 mg 1/8 hrs x 5 días y Difenedol 25 mg 1 c/8 hrs x 7 días.
6	4 de abril 2012	Refiriendo dolor coccígeo, Dx: Lumbálgia. Tx: Complejo B ampollitas 1c/ 3er día x 5 días, Ibuprofeno cápsulas de 25 mg x 7 días.
7	22 de mayo 2012	Refiriendo dolor coccígeo, Dx: Lumbálgia, Tx: Complejo B tabletas 2c/24 hrs x 5 días, Diclofenaco tabletas de 25 mg x 7 días, Benexol (Vitamina B1, B6, B12) Ampollitas 1 c/24 hrs por 5 ampollitas, Prednisona tabletas de 5 mg 1c/8 hrs x 5 días
8	26 de septiembre 2012	Refiriendo vértigo, Tx: Difenedol 25 mg 1c/ 8 hrs x 7 días, Naproxeno 250 mg 1c/ 8 hrs por 7 días.
9	3 de octubre 2012	Refiriendo dolor en extremidad superior derecha (muñeca), Tx: Diclofenaco 25 mg 1c/ 8 hrs x 7 días y vendaje inmovilizador de mano derecha
10	10 de octubre 2012	Refiriendo vértigo, visión borrosa de 20 días de evolución, Dx: Tímpano inflamado. Tx: Trimetoprim con Sulfametoxazol cápsulas de 500 mg 2x/12 hrs x 10 días, Naproxeno tabletas de 250 mg 1c/8 hrs x 5 días, Difenedol Tabletadas de 25 mg 1c/8 hrs x 5 días.

## **MOTIVO DE CONSULTA**

Consulta externa del Centro de Salud al sur del D.F. (**30 de Octubre del 2012**): Consulta mensual y por presentar vértigo. La usuaria indica que ya tiene aproximadamente 1 año 4 meses, que está en consulta con el médico general del dicho Centro de Salud, por presentar diversos problemas de salud.

## **PADECIMIENTO ACTUAL**

La usuaria se acercó al término del Taller Psicoeducativo "Salud Mental", mencionando: *"Sólo escuché lo último de la plática y me interesó" sic. pac.* *"Quiero ver si usted me puede ayudar con mi hija, ella está mal, tiene muchos problemas, con su esposo" sic. pac.* La usuaria comentó a grandes rasgos lo que le acontecía a su hija, inicio con llanto; se le dió espacio para expresar emociones; cuando la usuaria ya se encontraba tranquila, se le preguntó que se sentía bien; contestando: *"Sí, si" sic. pac.*

Posteriormente se le pregunta que ella está preocupada por su hija, pero que me gustaría saber cómo sentía en este momento y de nuevo inició con el llanto mencionando: *"me siento muy mal, tengo una vida muy fea y que ya no puedo más" sic. pac.*

## 6.1 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA

### ANTECEDENTES FAMILIARES

- **Abuela Materna:** Finada de Cáncer desconoce de qué sitio.
- **Madre:** Finada de 58 años por Cáncer de Mama.
- **Padre:** Finada de 72 años Alcohólico, Tabaquismo Positivo, Enfisema Pulmonar, Cáncer de Pulmón y Accidente Vascular Cerebral.
- **Hermano:** Finada a los 30 años en un accidente
- **Hermana:** Finada 20 años desconoce la causa
- **Hijo:** Vivo de 30 años casado y de oficio carpintero, (Desconoce estado de salud).
- **Hijo:** Vivo de 29 años, casado de oficio policía. (Desconoce estado de salud).
- **Hija:** Viva de 26 años, casada y es ama de casa, con problemas de pareja, sana.
- **Hija:** Viva 19 años, soltera estudiante de 1er. Año de preparatoria, Trastorno Alimentario (Anorexia Vulosa).
- **Esposo:** Vivo de 49 años, con Esclerosis Múltiple con Amiloidosis, dependiente total desde hace 10 años.

**AMBIENTE FAMILIAR:** La usuaria desempeña los siguientes roles dentro de la dinámica familiar: principal proveedora económica, cuidadora primaria de su esposo (Enfermo y Discapacitado) y proveedora de cuidados del resto de los integrantes de la familia. Se encarga de los quehaceres del hogar y se desempeña como trabajadora doméstica con trabajo temporal e inestable, usuaria como figura de autoridad. Conflictos en las relaciones intrafamiliares con problemas de la comunicación; existiendo faltas de respeto hacia la usuaria por parte de su hija menor, teniendo preferencia por el padre ambas hijas *“aman a su papá” sic. pac.* Existiendo inadecuada expresión de sentimientos y comunicación familiar, la usuaria indica tener buena relación interpersonal con su esposo, aunque indica *“lo ve como un amigo no como mi pareja” sic. pac.*

### ANTECEDENTES PERINATALES

Nacida en México D.F. Producto de la gesta 7/11, La madre si control prenatal. Parto atendido en casa por partera por vía vaginal. Desconoce más datos.

### PRIMERA INFANCIA (Nacimiento hasta 3 años)

Lactancia materna desconoce hasta qué edad y más datos.

## **ETAPA PRESCOLAR Y ESCOLAR**

Acudió a la escuela primaria de manera regular, concluyéndola a los 14 años.

## **ADOLESCENCIA**

Estudio el primer grado de secundaria; “no teníamos recursos económicos para estudiar y además no me gustaba el estudio”. Sic. pac.

## **VIDA SEXUAL**

Menarca 15 años, ciclos 28 x 5, eumenorreica. FUM 24-10-12, Inicia vida sexual a los 19 años, parejas sexuales 3, método anticonceptivo pastillas. Último papanicolaou hace 20 años, Preferencia heterosexual.

## **ACTIVIDADES LABORALES**

Trabajadora doméstica eventual, cuidadora primaria de su esposo dependiente total y ama de casa.

## **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

Quirúrgicos, crónico degenerativos, transfusionales negados.

Neurológicos y psiquiátricos dolor de cabeza, vértigo, pérdida de la memoria reciente (Tipo migraña), alucinaciones visuales e ilusiones auditivas.

## **CONSUMO DE SUSTANCIAS**

Cafeína inicio a los 43 años y solo toma 1 taza de café al día, actual, actualmente los consume.

## **SALUD MENTAL PREVIA**

No cuenta con ninguna valoración mental previa, este es el primer contacto con la estudiante de la Especialidad de Salud Mental.

## **PERSONALIDAD**

**Usuaría Demandante:** Su conducta con el personal sanitario, se caracteriza por relacionarse con el de manera cálida, afectivamente intensa y muy personal; esforzándose en agradar para atraer la atención y admiración.

Es una persona que exige toda la atención y se molesta cuando observa que el personal sanitario atiende a otros pacientes.

**Autoconcepto:** *“Siempre he sido muy tranquila” sic. pac.* Refiere haber sido la encargada de cuidar la enfermedad y agonía de su padres; así como la enfermedad actual de su esposo (Rol de Cuidador Primario), *“me considero una*

*persona muy sentimental y temperamental”, “prefiero permanecer callada”, “no me gusta decir lo que siento”, “exagero todo lo que me sucede”, “no me gusta convivir con mis familiares, vecinos y amigos”, “percibo que tengo muchas responsabilidades”, “expresa tener un tener un libido elevado y por tal motivo le ha sido infiel a su esposo en múltiples ocasiones”, “yo requiero a un hombre a mi lado que me atienda, me de cariño y sexo” sic pac.*

**Autoestima:** No aceptación de su cuerpo: *“no me siento a gusto con mi cuerpo” sic. pac.* , Minusvalía e inutilidad: *“siento que no valgo nada” sic. pac.*, Soledad: *“me siento sola y por eso busco a hombre” sic. pac.*, Desvalorización: repetidos refuerzos negativos sobre sí misma, Agotamiento, Astenia, Adinámica, Inseguridad y requiere de la aprobación de otras personas: *“para sentirme bien, necesito de los halagos de otra persona y en especial de un hombre, no me gusta estar sola sin pareja” sic. pac.* Expresa y se observan sentimientos: culpa, tristeza, rabia y enojo; y una marcada codependencia hacia el sexo opuesto, manteniendo relaciones no asertivas y de riesgo.

**Intereses y Pasatiempos:** *“Ninguno” sic. pac.*

**Planes a futuro:** *“No pienso en el futuro” sic pac.*

**Reacción ante situaciones críticas:** Conducta evitativa, hiperhidrosis palmar, boca seca, ansiedad, dolor en el pecho, *“siento que el estomago se me hace chiquito” “prefiero no hablar” sic. pac.*

## **ACTITUDES MORALES Y RELIGIOSAS**

Practica la religión católica: asiste a misa los días domingos (solo la usuaria). A decir de la paciente *“en la familia se festejan todos los cumpleaños, aniversario de bodas, semana santa, día de muertos, navidad, año nuevo, día de reyes” sic. pac.*

## **FORTALEZAS Y HABILIDADES PARA LA VIDA DE LA USUARIA**

- Es una persona: Que solicita y acepta la ayuda, motivada para el cambio, inteligente, tenaz, persistente, perceptiva, resiliente, puntual, exigente consigo misma, disciplinada, observadora, hasta el día de hoy ha podido salir adelante sola a pesar de las vicisitudes de la vida solucionando conflictos, es trabajadora, cumplida, le gusta el orden y la limpieza, a pesar de las dificultades económicas sabe administrar su gastos e ingresos, hace uso de los diversos tipos de afrontamiento (Control, Evitativo, Emocional,

Inacción, Tolerancia, Apoyo, Confrontación / Asertividad e independencia) ante los diversos conflictos personales y familiares.

## 6.2 DESCRIPCIÓN DEL CASO: HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA (Textual)

La usuaria refiere haber mantenido una relación sentimental con el Sr. "Juan", los cuales decidieron vivir juntos en 1979, procreando 2 hijos ("Leo" y "Bernardo"), 1983 el Sr. "Juan" le es infiel y se va del hogar familiar, para vivir con su nueva pareja, llevando con él a sus 2 hijos, la Sra. "M" (usuaria), se quedó en la casa donde vivía con su esposo, la cual era propiedad de la suegra; misma mujer que rechazaba a la Sra. "M" y la agredía física y verbalmente corriéndola de este lugar; ella acude a busca apoyo con su padres, los cuales se lo brindan y aquí permanece hasta 1989. La Sra. "M" busca a sus hijos durante algún tiempo sin lograr dar con su paradero, lo único que sabía es que estaban en Puebla.

El Sr. "Juan" regresa al Distrito Federal en 1984 sin los hijos y la Sra. "M" lo encuentra y mantiene relaciones sexuales con esta persona durante algún tiempo, con el objetivo de recuperar a su pareja e hijos, recibiendo violencia física y verbal por parte del padre de su hijos; la Sra. "M" indica *"no me importaba ya que amaba a mi esposo y lo quería recuperar a toda costa"*. Sic pac.

1985 se da cuenta que está embarazada y procede a darle la noticia a su esposo, el cual negó la paternidad, diciéndole *"que el no era el padre, que el no sabía con cuantos se ha acostado y que se olvidara de sus hijos y de el; que ya no quería saber nada de ella"*. sic. pac.

La Sra. "M" presento un trastorno depresivo mayor por lo acontecido. En 1985 nace su hija "Eli"; inicia a trabajar; decidiendo ya no buscar a sus hijos y esposo.

1988 conoce al Sr. "Martín", con el cual mantiene una relación sentimental de un año, posterior a este tiempo deciden casarse, pareja con la que actualmente vive y procreó a su otra hija llamada "Karla". El Sr. "Martín" acepto a Eli (hija de su anterior pareja) y la ve como su hija, apoyándola económicamente y brindándole amor, sin hacer ninguna distinción entre ambas.

La Sra. "M" mantenía buena relación con su esposo y con sus hijas; en el 2002 el Sr. "Martín" enferma de esclerosis múltiple con amiloidosis, el cual queda incapacitado dependiendo totalmente de los cuidados de la Sra. "M", desde este tiempo funge el rol de proveedor y cuidador primario.

2007 en su trabajo conoce a persona del sexo masculino, del cual no desea mencionar el nombre y mantiene una relación sentimental con esta persona por un

periodo de 3 años (infidelidad), con el cual vive durante este tiempo en un departamento el cual el rentó su pareja y convivía con el sólo por el día de lunes a sábado en un horario de 7 de la mañana a 7 de la noche; siendo muy discreta diciéndole a su familia que iba a trabajar; su pareja le daba lo de un sueldo para que su familia no se diera cuenta. Menciona que durante este tiempo era la mujer más feliz con esta persona y mantenían una relación armoniosa, basada en la comprensión y el amor: *“cuando estaba con mi pareja en el departamento me olvidaba de mi familia y cuando estaba con mi familia me olvidaba de mi pareja” sic. pac.* La única persona que sabía de su infidelidad era la hermana de la Sra. “M”, la cual guardó el secreto por mucho tiempo. La usuaria indica que le fue infiel a su esposo y decidió establecer una relación sentimental con dicha persona, ya que ella se sentía sola y necesitaba de una persona que le amara y con quien mantener relaciones sexuales, ya que con su esposo ya no las llevaba a cabo.

2010 Su pareja se ausentó del departamento sin decir nada, ella estaba preocupada por su paradero ya que su pareja no contesto jamás el celular y cambio el número; después de una semana de ella ir a diario a dicho lugar, se entera por terceras personas que su pareja estaba en la casa de su anterior esposa; la Sra. “M” decide dejar el departamento y regresar con su familia definitivamente y olvidarse de esta relación. Indica *“sufro mucho por esta pérdida y aun no me puedo recuperar” sic. Pac.* (La usuaria llora desconsoladamente mientras cuenta la historia). En marzo de este año su pareja la busca y la localiza a través de la hermana de la Sra. “M” y se vuelven a ver; el Sr. le dice que se ausentó del departamento por cuestiones de salud y decidió ir a buscar apoyo con su expareja e hijos; los cuales le apoyan y actualmente sigue viviendo en dicho lugar manteniendo una excelente relación con su esposa; pero que su deseo es seguir viéndola y continuar con la relación con la Sra. “M”; la usuaria menciona que su presencia la inquietó y no sabe qué hacer ya que aun lo ama, pero lo que no le gusto es que esta persona le dijo que si quería se podían ver de forma ocasional ya que el tenía que permanecer con su actual familia y no estaba dispuesto a dejarlos. Por otro lado ella también tenía que estar con su familia y pensaba que sería la mejor opción; verlo de manera ocasional y cada que se reúnen sólo es para tener relaciones sexuales.

El problema actual es que las hijas de la usuaria se enteraron de la infidelidad, ya que en septiembre de este año, la hermana le conto a su hija la infidelidad de la tía y esta chica comunica dicha infidelidad a las hijas de la Sra. “M”, casi al mismo tiempo, la pareja de la usuaria le llama por teléfono a su hijas para decirles que su madre es su amante.

Las hijas reclamaron a la usuaria dicho acto y desde ese entonces mantienen relaciones distantes y las jóvenes cada que tienen la oportunidad la ofenden y le reprochan dicho acto.

La señora expresa: *“yo necesité de un hombre ya que con mi esposo no tengo relaciones sexuales”, “pienso que aún soy joven y necesité sentirme complacida”, “mi esposo si me propone tener relaciones sexuales, pero no aceptó ya que siento que abusó de él, porque yo tengo que hacer todo y mi esposo no participa debido a su discapacidad física” sic. pac.*

El Sr. “Juan” reapareció en diciembre del 2011, acudiendo a su domicilio actual a buscar a la chica, solicitando conocer a su hija “Eli”, la joven “Eli” lo rechaza diciéndole que él no es su padre, ya que cuando más lo ha necesitada el único que ha estado a su lado es Sr. “Martín” al cual reconoce y quiere como padre. El Sr. “Juan” desaparece de nuevo. Cabe mencionar que la Sra. “M” jamás volvió a ver a su hijo “Leo” y “Bernardo”, indicando *“ellos me odian y me rechazan porque dice que jamás los busque, ni me preocupe por ellos” sic. pac.; la usuaria expresa que: “mis hijos están influenciados por su padre” sic. pac.*

La usuaria no sabe qué hacer, si seguir con su amante ya que dicha persona la sigue buscando, ella indica que no le interesa lo que ha ocurrido y todo le perdonara porque lo ama, pero que también piensa en su esposo con el cual se lleva bien, pero ya no lo ama, solo lo ve como un amigo. Expresa que se siente muy culpable en ocasiones, pero que al recordar los bellos momentos que vivió con su pareja, olvida lo sucedido y la culpa desaparece.

Expresa sentirse muy agotada y preocupada por la situación económica y la responsabilidad que tiene con su familia, observa con gran ambivalencia e incertidumbre. Vive solo el presente y no le gusta hablar del futuro; no tiene conciencia de enfermedad ya expresa que los malestares que tiene son por la edad y menciona *“¿qué puedo hacer?” sic. pac.*

## **7. APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO**

### **7.1 VALORACIÓN GENERAL**

FR: 20x' TA: 110/98 FC: 82 x' Temperatura: 36.1 °C

Peso: 60 kg. Talla: 1.48 cm IMC: 27.39 (Preobesa).

Femenino con edad aparente igual a la cronológica, posición libremente elegida (sentada), complexión robusta (Preobesa). Cráneo normocéfalo, sin exostosis, cabello con adecuada implantación. Tegumentos con adecuada coloración, con adecuado estado de hidratación. Pupilas normorrefléxicas e isocóricas. Narinas permeables. CAE permeable, audición conservada. Cavidad oral con mucosa hidratada. Cuello cilíndrico, con pulso normal y sincrónico, sin adenomegalias, tiroides no palpable. Cardiopulmonar aparentemente sin compromiso. Abdomen blando y depresible, no se palpan masas y SDP. Extremidades con pulsos periféricos palpables, sin edema. Exploración genital no realizada.

#### **PATRÓN DISFUNCIONAL 1º: DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD**

- No conciencia de enfermedad.
- No conciencia de autocuidado.
- Deficientes conocimientos sobre el autocuidado
- Sobre carga del cuidador.
- Situación económica difícil.
- Carga genética de cáncer.
- Antecedentes heredofamiliares de Accidente vascular cerebral.
- Antecedentes de Dislipemia e hipertensión.
- Antecedentes del alcoholismo del padre.

#### **PATRÓN DISFUNCIONAL 2º: NUTRICIONAL–METABÓLICO**

- Hábitos alimenticios deficientes.
- Sobrepeso.
- Deficientes conocimientos sobre la dieta equilibrada.

#### **PATRÓN DISFUNCIONAL 3º: ELIMINACIÓN**

- Incontinencia urinaria a los mínimos esfuerzos.
- Hipotrofia del musculo detrusor y esfínter vesical.
- Tenesmo.
- Poliuria.
- Irritación de vulva.

#### **PATRÓN DISFUNCIONAL 4º: ACTIVIDAD–EJERCICIO**

- Expresión facial, tensa, triste y enfadada.
- Comportamiento motor con rigidez.
- Ausencia de actividades de recreación.
- Ausencia de dedicación de tiempo para sí misma.
- Ausencia de ejercicio.

#### **PATRÓN DISFUNCIONAL 5º: SUEÑO–DESCANSO**

- Alteraciones del sueño (insomnio medio, sueño no reparado, pesadillas).
- Pocas horas de descanso (tiempo de sueño 5 horas).
- Cansancio / Agotamiento
- Bostezos frecuentes durante el día.
- Somnolencia.
- Letargo.
- Mal humor / Malestar general.

## **7.1.1 VALORACIÓN FOCALIZADA**

### **1ª VALORACIÓN FOCALIZADA 31 DE OCTUBRE 2012**

#### **EXAMEN MENTAL:**

Usuaría de sexo femenino de edad aparente igual a la cronológica, alerta, orientada en (persona, tiempo, lugar, espacio, circunstancia). Higiene y aliño adecuados, cooperadora a la entrevista. Ánimo distímico referido por usuaria como: “muy mal” sic. pac., afecto impresionado predominantemente eutímico. Lenguaje adecuado en cuanto a volumen, velocidad y cantidad. Psicomotricidad sin alteraciones aparentemente. Curso del Pensamiento coherente (Lógico), por su dirección (Convergente), con bloques del pensamiento, y viscosidad; Sensopercepción con alteraciones alucinaciones visuales e ilusiones auditivas, Juicio dentro del marco de realidad.

#### **PATRÓN DISFUNCIONAL 6º: COGNITIVO-PERCEPTUAL**

- Trastorno de la percepción sensorial ilusiones auditivas, alucinaciones visuales.
- Distractibilidad.
- Pérdida de la memoria inmediata.

#### **Intervenciones de enfermería:**

- Aplicación del Instrumento K-10 (identificar depresión y ansiedad en los usuarios en el primer nivel de atención). Teniendo una puntuación de 43, indicando que presenta un Trastorno de Depresión con Signos y Síntomas de Ansiedad Generalizada, (según el punto de corte de dicho instrumento el puntaje debe estar por debajo de 21 puntos).
- Se realizó la valoración integral con el instrumento de los 11 Patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Relación terapéutica.
- Facilita la expresión de emociones.
- Educación y orientación individual sobre la salud mental. (Plática informativa, entrega de trípticos, retroalimentación de lo comprendido y aclaración de dudas).
- Conciencia de enfermedad.
- Conciencia de autocuidado.
- Apego al tratamiento.
- Se le entrega tríptico de Salud Mental.

## **2ª. VALORACIÓN FOCALIZADA 7 DE NOVIEMBRE 2012**

Entrevista motivacional. (Previo consentimiento informado de grabación de la entrevista).

### **PATRÓN DISFUNCIONAL 7: AUTOPERCEPCIÓN–AUTOCONCEPTO**

- Tonalidad afectiva desagradable.
- Desesperanza.
- Minusvalía.
- Tristeza.
- Culpabilidad.
- Inutilidad.
- Impotencia.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Dificultad en la expresión de emociones.
- Inconformidad con la percepción de imagen.
- Exageración de todo lo que le sucede.
- Baja autoestima crónica.

#### **Intervenciones de enfermería:**

- Relación terapéutica.
- Facilita la expresión de emociones.
- Identificación de factores estresantes. (Situación económica, aumento de responsabilidades, sobrecarga del cuidador primario, infidelidad y conflictos familiares principalmente).
- Se clarifican creencias erróneas sobre sí misma (Culpa, Inutilidad, falta de apoyo familiar y la inconformidad sobre la percepción de su imagen).
- Orientación sobre la necesidad de fortalecer su autoestima,
- Comunicación asertiva.
- Se refuerzan los valores y las aptitudes para resolver problemas.
- Conciencia de sobrecarga de cuidador.
- Feedback, balanza decisional y mirando hacia delante.
- Motivación de cambio (Permitiendo a la usuaria la elección hacia el cambio con modificación de conducta).
- Se le entrega tríptico de cuidados al cuidador primario.

### **3ª VALORACIÓN FOCALIZADA 14 DE NOVIEMBRE 2012**

La Sra. "M", se presenta en fecha y hora programada, a la observación se muestra con buen estado de ánimo, tranquila, cooperadora y abierta a la comunicación, con buena higiene y aliño personal, adecuada coloración de tegumentos.

Se procede a iniciar con la entrevista, posteriormente se le pregunto *¿cómo está?* Se observa que cambia su postura y estado de ánimo (llanto y facies de aflicción y voz entrecortada), expresando verbalmente, que se encuentra muy preocupada por su hija Karla (19 años) ya que ha observado que esta vomitando, ha disminuido su consumo de alimentos y cuida su dieta únicamente consumiendo vegetales y frutas en pequeñas cantidades, se le observa con bajo peso.

Se le pregunta a la Sra. "M", que si ha entablado comunicación con su hija, hablando al respecto de su conducta, respondiendo: *"No", "Porque se enoja y me contesta con groserías", "tiene un carácter muy fuerte", "este problema ya tiene mucho tiempo" sic. pac.*

#### **PATRÓN DISFUNCIONAL 8º: ROL-RELACIONES**

- Inadecuadas relaciones familiares.
- Conflictos en la comunicación familiar.
- Aislamiento social.
- Alteración del estado mental y de bienestar.
- Sobrecarga del cuidador primario.
- Sobrecarga de proveedor económico.
- Falta de redes de apoyo.
- Pérdida de una relación sentimental previa (infidelidad).
- Exceso de responsabilidades.

#### **Intervenciones de enfermería:**

- Orientación sobre el padecimiento de su hija y la importancia de buscar ayuda profesional.
- Comunicación asertiva con la familia y en especial con su hija.
- Establecer límites y norma a través del establecimiento de acuerdos por medio de la negociación con cada uno de los integrantes de la familia.
- Orientación sobre la importancia en la toma de decisiones y resolución de conflictos.
- Redes de apoyo social (Centros de especializados y asociaciones de autoayuda).
- Delegar funciones.
- Importancia de dedicarse tiempo para sí misma.

- Resocialización
- Autocuidado (Papanicolaou, mastografía, revisión médica periódica, apego al tratamiento, ejercicio, alimentación, diversión).
- Se entrega tríptico de aceptándome como soy, asertividad, resiliencia y recuerda sonreír.

#### **4ª. VALORACIÓN FOCALIZADA 21 DE NOVIEMBRE**

La Sra. "M", se presenta en fecha y hora programada, a la observación se muestra y con buen estado de ánimo, demandante de atención, con buena higiene y aliño personal, adecuada coloración de tegumentos.

Se le pregunta "¿como esta?" y responde: "*ya mejor*" sic. pac. Expresando que platico con su hija respecto trastorno de la alimentación y a la necesidad de buscar ayuda profesional. La hija decide acudir con el psicólogo de la escuela.

Expresa verbalmente sentirse muy rara y se pide que describa que es lo que siente y menciona que se siente verbalizando "*como ligera y liberada de todo lo que traía a dentro y no podía sacar*", "*me hace muy bien hablar con usted*", "*cuando salgo de aquí me siento más animada y con ganas de seguir adelante*" sic. pac.

#### **PATRÓN DISFUNCIONAL 10º: ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS**

- Afrontamiento inadecuado manejo de estrés.
- Aflicción crónica
- Expresión de sentimientos negativos.
- Ansiedad.
- Conducta evitativa.
- Inquietud.
- Tensión muscular.
- Postura rígida,
- Hiperhidrosis palmar.
- Boca seca.
- Temor.
- Inestabilidad emocional.

#### **Intervenciones de enfermería:**

- Escucha activa.
- Facilita la expresión de emociones.
- Intervención breve con la usuaria.
- Se enseñan técnicas de relajación.

- Se enseñan técnicas de afrontamiento al estrés.
- Se orienta e informa sobre la asertividad, la resiliencia, consciencia de enfermedad.
- Resocialización y se motiva a la realización de actividades recreativas.
- Resignificación.
- Duelo y la importancia de cerrar círculos.
- Técnicas para cerrar círculos.
- Se sugiere la lectura de los libros “En honor a la verdad” y “Todo pasa y esto también pasará” (Como superar las pérdidas de la vida de Martha Alicia Chávez. Se le obsequiaron los libros.
- Se entregan trípticos de Autoestima, Asertividad, Cuidado al cuidador, Risoterapia y Resiliencia.

#### **5ª. VALORACIÓN FOCALIZADA 22 de noviembre**

Se entrevista a la hija menor de la Sr. “M”, para conocer un poco más de la dinámica familiar y conflictos entre los integrantes.

Se solicitar en privado a la usuaria que exprese verbalmente lo que desea que se trate en esa sesión; respondiendo *“el tema de mi expareja, la verdad quiero ya olvidarlo y sacarlo de mi corazón, me ha hecho mucho daño y ya no quiero amarlo” sic. pac.*, durante verbalización de los antes mencionado, la Sra. “M” se observa afligida, llora por momentos y permanece en silencio por instantes retomando la conversación.

#### **PATRÓN DISFUNCIONAL 9º: SEXUALIDAD–REPRODUCCIÓN**

- Aumento de la libido.
- Ausencia de relaciones sexuales.
- Ausencia de satisfacción sexual.
- Relaciones sexuales de riesgo (Sin protección).

#### **PATRÓN DISFUNCIONAL 11º: VALORES–CREENCIAS**

- Sufrimiento moral.
- Sufrimiento espiritual.

#### **Intervenciones de Enfermería**

- Escucha activa.
- Facilita la expresión de emociones.
- Intervención breve con la usuaria.

- Refortalecimiento de la autoestima.
- Toma de decisiones asertivas.
- Comunicación asertiva.
- Establecimiento de límites.
- Manejo del autocontrol.
- Relaciones asertivas.
- Refortalecimiento de valores y creencias.

#### **6ª. VALORACIÓN FOCALIZADA 30 DE NOVIEMBRE (TERMINO)**

- Motivé la expresión de emociones.
- Solicitó que exprese que ha realizado durante estos días.
- Solicitó que retroalimiente lo comprendido durante estas sesiones.
- Clarifiqué dudas y la reoriente.
- Trabaje el desapego de la relación terapéutica.
- Invité a que exprese lo comprendido en la lectura de los libros.
- Motivé a que siga realizando y fortaleciendo los cambios que ha decidido a llevar a cabo sobre sus conductas y hábitos.

**NOTA:** Le sigo llamando por teléfono de manera esporádica, para saber cómo se encuentra y si en algo se le puede ayudar.

Comprobando que hay cambios notables en su estado de ánimo y conductas; continua en sus consultas con la psiquiatra y el psicólogo en centro de salud; así como también asiste a las terapias de grupo del mismo centro de salud.

## 7.1.2 ANALISIS DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

### Exámenes de Laboratorio, Gabinete y Especiales:

Exámenes de Laboratorio:	de	Fecha:	Resultados:
Ninguno			

Exámenes de Gabinete y Especiales:	Fecha:	Resultados:
Rx Ap. y lateral de mano derecha	3 de octubre 2012	Sin alteraciones óseas.

## 7.1.3 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

- **Patrón 1:** Percepción–Manejo de la Salud
- **Patrón 2:** Nutricional–Metabólico
- **Patrón 3:** Eliminación
- **Patrón 4:** Actividad–Ejercicio
- **Patrón 5:** Sueño–Descanso

**PATRONES  
FUNCIONALES  
MARJORY  
GORDON**

- **Patrón 6:** Cognitivo–Perceptual
- **Patrón 7:** Autopercepción–Autoconcepto
- **Patrón 8:** Rol–Relaciones
- **Patrón 9:** Sexualidad–Reproducción
- **Patrón 10:** Afrontamiento-Tolerancia al Estrés
- **Patrón 11:** Valores-Creencias

**PATRONES  
EMOCIONALES  
MARJORY  
GORDON**

## **7. 2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA BASADOS EN 11 LOS PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON**

### **PATRÓN DISFUNCIONAL 1º: PERCEPCIÓN–MANEJO DE LA SALUD**

#### **Diagnósticos reales**

- Patrón disfuncional de la Percepción - Manejo de la Salud (Gestión ineficaz de su propia salud) **R/C** estilo de vida (Conflictos en las decisiones, y demandas excesivas, dificultades económicas y familiares), déficit de conocimientos de autocuidado **M/P** elecciones ineficaces para alcanzar los objetivos de salud, fracasos para emprender acciones para la prevención de riesgos, descuido personal, expresión verbal de sentirse enferma constantemente “Es por la edad y que puedo hacer” Sic. pac.

#### **Diagnóstico de riesgo**

- Riesgo de presentar problemas oncológicos **R/C** carga genética de presencia de cáncer en su familia y la falta de conciencia en la exploración mamaria, realización del papanicolaou y mastografía.

### **PATRÓN DISFUNCIONAL 2º: NUTRICIONAL–METABÓLICO**

#### **Diagnóstico Real**

- Patrón disfuncional Nutricional - Metabólico (Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades) **R/C** inadecuados hábitos higiénicos dietéticos **M/P** peso actual 60 kg, estatura de 148 cm, IMC 27.39 (Preobesa), sobrepeso de 12 kg, acumulación de tejido adiposo corporal, hábitos alimenticios disfuncionales (no realiza las 3 comidas al día, concentración de los alimentos al final del día), no aporta los requerimientos básicos de una alimentación balanceada.

#### **Diagnósticos de Riesgo**

- Riesgo de presentar alteraciones metabólicas y cardiovasculares **R/C** inadecuados hábitos higiénicos dietéticos y sobrepeso ( 12 Kg), inadecuado manejo de estrés y de emociones y antecedentes de padre con Accidente vascular cerebrales.
- Riesgo de alcoholismo **R/C** antecedentes de alcoholismo del padre, inadecuado manejo y expresión de emociones, inadecuado manejo del estrés.

### **PATRÓN DISFUNCIONAL 3º: ELIMINACIÓN**

#### **Diagnóstico Real**

- Patrón disfuncional de la Eliminación (Incontinencia urinaria de esfuerzo) **R/C** debilidad de las estructuras pélvicas de soporte (hipotonía del músculo detrusor y del esfínter vesical) múltiples partos vaginales **M/P** pérdida continua de orina a los menores esfuerzos, verbalización de sentirse mojada todo el día y sensación de la pérdida constante de orina, expresión verbal de incomodidad, irritación de vulva y mal olor genital.

#### **Diagnósticos Riesgo**

- Riesgo de infección de de vías urinarias **R/C** incontinencia urinaria a los menores esfuerzos e hipotonía del detrusor y esfínter interno vesical.
- Riesgo de infección vaginal **R/C** irritación vulvar, salida involuntaria y constante de orina, múltiples parejas sexuales y relaciones sexuales sin protección.

### **PATRÓN DISFUNCIONAL 4º: ACTIVIDAD–EJERCICIO**

#### **Diagnóstico Real**

- Patrón disfuncional de Actividad - Ejercicio (Fatiga) **R/C** ansiedad, depresión, estrés, estado actual salud y sobrecarga del cuidador primario, falta de actividades recreativas **M/P** cansancio extremo, agotamiento, anergia, desinterés por el entorno, incapacidad para mantener el nivel habitual de las actividades físicas y falta de dedicación de tiempo para sí misma.

#### **Diagnóstico de Riesgo**

- Riesgo de deterioro motor **R/C** la falta de ejercicio, de tiempo para sí misma y falta de voluntad.

### **PATRÓN DISFUNCIONAL 5º: SUEÑO–DESCANSO**

#### **Diagnósticos Reales**

- Patrón disfuncional del Sueño - Descanso (Insomnio) **R/C** patrón de actividad aumentado, ansiedad, depresión, factores del entorno y estresantes y temor **M/P** dificultad para conciliar el sueño (insomnio medio), pesadillas, disminución de la energía, letargo, dificultad para concentrarse, sueño no reparador, cansancio, agotamiento, bostezos durante el día, expresión verbal de estar de mal humor y sensación de malestar general.

## 7.2.1 JERARQUIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA CON LOS PATRONES EMOCIONALES DE MARJORY GORDON QUE TIENE QUE VER CON LA MEJORÍA DE LA SALUD MENTAL.

### **PATRÓN DISFUNCIONAL 6°: COGNITIVO–PERCEPTUAL**

#### **Diagnóstico Real**

- Patrón disfuncional Cognitivo - Perceptual (Trastorno de la percepción sensorial auditivas, visuales y olfatorias) **R/C** estrés psicológico, estado de salud mental actual **M/P** cambios del patrón de conducta, cambio de las habilidades para solucionar problemas, alucinaciones visuales, ilusiones auditivas y disminución de sentido del olfato, deterioro de la comunicación, irritabilidad, falta de concentración, distractibilidad y disminución de la memoria reciente.

### **PATRÓN DISFUNCIONAL 7°: AUTOPERCEPCIÓN–AUTOCONCEPTO**

#### **Diagnóstico Real**

- Patrón disfuncional Autopercepción - Autoconcepto (Baja autoestima crónica) **R/C** estrés de larga duración, fracasos repetitivos, adaptación ineficaz a las pérdidas, repetidos refuerzos negativos, percepción de discrepancia entre el yo y las normas culturales y espirituales **M/P** exagera la retroalimentación negativa sobre sí mismo, expresiones de culpa, falta de éxito en los acontecimientos vitales y conducta indecisa, conducta no asertiva.
- Patrón disfuncional Autopercepción - Autoconcepto (Trastornos de la identidad personal) **R/C** procesos familiares disfuncionales, baja autoestima, estado de salud mental actual y las crisis situacionales **M/P** trastorno en las relaciones, sentimiento de vacío, incertidumbre sobre los valores ideológicos, verbalización de excesiva preocupación.

#### **Diagnóstico de Riesgo**

- Riesgo de suicidio **R/C** trastorno depresivo y de ansiedad, expresión de sentimientos negativos e inadecuado manejo de estrés y sobrecarga del cuidador primario.

## **PATRÓN DISFUNCIONAL 8º: ROL–RELACIONES**

### **Diagnóstico Real**

- Patrón disfuncional de Rol – Relaciones (Cansancio del rol cuidador) **R/C** la cronicidad de la enfermedad de su esposo, recursos económicos deficientes y falta de redes de apoyo **M/P** frustración, labilidad emocional creciente, falta de tiempo para satisfacer las necesidades personales, somatización, estrés, fatiga, trastornos gastrointestinales, cólera, trastornos del sueño y conflictos familiares.

## **PATRÓN DISFUNCIONAL 9º: SEXUALIDAD–REPRODUCCIÓN**

### **Diagnóstico Real**

- Patrón disfuncional de la Sexualidad- Reproducción (Patrón sexual ineficaz) **R/C** la falta de una persona significativa en su vida, falta de intimidad, relaciones lesivas y proceso patológico del esposo **M/P** alteración en el logro de la satisfacción sexual, aumento del libido, ausencia de relaciones sexuales estables y verbalización del problema.

### **Diagnóstico de Riesgo**

- Riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual **R/C** múltiples parejas sexuales y relaciones sexuales sin protección.

## **PATRÓN DISFUNCIONAL 10º: ADAPTACIÓN–TOLERANCIA AL ESTRÉS**

### **Diagnósticos Reales**

- Patrón disfuncional de Adaptación - Tolerancia al estrés (Ansiedad) **R/C** estado de salud actual, problemas económicos y familiares, estrés y necesidades no satisfechas y discapacidad crónica del esposo **M/P** la expresión de sentimientos negativos, preocupaciones, nerviosismo, insomnio, tensión facial, temblor de manos, aumento de la sudoración, voz temblorosa, angustia, irritabilidad, temor, fatiga, tensión muscular, llanto fácil, boca seca, conductas de evitación y deterioro de la atención.
- Patrón disfuncional de Adaptación - Tolerancia al estrés (Duelo) **R/C** pérdidas repetidas e inestabilidad emocional **M/P** depresión, fatiga, evitación del suelo, sufrimiento emocional persistente, sufrimiento excesivo y expresión verbal de sentimiento de vacío.

## **PATRÓN DISFUNCIONAL 11º: VALORES–CREENCIAS**

### **Diagnóstico Real**

- Patrón disfuncional Valores - Creencias (Sufrimiento moral) **R/C** valores personales poco claros **M/P** la expresión de angustia, ansiedad, desesperanza, temor, falta de propósitos en la vida.

## INTRODUCCIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

Se realiza el presente plan de cuidados a la usuaria, en donde derivado de la valoración minuciosa con el Instrumento de los 11 Patrones funcionales de Marjory Gordon (1994) y con la realización de la entrevista motivacional; logré identificar las siguientes disfunciones en los patrones emocionales: **Patrón 6:** Cognitivo–Perceptual, **Patrón 7:** Autopercepción–Autoconcepto, **Patrón 8:** Rol–Relaciones, **Patrón 9:** Sexualidad–Reproducción, **Patrón 10:** Afrontamiento-Tolerancia al Estrés y **Patrón 11:** Valores-Creencias.

Jerarquizando los diagnósticos de enfermería real y de riesgo, con la finalidad de planear y ejecutar intervenciones especializadas de enfermería en salud mental, realizando a su vez la fundamentación científica de cada una de las intervenciones realizadas y evaluando la misma, con el firme propósito de mejorar el bienestar biopsicosocial de la usuaria y de su familia.

Todo lo anterior se plasma en los siguientes planes de cuidados, en donde se deja ver claramente el cuidado integral brindado a la usuaria durante las cinco sesiones programadas para la intervención de enfermería en salud mental.

## PLAN DE CUIDADOS

**PATRON DISFUNCIONAL 7°:** Autoconcepto - Auto percepción

**DX DE ENFERMERÍA REAL:** Patrón disfuncional Auto percepción - Autoconcepto (Baja autoestima crónica) R/C estrés de larga duración, fracasos repetitivos, adaptación ineficaz a las pérdidas, repetidos refuerzos negativos, percepción de discrepancia entre el yo y las normas culturales y espirituales M/P exagera la retroalimentación negativa sobre sí mismo, expresiones de culpa, falta de éxito en los acontecimientos vitales y conducta indecisa, conducta no asertiva.

**DEFINICIÓN:** Baja autoestima Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o hacia sus propias capacidades.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p><b>OBJETIVO DEL PROFESIONAL:</b> Propiciar una autoevaluación positiva de la usuaria y mejorar la percepción de sus propias capacidades.</p> <p><b>OBJETIVO DE LA USUARIA:</b> Mejorar su estado de ánimo y aceptarse a si misma tal como es.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una relación terapéutica, respaldar sus conductas adaptadas e identificar sus recursos y fortalezas.</li> <li>• Ayudar a la usuaria a describir y expresa sus pensamientos y sentimientos.</li> <li>• Identificar los factores estresantes que desencadenan sus actitudes y conductas.</li> <li>• Ayudar a clarificar las creencias erróneas sobre sí misma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar una forma de ofrecer apoyo emocional, fomentar la confianza y respaldar las conductas adaptativas que ya tiene la usuaria.</li> <li>• La identificación es el primer paso hacia el cambio dirigido. El concepto de si mismo se define como el conjunto de actitudes, nociones, creencias y convicciones que constituyen el conocimiento del individuo sobre sí mismo.</li> <li>• La capacidad para experimentar y controlar adecuadamente las emociones.</li> <li>• Los factores estresantes se manejan con mayor eficacia.</li> <li>• Establecer un ambiente de confianza y ayudar a concentrar las energías en una dirección positiva.</li> <li>• Los conocimientos sobre los hechos de una situación, un individuo puede ser ayudado para que logre una definición personal y situacional adecuada a través de las creencias y convicciones.</li> <li>• El recuerdo y el empleo de estrategias satisfactorias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se estableció una relación terapéutica empática, con un diálogo abierto, escucha activa, confianza y se proporciono un ambiente terapéutico confortable.</li> <li>• A la evaluación se observa a la usuaria, con mejor estado de ánimo y con expresión verbal de reconocimiento propio de su propias fortalezas y expresar los aspectos positivos de sí mismas y es capaz de reconocerlos.</li> <li>• Expresa verbalmente emociones y sentimientos, indica que se siente completa y que vale como persona, se observa contenta.</li> <li>• Expresa verbalmente que ya ha comenzado a identificar lo que le estresa y usa la respiración diafragmática, para tratar de relajarse.</li> <li>• Expresa verbalmente de ya haber entendido que ella no es culpable de lo que le ha sucedido.</li> </ul>

		<p>contribuyen a reducir a reducir el nivel de ansiedad, previniendo así los episodios de despersonalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuda a manejar la capacidad de respuesta y reducir el dolor que supone el hecho de sentirse impotente.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforzar las fuerzas los valores y las aptitudes para resolver problemas; animar a la usuaria resocialización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La realización de las relaciones satisfactorias con los demás para desarrollar y la conservación de la autoestimación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se observa que está iniciando la resocialización con su familia, vecinos y amistades.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la comunicación asertiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporciona la capacidad para poder comunicarse de manera eficiente con sus semejantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su comunicación es más asertiva con su familia; dialoga con su familia los problemas y dan soluciones a través del establecimiento de acuerdos y negociaciones.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar en las modificaciones de sí misma.</li> <li>• Escucha activa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las intervenciones de enfermería con usuarias con baja autoestima se centra en la seguridad, la confianza, la comunicación y la resolución de problemas<sup>72</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las intervenciones realizadas de enfermería se ven favorecidas con las modificaciones de conducta de la usuaria, progresivamente.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenciación de la seguridad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una sensación de seguridad y bienestar surge si el individuo, siente que es capaz de hacer frente a las situaciones de la vida con éxito.<sup>73</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se muestra más segura la usuaria.</li> </ul>

<sup>72</sup> Morrison M. Ibídem. p.p. 365-366.

<sup>73</sup> Nordimarck M, Rohweder A, "BASES CIENTÍFICAS DE LA ENFERMERÍA", 2ª ed. México: Ed. Manual Moderno. pp. 263-268.

## PLAN DE CUIDADOS

**PATRON DISFUNCIONAL 7°:** Autoconcepto – Autopercepción.

**DX DE ENFERMERÍA DE RIESGO:** Riesgo de suicidio **R/C** trastorno depresivo y de ansiedad, expresión de sentimientos negativos e inadecuado manejo de estrés y sobrecarga del cuidador primario.

**DEFINICIÓN:** Riesgo de lesión autoinflingida que pone en peligro la vida.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p><b>OBJETIVO DEL PROFESIONAL:</b> Proteger a la usuaria de autolesiones y de acciones que le lleven a consumir el suicidio.</p> <p>Disminuir el riesgo de los daños autoinflingidos con la intensidad.</p> <p><b>OBJETIVO DE LA USUARIA:</b> Mejorar su estado de ánimo la usuaria y mitigar su estado de estrés y agotamiento físico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer una relación empática con la usuaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es necesario establecer una comunicación abierta y un clima de confianza. El foco de la energía es primordialmente el usuario, la relación empática de debe establecerse de manera consciente una conexión con el usuario para ayudarlo a manejar sus necesidades vitales específicas. Basada en la confianza, empatía, autonomía, esperanza y cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se estableció una relación terapéutica empática; con un diálogo abierto, escucha activa, confianza y se proporciono un ambiente terapéutico confortable.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer acuerdo con la usuaria de protección.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ayudar a evitar a que la usuaria actué de forma impulsiva; es necesario hacer uso del razonamiento y lógica de la situación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La usuaria ha disminuido notablemente su reacción impulsiva y ha mejorado su estado de humor.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ayudar a identificar y comentar los orígenes de angustia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es indispensable hacerle más consciente de sus sentimientos, ello ayuda a proyectar intervenciones eficaces.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se observa el aumento del autoestima, verbalizando la usuaria el sentirse mejor y se está preocupando por su persona.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mostrar apoyo emocional y aceptación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La estimulación para la aceptación de sí mismo, ayuda a la persona a desarrollar la autoevaluación positiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La usuaria logra realizar una autoevaluación positiva, expresando verbalmente sus virtudes y fortalezas.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Motivar a la elaboración de un plan terapéutico al usuario y su familia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facilita la toma de decisiones activa; proporción apoyo y recursos emocionales.</li> <li>El equilibrio psicológico, mejora si el individuo es capaz de pensar claramente y racionalmente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La usuaria y su familia establecen un plan terapéutico para esta semana semanal, en el cual acuerdan ponerlo en práctica y respetarlo como se planifico.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar cuales son las estrategias de afrontamiento utilizadas en el pasado.</li> <li>• Asesoramiento.</li> <li>• Resignificar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite a la persona apoyarse en mecanismos de afrontamiento que ya hayan resultado eficaces, en los momentos de difíciles de su vida.</li> <li>• Mantener informada a la persona y le proporciona conocimientos para su autocuidado.</li> <li>• Motiva a la persona a darse cuenta de las fortalezas y virtudes que posee.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica claramente sus estrategias de afrontamiento y las hace conscientes.</li> <li>• Decide hacer uso las estrategias para salir victoriosa de las adversidades de la vida.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuda para el control del enfado, control del humor, impulsos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El humor prevaleciente que influye sobre todas las experiencias psicológicas, incluyendo la percepción, la función cognitiva y la motivación. El experimentar una emoción o un humor agradable generalmente tiene efectos positivos, sobre el buen funcionamiento psicológico y fisiológico total. Las reacciones emocionales están influenciadas por el contenido de ideas y los procesos cognitivos. Los extremos de las emociones y la tensión pueden interferir con el pensamiento racional y con el comportamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retroalimenta lo comprendido.</li> <li>• Expresa verbalmente el deseo de querer sonreír y estar de mejor humor.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo ambiental: Seguridad y Vigilancia, modificando la conducta.</li> <li>• Establecer acuerdos de seguridad con la usuaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una sensación de seguridad y bienestar surge si el individuo, siente que es capaz de hacer frente a las situaciones de la vida con éxito.</li> <li>• Un ambiente seguro y una vigilancia estrecha, proporciona a la usuaria bienestar y protección y disminuye el riesgo de autolesión y suicidio.<sup>74</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retroalimenta lo comprendido y acepta los acuerdos establecidos.</li> <li>• Expresa verbalmente de que solicitara ayuda a sus familiares cuando se sienta emocionalmente mal.</li> </ul>

<sup>74</sup> Nordimarck M, Rohweder A, Ibídem, pp. 594-598

## PLAN DE CUIDADOS

**PATRON DISFUNCIONAL 8°:** Rol - Relaciones

**DX DE ENFERMERÍA REAL:** Patrón disfuncional de Rol – Relaciones (Cansancio del rol cuidador) **R/C** la cronicidad de la enfermedad de su esposo, recursos económicos deficientes y falta de redes de apoyo **M/P** frustración, labilidad emocional creciente, falta de tiempo para satisfacer las necesidades personales, somatización, estrés, fatiga, trastornos gastrointestinales, cólera, trastornos del sueño y conflictos familiares.

**DEFINICIÓN:** Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p><b>OBJETIVO DEL PROFESIONAL:</b> Conseguir el bienestar físico, psicológico y social del cuidador proporcionándole herramientas y conocimientos, potenciando sus aptitudes y gestionando, si fuera preciso, la actuación de otros profesionales que puedan intervenir para mejorar la situación.</p> <p><b>OBJETIVO DE LA USUARIA:</b> Disminuir su cansancio y poder sentirse mejor físicamente y emocionalmente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar una asistencia cercana y ágil que permita al cuidador encontrar soluciones rápidas a sus problemas en el cuidado. Facilitando siempre que sea posible un teléfono de contacto con la enfermera de referencia (Asistencial).</li> <li>• Mantener en todo momento una actitud empática, sin emitir juicios de valor.</li> <li>• Mejorar la salud del cuidador</li> <li>• Fortalecer la Salud emocional del cuidador principal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esto puede ser de gran utilidad para la resolución de problemas de manera rápida e incluso puede proporcionar tranquilidad al cuidador aunque no haga uso de ello al saber dónde debe acudir si hay algún contratiempo. Además es indiscutible que cuanto antes sean tratados los problemas de menor repercusión, para evitar complicaciones mayores. Esto permite generar en los cuidadores seguridad, confianza y disminuir la sobrecarga.</li> <li>• De este modo facilitaremos la expresión de pensamientos, de impresiones, de dificultades y podremos conocer cuáles son sus necesidades reales tanto a nivel emocional como físico o social. Existe una gran relación entre el tratamiento adecuado del paciente y una disminución de la escala de ansiedad en el cuidador.</li> <li>• Es el eje principal del tratamiento y supone la base para conseguir un cuidado familiar integral.</li> <li>• El bienestar emocional de un cuidador principal de un familiar, mientras atiende a un miembro de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se logró brindar una asistencia cercana y se le permitió a la usuaria encontrar soluciones a su problema en el cuidado.</li> <li>• Decidió delegar funciones y reorganizar su tiempo. Lo expreso de manera verbal y por escrito en donde reorganizo su tiempo y describió el rol de cada uno de los integrantes de la familia.</li> <li>• Se logro establecer una relación empática al con la usuaria, escucha activa, respeto, confianza, dialogo abierto.</li> <li>• La familia decidió cooperar con la usuaria en el cuidado de progenitor.</li> <li>• La usuaria expresa sentimientos y emociones y verbaliza sentirse mejor y desahogada a poder</li> </ul>

		la familia; es de vital importancia para realización de su rol, las alteraciones emocionales que puede este puede sufrir tienen grandes repercusiones tanto para su propia salud como a la hora de brindar los cuidados y para la correcta ejecución.	platicar con alguien de su confianza y que al salir del centro de salud y llegar a su casa se siente más ligera y sin ese nudo en la garganta que antes sentía.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abordar el cuidado desde un punto de vista holístico, prestando importancia a lo físico, lo emocional y lo social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Debemos tener una visión global del cuidador que abarque todos estos aspectos ya que así es como conseguiremos que el cuidador recupere su salud y más teniendo en cuenta que este tipo de pacientes puede llegar a presentar numerosas alteraciones a nivel emocional y social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La usuaria identifica los factores estresantes y los verbaliza; indicando de manera libre el como los va a controlar y como va a modificar conductas.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilar los signos de depresión y deterioro de la salud del cuidador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Especialmente si la situación familiar es mala, si el receptor de los cuidados tiene síntomas cognitivos y neuropsiquiátricos, si dispone de escaso apoyo social, si el cuidador no se aclara con el cuidado, si el cuidador es anciano, mujer o tiene poca capacidad física o salud emocional previas. Intervenir para dar todo el apoyo a fin de ayudar al cuidador a conseguir una máxima capacidad de resistencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La usuaria a tomado conciencia sobre su autocuidado; se sigue fortaleciendo y orientando a la usuaria sobre la importancia de su autocuidado; se le hace hincapié que debe practicar la mastografía y papanicolaou (explicándole que es importante para su bienestar físico y por la gran carga genética que tiene para los padecimientos oncológicos). Por otro lado se le recuerda la importancia de su control médico y la atención de sus problemas físicos que le aquejan.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover el autocuidado del cuidador principal en su salud física, psicológica y social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si el cuidador se encuentra mejor cuidará mejor a su familiar. Se debe procurar que tenga tiempos de descanso y ocio adecuados, buscando respiros (apoyo externo) a través de familiares, amigos, voluntariado, etc. y animarle a que busque ayuda si hay sobrecarga, aprendiendo a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retroalimenta lo comprendido.</li> <li>La usuaria a partir de la segunda sesión verbalizo, que ya está saliendo a caminar media hora a diario y que por la noche antes de dormir practica su respiración de relajación y que ya puede descansar mucho mejor: Expresa verbalmente que aunque duerme</li> </ul>

		delegar. Ayudándole a encontrar tiempo personal para identificar sus propias necesidades, aprender las técnicas de manejo del estrés, programas chequeos regulares de salud y programar pausas regulares, en definitiva actuando sobre todo en nuevas estrategias que puedan contribuir a que sea el propio cuidador el que gestione de manera eficaz su salud, minimizando y solucionando las alteraciones y los problemas que hayan aparecido.	el mismo tiempo, pero que por la mañana se levanta con mas ánimo y siente que tuvo un sueño reparador.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar cuidados y tratamiento específico a los problemas de salud del cuidador secundarios a la realización de su labor.</li> <li>• Establecer acuerdos para los periodos de descanso y distracción para el cuidador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El actuar de manera directa sobre aquellos problemas de salud que requieran tratamiento o seguimiento por parte del profesional de enfermería. El bienestar a nivel físico, emocional y social del cuidador va ser básico. Es importante no olvidar que su estado de salud no solo le condiciona a él sino también a la persona dependiente a su cargo.</li> <li>• Es necesario identificar las necesidades y prestar atención a su bienestar físico y psíquico para poder desempeñar su papel durante un tiempo prolongado. También se debe informar al cuidador sobre los distintos recursos institucionales y sanitarios existentes que lo facilitan y de los cuales ellos pueden hacer uso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La usuaria practica las técnicas de relajación y respiración diafragmática.</li> <li>• Práctica la mecánica corporal para la movilización de su esposo.</li> <li>• Hace el uso de su agenda para anotar sus citas médicas.</li> <li>• Indica estar tomando su medicamento con horario.</li> <li>• Acepta los acuerdos establecidos y expresa verbalmente que los llevará a cabo.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover el uso de las asociaciones de autoayuda.</li> <li>• Proporcionar teléfonos de asociaciones de autoayuda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las asociaciones pueden ofrecer una gran ayuda informando, asesorando y apoyando a los cuidadores y familiares. En estas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presta atención a la información y expresa verbalmente que organizara su tiempo para poder acudir a estas asociaciones.</li> </ul>

		<p>asociaciones suele colaborar un equipo multidisciplinario, con el importante papel del profesional de enfermería, informando al usuario y a la familia; detectando a aquellos cuidadores con riesgo de claudicar, aconsejando medidas de prevención y autocuidado del propio cuidador.</p> <p>Las asociaciones promueven el bienestar del cuidador a través de sus múltiples servicios y permite al cuidador compartir sus problemas con otras personas, mitigando su sensación de sobrecarga y ansiedad y disminuyendo su aislamiento. Este tipo de actividades pueden resultar muy beneficiosas para los cuidadores a la hora de sobre llevar su tarea. Sentirse entre un grupo de iguales donde pueda expresar sus problemas y sentimientos sin miedo a que se establezcan juicios de valor, donde se sienta comprendido e identificado con los demás, todo ello mejora su estado de ánimo y a través de la experiencias de otros se pueden aprender conocimientos y habilidades que calan muchos más por proceder de personas en su misma situación. Además de este modo se pueden recuperar relaciones sociales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acepta acudir alguna asociación.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar cuidado a nivel emocional y estimular la expresión de sentimientos, ideas, emociones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya que en ocasiones estos no son verbalizados por miedo a que se creen juicios de valor o porque no tiene con quien tratarlos y sin embargo la expresión de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La usuaria expresa emociones e indica sentirse más liberada.</li> </ul>

		<p>emociones es algo que disminuye la sensación de soledad y que brinda un gran desahogo emocional. Reconociendo la frustración que frecuentemente se asocia al cuidador e intentado disminuirla para así minimizar alteraciones a nivel emocional que resultan bastante frecuentes y que además tienen graves repercusiones. Ayudando a identificar del origen de la preocupación y las áreas de estrés, para trabajar sobre ellas y disminuir los niveles de estrés y ansiedad.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar junto con el cuidador y la familia los principales factores generadores de tensión, dividiéndolos en modificables y no modificables, así como los recursos humanos y materiales de que disponen para afrontarlos y su nivel de utilización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El papel del profesional en este caso es el de asesorar sobre el uso eficaz y eficiente de los recursos de los que se disponen y sobre cómo modificar los factores que empeoran la situación.<sup>75</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica los factores que le causan tensión y los recursos con los que dispone.</li> </ul>

<sup>75</sup> Mercedes P. B. "**CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR**", REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos de Fin de Grado. 4 (1): 717-750, 2012 ISSN: 1989-5305 revistareduca. Consultado en Página Web: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1015/1028>.

## PLAN DE CUIDADOS

**PATRON DISFUNCIONAL 10°:** Afrontamiento / Tolerancia al estrés.

**DX DE ENFERMERÍA REAL:** Patrón disfuncional de Adaptación - Tolerancia al estrés (Ansiedad) **R/C** estado de salud actual, problemas económicos y familiares, estrés y necesidades no satisfechas y discapacidad crónica del esposo **M/P** expresión de sentimientos negativos, preocupaciones, nerviosismo, insomnio, tensión facial, temblor de manos, aumento de la sudoración, voz temblorosa, angustia, irritabilidad, temor, fatiga, tensión muscular, llanto fácil, boca seca, conductas de evitación y deterioro de la atención.

**DEFINICIÓN:** Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p><b>OBJETIVO DEL PROFESIONAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar el origen de la ansiedad.</li> <li>Interactuar y disminuir el nivel de ansiedad que experimenta la usuaria.</li> </ul> <p><b>OBJETIVO DE LA USUARIA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mejorar su estado de bienestar emocional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer una relación de confianza con la usuaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Crear una relación terapéutica de confianza es una intervención de enfermería que le ayuda al usuaria a explorar la angustia y se le enseña a conectar sus conductas con el origen de la ansiedad.</li> <li>La confianza ayuda a explorar nuevas formas de afrontamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se logra una relación de confianza con la usuaria en todo momento.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Emplear la escucha activa con el fin de estimularle, con amabilidad a que vincule su ansiedad con sus recientes experiencias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dejar el tiempo necesario para valorar el punto de vista de la usuaria y le ayuda a conectar sus emociones con los sentimientos de ansiedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se logra una escucha activa.</li> <li>Identifica sus experiencias de ansiedad recientes.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicar y enseñar técnica de relajación (Con respiración diafragmática).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La técnica de relajación le ayuda a la usuaria a contrarrestar las preocupaciones que experimenta en el momento actual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Logra realizar la técnica de respiración diafragmática por un periodo de 5 min y se le observa más relajada, permitiendo prestar atención y lograr la concentración.</li> <li>Indica que va a seguir poniendo en práctica dicha respiración, para sentirse mejor.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ayudar a identificar los aspectos de su vida sobre los que se tiene control.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprender a dirigir la propia energía, disminuye la ansiedad, facilita la relajación y aumenta la sensación de control.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La usuaria logra identificar los aspectos de su vida sobre los que tiene control.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionar una retroalimentación (Resignificar) positiva a los intentos realizados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un pequeño éxito es la base de otros más cuando se reconoce.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Logra expresar asertivamente con uso del lenguaje verbal sobre los intentos realizados para disminuir</li> </ul>

	<p>para disminuir la ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar a que la usuaria continúe con sus relaciones personales establecidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las relaciones consolidadas brindan y constituyen una fuente de consuelo y apoyo a la persona.</li> </ul>	<p>su ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La usuaria se muestra animada para continuar con sus relaciones personales significativas; durante la entrevista se le observa tranquila y si datos de inquietud.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a identificar los puntos fuertes y las limitaciones de sus interacciones sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El reforzamiento positivo, promueve los actos adecuados: El primer paso para poder modificar comportamientos consiste en identificarlos.<sup>76</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logra identificar sus puntos fuertes y sus limitaciones de sus interacciones sociales.</li> </ul>

<sup>76</sup> Morrison M. **Enfermería Mosby “Fundamentos de Enfermería en Salud Mental”**. España Madrid: 2010, Ed. Harcourt. p.p. 296-297.

## PLAN DE CUIDADOS

**PATRON DISFUNCIONAL 10°:** Afrontamiento / Tolerancia al estrés.

**DX DE ENFERMERÍA REAL:** Patrón disfuncional de Adaptación - Tolerancia al estrés (Duelo) **R/C** pérdidas repetidas e inestabilidad emocional **M/P** depresión, fatiga, evitación del suelo, sufrimiento emocional persistente, sufrimiento excesivo y expresión verbal de sentimiento de vacío.

**DEFINICIÓN:** 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.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p><b>OBJETIVO DEL PROFESIONAL:</b> Ayudar a la usuaria a resolver con éxito el duelo complicado, mediante la adaptación de las discapacidades físicas, el afrontamiento, el ambiente familiar, la resolución de aflicciones y el ajuste psicosocial. (Mejoramiento del estilo de vida).</p> <p><b>OBJETIVO DE LA USUARIA:</b> Mejorar su estado de ánimo y recordar sus pérdidas sin dolor y sufrimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer un ambiente de confianza y comunicación abierta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El usuario debe confiar en la relación terapéutica, antes de expresar sus emociones y conflictos. Con la finalidad de que pueda verbalizar de forma abierta los que le aqueja.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se logra establecer una relación terapéutica con la usuaria.</li> <li>La usuaria expresa verbalmente de manera abierta las aflicciones que le aquejan.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoyo emocional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporciona seguridad, aceptación y ánimo durante los momentos de tensión nerviosa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La usuaria expresa emociones de forma verbal y corporal.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facilitar la expresión del duelo.</li> <li>Mejorar la defensa y el afrontamiento.</li> <li>Sugerir libros que pueda leer la usuaria. "En Honor a la Verdad" de Martha Alicia Chávez. (Se le obsequia el libro).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ayuda con la resolución de una pérdida significativa.</li> <li>Ayuda al usuario a adaptarse a las causas de tensión nerviosa, los cambios o las amenazas percibidas que interfieran con la respuesta a las exigencias funcionales de la vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La usuaria expresa sus emociones y los duelos no resueltos.</li> <li>La usuaria está iniciando a afrontar sus duelos pasados y cuando los verbaliza se observa triste pero ya su voz se escucha sin cambios en su volumen y tonalidad. Con el duelo resiente de la pérdida de su pareja sentimental se observa labilidad al llanto, voz entrecortada y tono bajo y con facies de tristeza. Se sigue interviniendo con la usuaria en el trabajo del este proceso de duelo.</li> <li>Recibe y acepta leer el libro.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enseñar las características de aflicción normal y anormal.</li> <li>Sugerir libros que pueda leer la usuaria. "Todo Pasa... y esto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un usuario informado sobre las reacciones y aflicciones que generan el duelo, permite a la persona identificar las reacciones normales y las anormales que</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retroalimenta lo comprendido.</li> <li>Recibe y acepta leer el libro.</li> </ul>

	<p>También Pasará” Como superar las pérdidas de la vida. de Martha Alicia Chávez). (Se le obsequia el libro).</p>	<p>está manifestando y verbalizarlas El estrés de la pérdida y del duelo pueden vencer los delicados mecanismos de defensa y de respuesta de la persona que padece trastornos mentales y origina problemas adicionales. La forma en que cada ser humano afronta las pérdidas es individual y única. La estimulación de niveles de respuesta eficaces y el apoyo físico y emocional; permite a la persona superar con éxito las pérdidas y los duelos de la vida.<sup>77</sup></p>	
--	---	---	--

<sup>77</sup> Wilkinson J.M. “MANUAL DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA”, 9ª. ed., España: Ed. Pearson Prentice Hall; 2010. pp.298-302.

## **CONCLUSIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS**

El anterior plan de cuidados se realizó de forma integral a la usuaria, en cinco sesiones programadas los días miércoles de cada semana, tiempo que duraron las intervenciones enfermería especializada en salud mental con la usuaria; en donde vieron logrados los objetivos establecidos como profesional de la disciplina y los de la usuaria; evaluándose permanentemente las intervenciones ejecutadas en donde se observa un mejoramiento del bienestar de la usuaria en lo biopsicosocial.

Los avances de la usuaria fueron notables en lo que se refiere a la aceptación de que existían problemas emocionales en su vida y logrando la motivación hacia el cambio; gracias a la realización de la entrevista motivacional; existiendo cambios importantes en su conducta y comportamientos, dando pasos hacia la acción, mejorando su percepción del estado de salud e iniciando el autocuidado, aumentando su autoestima, sociabilizando, mejorando las relaciones familiares, delegando funciones, aceptando la ayuda de su familiares y dedicando a diario tiempo para sí misma con la finalidad de disminuir el cansancio del cuidador primario, teniendo un mejor afrontamiento y tolerancia al estrés y resolución de conflictos; así como también cerrando círculos para resolución de los duelos no resueltos.

Es necesario comentar que se le sigue dando seguimiento a la usuaria por vía telefónica de manera esporádica; encontrándose con una mejor calidad de vida y estado emocional; esto es percibido con el tono de la voz y por expresión verbal de la usuaria de estar sentirse mejor y seguir trabajando en su mantenimiento al cambio. Por otro lado cabe mencionar que la usuaria indica seguir asistiendo en tiempo y forma al centro de salud a su consulta médica psiquiátrica, a su psicoterapia con el psicólogo y a su grupo de apoyo “Mujeres con violencia de Género”.

## **8. PLAN DE ALTA**

- Detección de signos de alarma.
- Asertividad.
- Autoestima.
- Resiliencia
- Socialización.
- Conciencia de enfermedad.
- Orientación a la realidad.
- Higiene del sueño.
- Técnicas de relajación.
- Importancia de la actividad física.
- Identificación de factores protectores y de riesgo.
- Identificación y fortalecimiento de valores personales.
- Habilidades para la vida.
- Expresión de emociones.
- Redes de apoyo.
- Dinámica familiar eficiente.
- Promoción del autocuidado.
- Cuidados al cuidado primario.
- Proyecto de vida.

## 9. CONCLUSIONES

El presente trabajo fue muy enriquecedor, ya que me dio la oportunidad de poder aplicar los conocimientos teóricos prácticos adquiridos durante la Especialidad de Enfermería en Salud Mental; así como poder desarrollar habilidades profesionales en lo cognitivo, procedimental y actitudinal dentro del ámbito comunitario a través del contacto directo con los usuarios que presenta a consulta al Centro de Salud ubicado al sur del D.F. y se identifican problemas de la Salud Mental; los cuales por sus condiciones hemodinámicas inestables en lo físico, emocional, espiritual y social, requirieron de intervenciones de enfermería especializadas y de un tratamiento específico e integral del equipo multidisciplinario dentro de la institución de salud del primer nivel de atención. Así como realizar las promoción, prevención, diagnóstico de trastornos de mentales, tratamiento, rehabilitación y reintegración psicosocial de la usuaria que demandó atención y un Cuidado Enfermero Especializado.

Fue de gran importancia reconocer la valiosa intervención profesional del enfermero en el área de la salud mental en el ámbito comunitario e identificar la respuestas humanas a través de la aplicación del instrumento de valoración basado en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon (1994), con la jerarquización de los patrones disfuncionales, la elaboración de diagnósticos de enfermería, con la planificación de las intervenciones integrales e individuales brindadas, la evaluación de la intervenciones y del estado de salud actual de la persona demandante de un cuidado enfermero y de un servicio de salud.

Haciendo hincapié en la importancia que tiene el proceso enfermero dentro de la disciplina, el cual está basado en el método científico y es un proceso sistematizado y cíclico elemental en la práctica y del desarrollo de la profesión de enfermería; proporcionando la oportunidad de brindar un cuidado especializado y de calidad al usuario con alteraciones mentales.

Recordando que el objeto principal de estudio dentro de la disciplina es el CUIDADO de la persona; haciendo uso de la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y reintegración de la persona a su ámbito familiar, comunitario y social; enseñando de las habilidades para la vida y factores protectores a la usuaria; permitiéndole ser productiva y capaz de hacer frente a las adversidades de la vida diaria de forma efectiva y eficiente.

Analizando que la entrevista motivacional con la usuaria me dio la oportunidad de conocer su historia de vida, explorar ampliamente las fortalezas y debilidades de la persona en los que a la salud mental se refiere; proporcionándome un bagaje de información importantísima. Todo lo anterior me dió la pauta para poder planificar intervenciones de enfermería y establecer un plan de acción integral para la usuario, con el objetivo de fortalecer su salud mental y las habilidades para la vida de la persona; pensando en todo momento en el bienestar de la persona; proporcionando al mismo tiempo grandes beneficios a la usuaria como a mi persona. Así como también desarrollando el papel primordial del enfermero especialista en salud mental, en de su principal objetivo de acción es ser un facilitador, orientador y modelador de cuidado.

Es importante reconocer que los objetivos planificados tanto por el profesional como por la usuaria, se lograron satisfactoriamente, permitiéndome reconocer mi valioso actuar y evaluando la decisión de cambio, la modificación de hábitos, conductas y actitudes de la usuaria, observando una mejor calidad de vida y satisfacción de la persona en lo biopsicosocial.

Para concluir quiero mencionar que la realización de este estudio de caso, me ha dejado grandes aprendizajes, conocimientos y aportaciones que me permiten enriquecer hoy por hoy mi desarrollo personal, profesional y familiar; fortaleciendo en gran medida mi proceso enseñanza- aprendizaje de la Especialidad de Enfermería en Salud Mental.

## 10. SUGERENCIAS

<b>Usuaría</b>	<b>Autora de estudio de Caso</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuir la ambivalencia.</li> <li>• Balanza decisional.</li> <li>• Generar el cambio.</li> <li>• Trabajar en la mejora de su autoestima a diario.</li> <li>• Afrontamiento eficaz de las adversidades de la vida.</li> <li>• Cerrar círculos.</li> <li>• Manejar y controlar sus emociones.</li> <li>• Manejo y control del estrés.</li> <li>• Fortalecer las habilidades para la vida.</li> <li>• Se resiliente.</li> <li>• Delegar funciones, establecimiento de los roles familiares y mejorar las relaciones familiares.</li> <li>• Motivar el reencuentro con su pareja formal (esposo).</li> <li>• Fortalecimiento de valores.</li> <li>• Fortalecimiento de la espiritualidad y creencias religiosas.</li> <li>• Tener consciencia de enfermedad.</li> <li>• Apego al tratamiento terapéutico.</li> <li>• Autocuidado.</li> <li>• Disminuir la sobrecarga del cuidador primario.</li> <li>• Identificar redes de apoyo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización de tiempos.</li> <li>• Desarrollar habilidades en el modelo de los 11 patrones Funcionales de Marjory Gordon.</li> <li>• Desarrollar habilidades en los Diagnósticos con formato PES y planificación de cuidados.</li> <li>• Desarrollar habilidades en la entrevista motivacional.</li> <li>• Desarrollar habilidades en la intervención breve y en estado de crisis.</li> <li>• Desarrollar habilidades en el manejo del duelo.</li> </ul>
<b>Institución</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que los usuarios sean atendidos de manera integral en el consultorio médico.</li> <li>• Que realicen los médicos generales o familiares diagnósticos certeros.</li> <li>• Que realicen la psiquiatría de enlace oportuna.</li> <li>• Que exista un verdadero trabajo entre el equipo multidisciplinario.</li> <li>• Que el equipo multidisciplinario deje de ver la mirada biomédica.</li> <li>• Que se identifique los recursos y fortalezas de las personas que se atienden.</li> </ul>	

## 11. GLOSARIO

### A

- **Afectivo:** Relativo a las emociones, al estado de ánimo o a los sentimientos.\*
- **Afecto:** Manifestación externa de los sentimientos y emociones.\*
- **Aislamiento social:** Pérdida de compañía de las demás personas.\*
- **Alucinación:** Percepción sensorial falsa sin que exista estímulo externo, por lo general en forma de olores, sonidos, sabores, visiones o sensaciones táctiles.
- **Anergia:** Incapacidad para iniciar una actividad.\*
- **Anhedonia:** Pérdida del interés por las actividades que antes realizaba.\*
- **Ánimo:** Estado subjetivo de los sentimientos globales de un individuo.\*
- **Ansiedad:** Sensación vaga e incómoda que experimenta el individuo frente a un estrés real o imaginario.\*
- **Atención:** Es la capacidad de mantenerse atento y con atención.\*
- **Asertividad:** Capacidad de expresar directamente los propios sentimientos y necesidades, respetando los derechos de los demás y conservando la dignidad.\*
- **Autoestima:** Juicio que se hace el individuo sobre su propia valía.\*
- **Autonomía:** Capacidad para dirigirse y controlar la propia actividad y su propio destino.\*

### B

- **Bloqueo de pensamiento:** Al hablar durante la plática, la persona realiza paradas repentinas.\*
- **Bradicinesia:** Relentización de los movimientos corporales.\*

### C

- **Circunstancialidad:** Hablar con detalles en exceso.\*
- **Cognitivo:** Perteneciente a los procesos mentales de la comprensión, del juicio, la memoria y el raciocinio.\*
- **Comorbilidad:** Presencia simultánea de dos trastornos psiquiátricos u orgánicos.\*
- **Concentración:** Es la capacidad en el cual se seleccionan los estímulos más importantes haciendo caso omiso de los otros.\*
- **Conciencia:** Conocimiento o sensación de lo que está bien y lo que está mal, que se acompaña de una fuente de deseo de querer hacer lo correcto.\*<sup>78</sup>

---

<sup>78</sup> \* Morrison M. *Ibíd.* p.p. 495-498.

- **Consciencia:** Conducta que implica seriedad, regularidad y estabilidad.\*
- **Creencia:** Convicción que se acepta mentalmente como cierta, en base a hechos reales o no.\*

## D

- **Depresión:** Estado emocional caracterizado por sentimientos de tristeza, desilusión, desesperación.\*
- **Disomnía:** Trastornos del sueño caracterizado por anomalías en la cantidad, calidad y horarios.\*
- **Distrés:** Es la respuesta a una amenaza o a un desafío realmente perjudicial para la salud del individuo.\*
- **Duelo:** Conjunto de reacciones emocionales que conllevan las pérdidas.\*
- **Duelo disfuncional:** consiste en la incapacidad para completar el proceso y afrontar una pérdida de forma satisfactoria.\*

## E

- **Entrevista motivacional:** Es una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes. Resulta particularmente útil con las personas que son reticentes a cambiar se muestran ambivalentes al cambio.\*<sup>79</sup>
- **Emociones:** Reacciones no intelectuales a diversos estímulos, basados en la propia percepción de los mismos.\*
- **Empatía:** Capacidad para reconocer y compartir las emociones de ánimo de otra persona y comprender el significado de su conducta.\*
- **Estrés:** Cualquier factor que requiera una respuesta o una modificación en el funcionamiento de un organismo.\*
- **Eustrés** es positivo y motivador, reflejado en la confianza y en la propia capacidad de dominar un desafío o una situación estresante.\*

## F

- **Factores protectores:** Son aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado.\*
- **Factor de riesgo:** Algo que hace que una persona o grupo sean especialmente vulnerables a un suceso indeseado.\*<sup>80</sup>

---

<sup>79</sup> Miller. *Ibíd.* p. 82

<sup>80</sup> \* Morrison M. *Ibíd.* p.p. 498-501.

- **Familia:** Grupo de personas que de forma regular, están biológicamente o sentimentalmente vinculadas entre sí, compartiendo las mismas inquietudes en cuanto al crecimiento y desarrollo de sus miembros.\*
- **Fuga de ideas:** Brusco cambio de tema al hablar muy de prisa.\*

## H

- **Habilidades para la vida:** Son herramientas que permiten desarrollar actitudes en cualquier persona para disfrutar la vida y lograr un desarrollo físico y mental saludable.\*
- **Habilidades de cognitivas o de pensamiento:** Son las que ayudan a identificar diferentes soluciones ante un problema y decidir cuál es la mejor opción.\*
- **Habilidades de expresión de emociones:** Son las que permiten controlar las emociones, ayudan a relajarse y calmarse ante un problema para poder solucionarlo.\*
- **Habilidades sociales:** Son las que permiten relacionarse con los demás y tener una conversación constructiva y agradable con la sociedad.\*
- **Hiperprosexia:** Aumento de la atención y del estado de alerta ante el estrés.\*

## I

- **Inferioridad:** Sensación de no ser suficiente o de ser menos que los demás.\*
- **Ilusiones:** Percepciones falsas o respuesta falsas a estímulos sensoriales (Estímulo presente).\*
- **Intento de suicidio:** Acción seria o autodirigida con el objetivo de dañarse o quitarse la vida.\*
- **Inteligencia emocional:** Es la habilidad para comprender y dirigir a los hombres y mujeres, y permitirles actuar sabiamente en las relaciones humanas.\*
- **Intervención en crisis:** Terapia breve de primeros auxilios emocionales para víctimas de trauma, cuyo objetivo consiste en ayudar a esta y a su familias a enfrentar la situación de crisis inmediata y recuperar el nivel de funcionamiento precrítico.\*

## M

- **Mecanismo de afrontamiento:** Son procesos conscientes o inconscientes que se incrementan ante amenazas vitales graves, para resolver el problema, sobrevivir o mantener el equilibrio. \*<sup>81</sup>

---

<sup>81</sup> \* Morrison M. Ibídem. p.p.501-502.

- **Mecanismo de defensa:** Son procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo frente a la ansiedad y a las amenazas de origen interno y externo.\*
- **Memoria:** Capacidad para recordar acontecimientos, experiencia y percepciones del pasado.

## N

- **Negación:** Mecanismo de defensa psicológico en el cual la persona se niega a reconocer hechos dolorosos.

## O

- **Orientación:** Es la capacidad del individuo de ubicarse tanto de manera interna como externa.\*

## P

- **Perseverancia:** Discurso que permanece en uno o varios temas (Religión, sexualidad o política).\*
- **Planificación de alta:** Proceso por el cual el personal de enfermería ayuda a su pacientes afrontar los obstáculos, que crean una enfermedad, identificando precozmente los posibles problemas que pueden surgir tras el alta de una institución sanitaria e interviniendo sobre los mismo.\*
- **Prolijidad:** Abundar en detalles innecesarios (conversación llena de detalles).\*

## R

- **Recursos de afrontamiento:** Opciones estrategias y métodos para tratar el estrés.\*
- **Resiliencia:** Su función es desarrollar la capacidad humana de enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido y transformado por las experiencias de adversidad.\*
- **Responsabilidad:** Capacidad para responder de los propios actos y decisiones para poder cumplir las obligaciones.\*

## S

- **Salud Mental:** La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha determinado el concepto de salud mental como: “estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a la comunidad”.\*

- **Suicidio:** Acto de quitarse la vida intencionalmente.\*<sup>82</sup>

## T

- **Tangencialidad:** No contesta las preguntas. que se le realizan.\*
- **Temor:** Respuesta ante la percepción de un factor estresante peligroso

## V

- **Valores:** Son las normas de conducta y actitudes según las cuales nos comportarnos y que están de acuerdo con aquello que consideramos correcto.\*<sup>83</sup>

---

<sup>82</sup> \* Morrison M. *Ibíd.* p.p.502-506.

<sup>83</sup> \* Morrison M. *Ibíd.* p. 506.

## **12. BIBLIOGRAFIA**

Balan M. et.al. **“TEÓRIAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA” Bases Teóricas para el Cuidado Especializado Antología.** 2ª ed. México D.F: Ed. ENEO- UNAM; 2009.

Fornés. J. **“ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIÁTICA VALORACIÓN Y CUIDADOS”** 2ª. ed. España (Madrid): Médica Panamericana; 2012.

Morrison M. **“FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL”.** España (Madrid): Ed. Harcourt; 2012.

Womble D. **“INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL”**, 2ª. USA (Philadelphia): Ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

Pacheco A. **“ANTOLOGÍA FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA PARA EL CUIDADO”**, México: Ed. ENEO-UNAM, 2005.

NANDA INTERNACIONAL, **“DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS 2009-2011”**, España: Ed. ELSEVIERE; 2010.

López I, et. al. **“DSM-IV-TR. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES”**. Texto revisado. Barcelona: Ed. Masson; 2002.

Nordimarck M, et. al. **“BASES CIENTIFICAS DE LA ENFERMERÍA”**, 2ª ed. México: Ed. Manual Moderno. 2011.

Wilkinson M. **“MANUAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA”**, 9ª. ed., España: Ed. Pearson Prentice Hall; 2010.

Miller. W. et. al. **“ENTREVISTA MOTIVACIONAL”**. Barcelona: Ed. Paidos; 1999.

## **ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIAS (EBE)**

Medina Mora Ma. **“PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES Y USO DE SERVICIOS: RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN MÉXICO”** Rev. Salud Mental, Vol. 26, No. 4, agosto 2003. Consultado en la Página Web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam034a.pdf>

Organización Mundial de la Salud OMS. **“DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL”** Octubre 2011. Consultado en página web: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/).

Publicaciones de **“EDUCACIÓN EN SALUD MENTAL”**, Consultada en página web: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/mental-health-educations/complete-index.shtml>.

Oreja M<sup>a</sup>, **“INTERRELACIONES NANDA, NOC, NIC. METODOLOGÍA ENFERMERA. A PROPÓSITO DE UN CASO”**, Rev. Norte de Salud Mental n° 31 2008, p. 20–26. Consultada en página web: [http://www.ome-aen.org/NORTE/31/NORTE\\_31\\_040\\_20-26.pdf](http://www.ome-aen.org/NORTE/31/NORTE_31_040_20-26.pdf).

Tealdi C. **“BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS EN PSIQUIATRÍA”**, Revista Colombiana de Psiquiatría ISSN 0034-7450, vol.37 no.2. Bogotá Apr. /June 2008. Consultada en Página Web: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502008000200009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502008000200009&script=sci_arttext).

**NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-1994, PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN UNIDADES DE ATENCION INTEGRAL HOSPITALARIA MEDICO-PSIQUIATRICA.** Secretaria de salud. Consultado en la página Web: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/025ssa24.html>.

**NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO.** Secretaria de Salud. Consultado en página Web: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>.

**CÓDIGO DE ETICA PARA ENFERMEROS Y ENFERMERAS DE MÉXICO.** Secretaria de salud. p. 6. Consultado en página Web: <http://www.medicathec100.com.mx/publicaciones/codigo-etica-enfermeros.pdf>.

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS INSTITUTOS NACIONALES DE LA SALUD, PUBLICACIÓN DE NIH**  
Núm. SP 11-4779. Modificado en el 2011 Traducido en abril del 2011. Consultado en página Web: [http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/women-depression\\_sp\\_ln\\_08.10.2011.pdf](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/women-depression_sp_ln_08.10.2011.pdf).

Garrido. M. “**MANEJO DE LA ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA**”, Centro de Salud Silvano. Madrid. España. SEMERGEN. 2008; 34(8):407-10. Consultado en página Web: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13127219&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=40&ty=62&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v34n08a13127219pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13127219&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=62&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v34n08a13127219pdf001.pdf).

Puchol. D. “**TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**” aiu.edu, 2012, Consultado en página Web: <http://aiu.edu/online/assignments/spanish/SHS006s.pdf>

Ramos. R. “**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS AFECTIVOS**”, Psiquiatria.Com, Material presentado en el curso "Cuidados de enfermería en rehabilitación psiquiátrica", impartido en mayo 2011 en el Hospital Psiquiátrico de Conxo - Santiago de Compostela. Consultado en la Página Web: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/3347/>.

Mercedes. B. “**CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR**”, REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos de Fin de Grado. 4 (1): 717-750, 2012 ISSN: 1989-5305 [revistareduca](http://revistareduca.es). Consultado en Página Web: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1015/1028>.

**ANEXOS**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL  
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE 11 PATRONES FUNCIONALES  
DE MARJORY GORDON

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre: M.G.E.B.

Diagnostico médico: Vértigo y problemas de oído.

Fecha de la entrevista: 30 de Octubre 2012

Fecha de nacimiento: 13 de Abril 1959 Edad: 53 años

Edo. Civil actual: Soltero:  Casado  Viudo  Unión libre

Lugar de origen: Distrito Federal

Lugar de residencia: Distrito Federal

Domicilio actual: Sur del Distrito Federal.

Teléfono: XXXXXXXXXXXX Escolaridad: Secundaria Incompleta

Ocupación: Trabajadora doméstica

Nivel de estudios o grado académico: Educación media

Idiomas o lenguas: Español

Nombre del Responsable Legal: Ninguno

Motivo de Ingreso o solicitud de Consultoría: Consulta de control mensual por vértigo y problemas de oído.

Antecedentes Heredo Familiares:

Madre Finada de 58 años de Cáncer de mama.

Padre Finado: Alcohólico, Tabaquismo Positivo, Enfisema Pulmonar, Cáncer de Pulmón y Accidente Vascular Cerebral.

Abuela Materna Finada: Cáncer

Situación laboral y/o escolar actual:

Situación laboral: Inestable (Trabajo temporal).

Situación escolar: Ninguna.

## VALORACION GENERAL

Número de expediente: 7670

Signos vitales: Temperatura: 36.1°C Frecuencia cardiaca: 82 x min.

Frecuencia respiratoria: 20 x min. Tensión Arterial: 110/98

Piel y mucosas (coloración y aspecto): Piel hidratada con adecuada coloración de tegumentos. Lesión: Miembro Torácico Derecho (Probable Tendinitis, esguince ó luxación).

Alteración de los sentidos: Vista:  Oído:  Tacto:  Gusto:  Olfato:  Prótesis: no:   
Especificar tipo y ubicación: Ninguna

Funcionamiento motor: bueno  limitado  especificar \_\_\_\_\_

Actitud durante la entrevista: colabora  No colabora

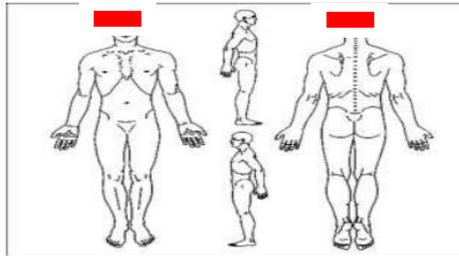
Tratamiento médico: si  no  especificar: \_\_\_\_\_

Naproxeno Tabletadas	1-1-1-1 por 5 días
Benexol (Vitamina B1, B6, B12) Ampolletas	1-0-0 por 10 días
Complejo B Tabletadas	1-0-1 por 30 días
Clorfeniramina Jarabe	0-0-1 10 ml antes de dormir hasta terminar el frasco
Ibuprofeno 400 mg. Capsulas	1-0-1 x 20 días

Presencia de dolor: No  Si  especificar M.T.D. (8) y cabeza (5).



Alteraciones o datos de interés que desee profundizar: El dolor de la cabeza es tipo migraña.



## 1. PATRON DE PERCEPCION - CONTROL DE LA SALUD

Adecuado  Descuidado \_\_\_\_\_ Extravagante \_\_\_\_\_ Exagerado \_\_\_\_\_  
 Meticuloso \_\_\_\_\_ Otro (especificar) \_\_\_\_\_

### Actitud y comportamiento frente a su enfermedad:

Aceptación  Rechazo \_\_\_\_\_ Indiferencia \_\_\_\_\_ Sobrevaloración \_\_\_\_\_

Reivindicativa \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_

Comportamientos realizados al respecto (describir) La acepta y dice que "es por la edad"  
sic. Pac

Recomendaciones terapéuticas: Ninguna \_\_\_\_\_ seguimiento correcto a su enfermedad  
 (describa): Autocuidado, manejo del estrés, expresión de emociones, técnicas de  
 relajación. Seguimiento incorrecto (describalo) \_\_\_\_\_

### Hábitos y/o Conductas adictivas:

Consumo	Substancia	Cual	Edad de inicio	Frecuencia Dosis día/semana	Alguna vez en la vida	Actualmente
NO	Tabaco (cigarros, cigarrillos cubanos, tabo de mascar, pipa)					
NO	Bebidas Alcohólicas (Cerveza, vino, licores, destilados)					
SÍ	Cafeína	Café	43 años	1 taza por día		SÍ
NO	Cannabis (Marihuana, costo, hierba, hashish)					
NO	Cocaína (coca, farlopa, crack, base)					
NO	Anfetaminas (speed, éxtasis, píldoras, adelgazantes)					
NO	Inhalantes (colas, gasolina, nafta, pegamentos)					
NO	Tranquilizantes (Valium/diazepam, tranquilizantes, alprazolam/xanax, Orfidal/Lorazepam, Rhipnol)					
NO	Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina)					
NO	Opiáceos (Heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina)					
NO	Otras					

Solvencia económica "Situación económica difícil" sic. pac.

Otras alteraciones o datos de interés Presenta insomnio, alimentación inadecuada, cansancio, malestar general.

## 2. PATRON NUTRICIONAL – METABOLICO.

Peso 60 kg Talla 148 Cm. Constitución Robusta IMC 27.39 (Preobesa)  
Apetito: Normal  Aumentado \_\_\_\_\_ Disminuido \_\_\_\_\_  
Consumo diario habitual: Desayuno: Café y pan, Comida: Arroz, guisado y frijoles y, tortillas (6 pzas).  
Ingesta de líquidos (cantidad y tipo) Agua de sabor (6 vasos) y agua de frutas (2vasos).  
Nauseas/vómitos (espontáneos o provocados) No  Sí \_\_\_\_\_ Especificar Ninguno  
Preferencias alimentarias: Tés, sopa con frijoles, pan, sandía, brócoli, totopos y galletas.  
Restricciones/evitación (motivos) Ninguno  
¿Come entre comidas? o ¿cuando está nerviosa? No  Sí \_\_\_\_\_ Especifique que es lo que consume Pan de dulce  
Conocimientos sobre alimentos y dieta equilibrada: Suficientes \_\_\_\_\_ Insuficientes  (especificar) No tiene suficientes conocimientos  
¿Se siente bien con su peso? No  
Otras alteraciones o datos de interés: Cuando éstas nerviosa no come dice que “siente que se le hace chico el estómago” sic. pac. Distención abdominal.

## 3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN

### Eliminación intestinal:

Frecuencia 1 Características Normal Malestar Ninguno  
Control  Motivos no control \_\_\_\_\_ Uso de laxantes No  
Patrón habitual personal Normal

### Eliminación vesical:

Frecuencia 4-5 veces Características Normales Malestar Distención del vientre y tenesmo  
Control Medio Motivos no control Incontinencia urinaria a los esfuerzos menores  
Diuréticos No  
Patrón habitual personal Normal

### Eliminación cutánea:

Normal  Profusa \_\_\_\_\_ Escasa \_\_\_\_\_ Problemas con el mal olor (en caso afirmativo, ¿qué hace? \_\_\_\_\_)

### Percepción personal de la eliminación:

Intestinal  Vesical  Cutánea   
Posibles motivos de percepción de disfunción: Dice “la edad” sic. pac.  
Factores que alteran la eliminación Aumenta con el estrés y con el consumo de café.  
Otras alteraciones o datos de interés Incontinencia urinaria a esfuerzos menores.

#### 4. PATRON DE ACTIVIDAD-EJERCICIO.

##### Expresión facial:

Tensa  Relajada  Alegre  Triste  Enfadada  Dirección de la mirada Dirige la mirada al piso y a los lados.

Otros Levanta las cejas y ciñe la región frontal.

##### Características del habla:

Ver expresión del lenguaje de patrón cognitivo y especificar características El lenguaje es acorde a su expresión facial y emociones.

##### Comportamiento motor:

Adecuación contexto  Inhibición  Agitación/inquietud  Temblores   
Rigidez  Estereotipias  Tics  Otros Rigidez del cuello y parte superior de los hombros, el tic es ocular (ojo derecho).

Reacciones extrapiramidales (especificar) Ninguno

##### Regularidad del comportamiento motor:

Frecuencia 2-3 veces cada tercer día Intensidad Fuerte Duración \_\_\_\_\_

Condiciones que lo aumentan o reducen Estrés

##### Características del comportamiento motor:

Controlable  Limitante \_\_\_\_\_ Incapacitante \_\_\_\_\_

##### Opinión / emoción respecto al comportamiento motor:

Indiferente \_\_\_\_\_ Aceptado \_\_\_\_\_ Preocupado

Deseos o participación en actividades de consumo de energía (especificar) No tiene deseos, tiempo, ni ganas.

Factores que intervienen en este patrón (especificar) Ansiedad, estrés, agotamiento físico.

Tipo de ayuda requerida Ninguna

Habilidades manifestadas en las actividades descritas (nula, baja, alta) Nula

Cambio notable de habilidades o funciones (físicas, intelectuales, socioculturales) vida rutinaria, no sociabiliza y falta de voluntad.

Otras alteraciones o cambios de interés Apatía y desesperanza.

#### 5. PATRON DE SUEÑO DESCANSO.

Horas de sueño nocturno 5 horas otros descansos Ninguno

Problemas de sueño (al inicio, interrumpido, al despertar temprano, somnolencia excesiva, pesadillas).

Antecedentes de alteraciones de sueño Sí insomnio y sueño no reparador

Factores que alteren el patrón del sueño Estrés y el agotamiento físico

Que hace para favorecerlo Nada

##### Percepción personal del patrón:

Adecuado \_\_\_\_\_ Excesivo \_\_\_\_\_ Disminuido X  
Otras alteraciones o datos de interés Sueño no reparador, bostezos, energía, mal humor, cansancio, malestar general.

## 6. PATRON COGNITIVO-PERCEPTIVO.

### Nivel de conciencia y actitud respecto al entorno:

Hipervigilia \_\_\_\_\_ Confusión \_\_\_\_\_ Desrealización \_\_\_\_\_

Somnoliento X Sólo sigue instrucciones No

No responde a estímulos externos Sí

Otros (especificar) Ninguno

### Atención-orientación (espacio, tiempo, persona)

Atención fluctuante \_\_\_\_\_ Distractibilidad Sí

### Orientación, reconoce:

Lugar donde se encuentra Sí domicilio Sí Cd. / país Sí

Día/mes Sí año X estación del año Sí

Nombre completo Sí Edad y/o fecha de nacimiento Sí Profesión Ninguna

Personas significativas Hija, nietas y esposo Grado de relación Familiar

### Alteraciones perceptivas (especificar):

Auditivas X Visuales X Táctiles \_\_\_\_\_ Olfativas X Gustativas X

Ilusiones Sí auditivas Otros (especificar) Alucinaciones visuales

### Localización de la percepción:

Interna \_\_\_\_\_ Externa Sí

### Memoria e inteligencia:

Memoria inmediata Disminuida Reciente Conservada Memoria Remota Conservada

Descripción de la posible alteración Verbaliza que desde hace algunos meses se le olvida lo que va hacer o lo que hizo recientemente.

Retrasos intelectuales No

### Tipo de ayuda

Requerida Apoyo emocional

### Organización de pensamiento-lenguaje:

Contenido:

Coherente y organizado: Si X No \_\_\_\_\_ Delirante: Si \_\_\_\_\_ No X

Descripción breve de la alteración (especificar) Ninguno

Comportamiento adoptado frente al tema (ritualismo, defensivo, violento, etc.) Adecuado y cooperadora.

Otras ideas o pensamientos recurrentes molestos El abandono de su relación anterior (infidelidad de parte de la usuaria).

Posible relación de los pensamientos anteriores Verbaliza que se siente triste, traicionada y culpable.

Curso: Fue tomando confianza y proporciono información confidencial e importante.

Inhibición Se fue desinhibiendo conforme fue tomando confianza.

Aceleración No

Perseverancia Al final de la entrevista se mostro perseverante

Disgregación/incoherencia No

Otros (especificar) Se observa represión de emociones y pensamientos y "prefiere permanecer callada" sic. pac.

**Expresión de lenguaje:**

Velocidad (normal, rápida, lenta, paroxística) Normal

Cantidad (normal, abundante, escasa) Normal

Volumen (normal, alto. Bajo) Normal y cuando mencionaba algo confidencial bajaba el volumen.

Tono y modulación (tranquilo, nerviosos, hostil) Tranquilo

## 6. PATRON COGNITIVO-PERCEPTIVO.

**Reactividad emocional:**

Adecuada al contexto X Pobreza de sentimientos \_\_\_\_\_ Expansión afectiva \_\_\_\_\_

Tonalidad afectiva: agradable X Desagradable \_\_\_\_\_

Posibles síntomas afectivos de interés (especificar) No expresa emociones

**Percepción imagen corporal:**

Ajustada a la realidad X Confusa \_\_\_\_\_ Equivocada \_\_\_\_\_

**Actitud frente a su cuerpo:**

Afectación \_\_\_\_\_ Rechazo \_\_\_\_\_ Otros No le gusta su cuerpo

**Auto descripción de sí mismo:**

Ajustada a la realidad Sí

Sobrevaloración capacidades y logros personales Sí

Exageración a errores y desgracias/infravaloración a éxitos Sí dice "exagerar todo lo que le sucede".

Otros especificar Ninguno

Autoevaluación general y competencia personal (positiva, negativa, indiferente) Positiva

**Sentimientos con respecto a la autoevaluación personal:**

Tristeza X Inferioridad X Culpabilidad X Inutilidad \_\_\_\_\_

Impotencia X Euforia \_\_\_\_\_ Ansiedad X Rabia X

Superioridad \_\_\_\_\_ otras Enojo

Ideas de suicidio (describir plan si existe) No

Comportamientos adoptados para afrontar/compensar los sentimientos "Guarda silencio y no decir nada, prefiero callar". sic. pac.

**Percepción de exigencias o presiones:**

Origen (personas, ideas, sensaciones) Esposo, hijas, ideas de responsabilidad y sensación de desesperanza e impotencia ámbito (lugar) Domicilio

Percepción sobre su estado de salud menciona sentirse muy mal física, emocionalmente, socialmente y espiritualmente

Otras alteraciones o datos de interés Menciona sentirse: "desesperada e impotente, no encuentro la salida" sic. pac.

## 8. PATRON DE ROL-RELACIONES

### Nivel de independencia de la persona:

Física, total \_\_\_ Parcial X motivo de ayuda requerida) Ayuda con el cuidado de su

**Nivel de independencia de la persona:** Física Parcial. motivo de ayuda requerida)

Ayuda con el cuidado de su esposo.

Económica, total \_\_\_ Parcial \_\_\_ (motivos ayuda requerida) Ninguna

Psicosocial, total X Parcial \_\_\_ (motivos ayuda requerida) Ninguna

¿Con quién vive? Con su esposo e hija menor

¿Depende alguien de usted en algún aspecto? Depende totalmente su esposo en lo físico económico y su hija en lo económico.

¿Pertenece a algún grupo social? Ninguno

¿Tiene amigos cercanos? No

Personas que le generan sentimientos positivos o significativos Su hija, nietas y esposo y expareja sentimental.

Responsabilidades dentro del núcleo familiar de la usuaria

Percepción sobre responsabilidad Tiene toda la responsabilidad de su familia

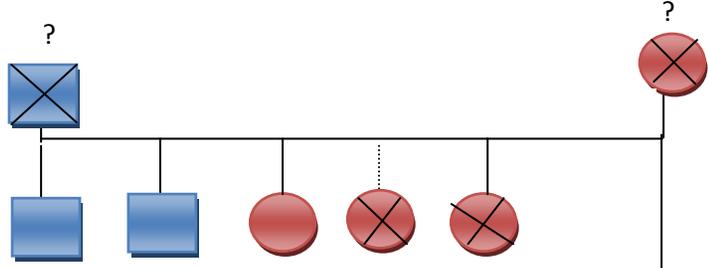
### Sentimientos respecto a relaciones familiares:

Ansiedad X Miedo \_\_\_ X Culpa X Tristeza X Inutilidad X Inferioridad X Rabia X

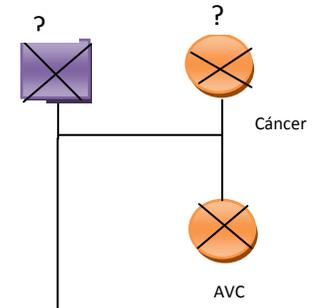
Superioridad \_\_\_ Seguridad \_\_\_ Otros: Enojo

# GENOGRAMA

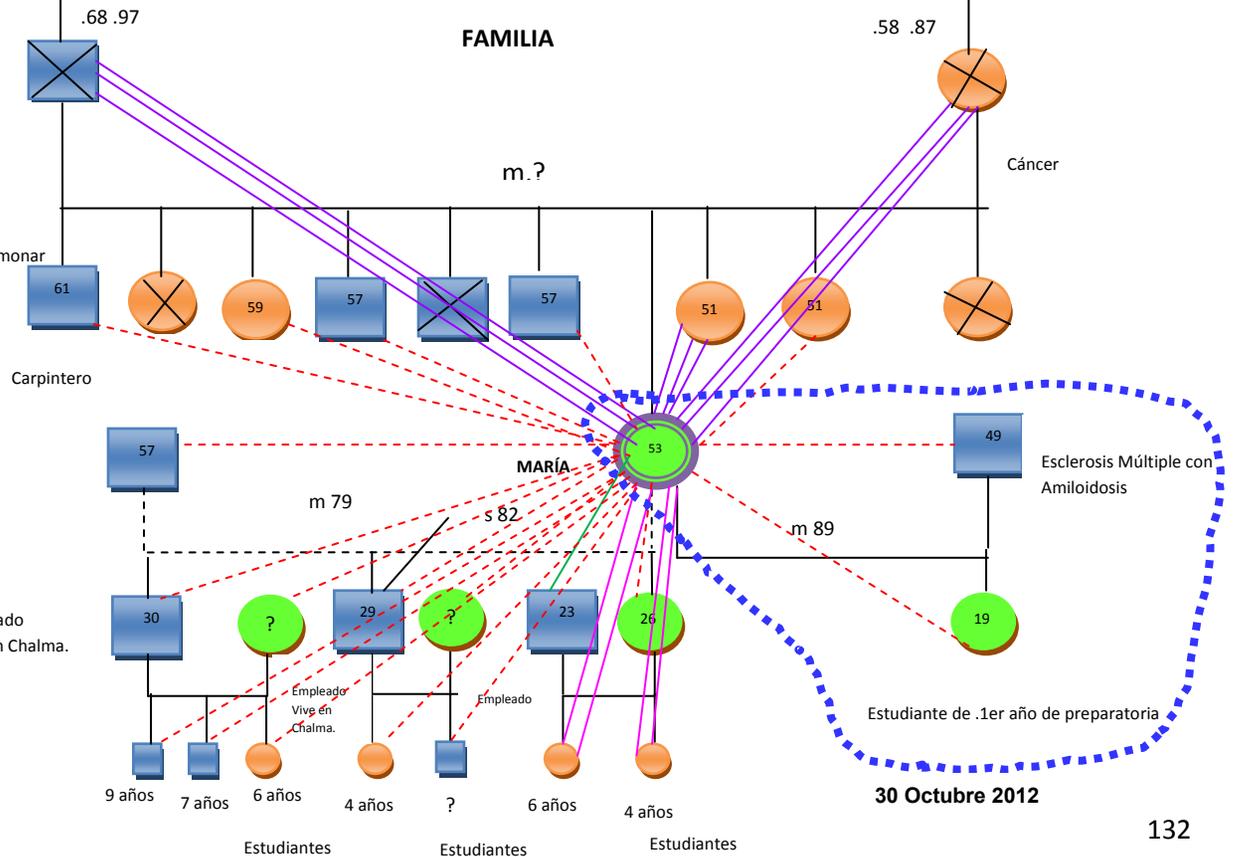
## FAMILIA PATERNA



## FAMILIA MATERNA



- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Diabetes
- Cáncer
- Enfisema pulmonar



**NOTA:**

- Los datos que se omiten es porque la usuaria los desconoce.
- Se omiten los nombres del genograma, para protección de la identidad.

## 9. PATRON SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN.

Menarca: 15 años IVSA: 19 años Numero de parejas sexuales: 3  
Exhibicionismo: No Libido aumentada: No  
Fecha de último Papanicolaou: Hace 20 años Fecha de la última mastectomía o USG  
mamario: Nunca .FUM: 24 de octubre 2012 G: 4 P: 4 A: 0 C: 0  
Qué tipo de método anticonceptivo utiliza: Ninguno, no tiene relaciones sexuales Pastillas:  
Alguna vez  
Sentimientos hacia la maternidad: ahora se siente plena por ser madre.  
Sentimientos hacia el embarazo: "Me gustaba estar embarazada y me sentía contenta" sic. pac.

## 10. PATRON DE ADAPTACION TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Ante una situación de estrés responde con:  
Conducta evitativa: X ansiedad: X inquietud:    tensión muscular: X  
Postura rígida: X Hiperhidrosis palmar: X boca reseca: X Negación del problema: No  
Poca tolerancia a la frustración: X Autocompasión: No  
Grado de incapacitación (de acuerdo a la respuesta):  
Personal: Sí Grave X Medio    Leve     
Familiar: Sí Grave X Medio    Leve     
Laboral: Sí Grave X Medio    Leve     
Social: Sí Grave    Medio    Leve X  
Respuesta ante su enfermedad: Ésta más preocupada por la enfermedad de su esposo que su propia salud.

## 11. PATRON DE VALORES Y CREENCIAS.

Valores o creencias importantes de la historia personal: Católica  
Antecedentes de prácticas o cultos religiosos: Acude a misa los domingos  
¿El paciente presenta actitud religiosa? No  
¿El paciente o familia comenta o presenta mitos o creencias en relación a su enfermedad? Ninguno.  
¿Requieren de algún apoyo religioso? Si la usuaria no lo solicita, pero dice "Ya no puedo más" sic. pac.

KESSLER 10

Fecha 30/10/2012

Nombre M.G.B.E. Edad 53 Sexo: FX M

Domicil XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Marque con una cruz las opciones que correspondan

Motivo de consulta: Consulta Mensual

**Escolaridad**

completa incompleta

- Analfabeta ( )
- Preescolar ( )
- Primaria (X) ( )
- Secundaria ( ) ( )
- Preparatoria ( ) ( )
- Carrera técnica ( ) ( )
- Licenciatura ( ) ( )

**Estado civil**

- ( ) Soltero ( ) Divorciado ( ) Viudo/a
- (X) Casado ( ) Separado ( ) Unión libre

**Ocupación**

- 1 Ama de casa
- 2 Estudiante
- 3 Subempleado/eventual
- 4 Comerciante
- 5 Empleado
- 6 Profesionalista (por su cuenta)
- 7 Jubilado
- 8 Desempleado
- 9 Otro

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido en los últimos 30 días. Para cada pregunta, por favor encierre con un círculo el número que describa mejor con qué frecuencia ha tenido estos sentimientos.

Q1. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió...

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
a. ... cansado(a) sin ningún motivo?	5	(4)	3	2	1
b. ... nervioso(a)?	5	(4)	3	2	1
c. ... tan nervioso(a) que nada podía calmarlo(a)?	(5)	4	3	2	1
d. ... sin esperanza?	5	(4)	3	2	1
e. ... inquieto(a) o intranquilo(a)?	(5)	4	3	2	1
f. ... tan inquieto(a) que no podía permanecer sentado(a)?	(5)	4	3	2	1
g. ... deprimido(a)?	5	(4)	3	2	1
h. ... tan deprimido(a) que nada podía animarle?	5	(4)	3	2	1
i. ... que todo le costaba mucho esfuerzo?	5	(4)	3	2	1
j. ... inútil?	5	(4)	3	2	1

Por favor continúe en el reverso de la página.

Q2. Las preguntas anteriores se referían a sentimientos que pudo haber tenido en los últimos 30 días. Tomándolos todos en cuenta, en los últimos 30 días ¿estos sentimientos fueron más frecuentes que lo que es habitual en usted, fueron casi igual de frecuentes que lo habitual, o fueron menos frecuentes que lo habitual? (Si nunca ha tenido alguno de estos sentimientos, encierre con un círculo la opción "4".)

Más frecuentes que lo habitual	Casi igual de frecuentes que lo habitual	Menos frecuentes que lo habitual
Mucho (7)	Algo 6 Poco 5	Poco 3 Algo 2 Mucho 1
	4	

Las siguientes preguntas se refieren a cómo estos sentimientos le han afectado en los últimos 30 días. No es necesario contestar estas preguntas si contestó "Nunca" a todas y cada una de las diez preguntas anteriores sobre sus sentimientos.

Q3. En los últimos 30 días, ¿cuántos días fue totalmente incapaz de trabajar o realizar sus actividades habituales debido a estos sentimientos?

(0) (Número de días)

Q4. Descontando los días que apuntó en la pregunta Q3, ¿cuántos días, de los últimos 30, pudo hacer sólo la mitad o menos de lo que normalmente podría haber hecho debido a estos sentimientos?

(15) (Número de días)

Q5. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces visitó a un médico u otro profesional de la salud debido a estos sentimientos?

(4) (Número de veces)

Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	---------	------------	-------

Q6. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia los problemas de salud física fueron la causa principal de estos sentimientos?

5	(4)	3	2	1
---	-----	---	---	---

Muchas gracias

**Formato de Consentimiento Informado**

**Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz**  
**Prácticas profesionales para los alumnos del Posgrado de Enfermería en Salud Mental**

Fecha: 7- Noviembre - 2012

Por este conducto hago patente que el alumno(a) de la especialidad de Enfermería en Salud Mental Lara Ramos Esp. Adriana, cuya sede académica se ubica en el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz:

- Ha solicitado mi colaboración voluntaria para ser entrevistado(a) como parte de una intervención breve que se incluye dentro de la formación profesional de alumnos de la especialidad de enfermería en Salud Mental, quienes recibieron una capacitación previa para hacer estas intervenciones.
- La entrevista tendrá una hora de duración aproximadamente y es posible que se puede programar una segunda sesión
- Para facilitar el registro de la información es necesario grabar la entrevista en audio, la información es estrictamente CONFIDENCIAL y anónima, es decir que no será identificado y la información que brinde se empleará únicamente para fines académicos.
- Esta entrevista es independiente del proceso de atención que recibo en el Centro de Salud Comunitario, es decir que será atendido en el centro aún cuando decida no participar en esta actividad.
- Si me incomodan algunas preguntas, estoy en libertad de no responderlas y de abandonar la entrevista, si así lo decido sin que mi tratamiento en el centro se vea afectado.

Asimismo mediante este documento **HAGO PATENTE** mi consentimiento para participar de forma voluntaria y consciente en este proceso.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Nombre y Firma de la persona entrevistada

  
Esp. Adriana Lara Ramos  
Nombre y Firma del entrevistador

Wendy Angélica Goñi Glez

Nombre y firma de testigo 1

Wendy Angélica Goñi Glez

Nombre y firma de testigo 2