



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

## ESTUDIO DE CASO

APLICADO A USUARIA CON ALTERACIÓN EN LOS PATRONES  
FUNCIONALES “AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS Y ROL-  
RELACIONES” BASADO EN EL MODELO DE MARJORY GORDON

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

**P R E S E N T A :**

**MAGDALENA LÓPEZ DE LA ROSA**

ASESOR:

E.E.S.M. FRANCISCO ENRÍQUEZ TORRES

México, D.F., septiembre 2015





Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

*Con gratitud a la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirnos formarnos como especialistas en Enfermería en Salud Mental.*

*A mi querida Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia que ha visto mi desarrollo profesional.*

*Al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz por abrirnos sus puertas para continuar descubriendo nuevos conocimientos.*

*Con cariño al Mtro. Francisco Enríquez Torres por su comprensión y apoyo.*

*A todos mis profesores con gran admiración y afecto.*

*A mis queridas hijas Ruth, Lupita y Anita por su incondicional apoyo, comprensión y amor.*

*A mi hermana María de los Ángeles, a Jorge, a Heri y a Manuel por su paciencia y acompañamiento durante mi formación profesional.*

# CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO</b> .....	8
1.1 Objetivo General .....	8
1.2 Objetivos Específicos .....	8
<b>2. FUNDAMENTACIÓN</b> .....	9
2.1 Antecedentes .....	9
2.1.1 Salud Mental Comunitaria.....	9
2.1.2 Estudios relacionados con emociones.....	14
<b>3. MARCO CONCEPTUAL</b> .....	16
3.1 Conceptualización de la enfermería.....	16
3.2 Paradigmas .....	19
3.3 Teoría de enfermería según Marjory Gordon.....	23
3.4 Proceso de enfermería.....	27
3.5 Emociones.....	29
3.6 Duelo.....	31
3.7 Afrontamiento.....	33
3.8 Ciclo vital.....	34
3.9 Entrevista Motivacional.....	35
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	36
4.1 Estrategia de investigación.....	36
4.2 Selección del caso y fuente de información.....	36
4.3 Consideraciones éticas .....	37
4.4 Instrumentos utilizados.....	37
4.4.1 Apgar Familiar.....	38
4.4.2 Genograma.....	39
4.4.3 Ecomapa.....	40
<b>5. PRESENTACIÓN DEL CASO</b> .....	41

5.1 Descripción del caso.....	41
5.2 Antecedentes generales de la persona.....	42
<b>6.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....</b>	<b>45</b>
6.1 Valoración:.....	45
6.1.1 Valoración focalizada.....	45
6.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete.....	47
6.1.3 Jerarquización de problemas.....	47
6.2 Problemas interdependientes.....	48
6.3 Diagnósticos de Enfermería.....	51
6.4 Planeación de los cuidados.....	51
6.4.1 Objetivo de la persona.....	51
6.4.2 Objetivo de Enfermería.....	51
6.4.3 Intervenciones de Enfermería.....	51
6.5 Ejecución.....	51
6.5.1 Registro de las intervenciones.....	51
6.6 Evaluación.....	51
6.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona.....	51
6.6.2 Evaluación del proceso.....	51
<b>7. PLAN DE ALTA.....</b>	<b>56</b>
<b>8. CONCLUSIONES.....</b>	<b>57</b>
<b>9. SUGERENCIAS.....</b>	<b>58</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXOS</b>	
1 Cédula de valoración de los 11 Patrones Funcionales.....	65
2 Consentimiento informado .....	73
3 Apgar Familiar.....	74
4 Genograma.....	75
5 Ecomapa.....	76

## INTRODUCCIÓN

La salud mental es un componente importante de la salud integral, el cuidado de ella es vital para que los individuos gocen de bienestar, desarrollen su potencial, tanto a nivel personal como en la interacción social, y sean capaces de afrontar las tensiones ordinarias de la vida, por ello, se han establecido políticas internacionales y nacionales para su promoción y fomento. La capacitación de los profesionales de la salud sobre estos aspectos desempeña un papel fundamental para dar respuesta a las necesidades de atención en salud mental, siendo enfermería una de las principales disciplinas que se preocupa y ocupa del cuidado para el bienestar integral de las personas.

Las competencias que desarrolla el profesional de enfermería con especialización en salud mental, le permiten otorgar cuidado especializado a personas en ámbitos clínicos y comunitarios, desarrollar actividades de educación y fomento a la salud con el propósito de prevenir daños y elevar el valor de salud en la población, desarrollar actividades de consultoría y asesoría especializada a personas y grupos en el área de su competencia, así como conocer, profundizar y ejecutar estrategias de intervención específicas en la detección de alteraciones emocionales de un ser humano, empleando conocimientos sistematizados mediante el desarrollo del Estudio de Caso y la aplicación del Proceso de Enfermería, a través del cual valora, diagnostica, planea, ejecuta y evalúa las intervenciones, utilizando *“los modelos de cuidado de enfermería que ayuden a precisar la naturaleza de la atención que se ofrece como paso fundamental para delimitar el área de su competencia profesional”*.<sup>1</sup>

El Estudio de Caso *“es un proceso de indagación a profundidad que tiene como propósito la integración de la teoría y la práctica, consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas. En el desarrollo del estudio de casos en la Enfermería Especializada se deberá considerar como sustento conceptual una teoría de enfermería, así como otras teorías que se relacionan directamente con el*

---

<sup>1</sup> Balan Gleaves C. Franco Orozco M. Teorías y Modelos de Enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Antología. UNAM. México. 2011: 9.

*estudio*".<sup>2</sup> El empleo de la metodología del Estudio de Caso permite plasmar y compartir las experiencias obtenidas, analizar las limitaciones y realizar propuestas que favorezcan la salud mental de los individuos.

En este trabajo se aborda el Estudio de Caso aplicado a una usuaria a quien se le contactó mediante la visita domiciliaria realizada en el Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC), durante la práctica clínica de la Especialización en Enfermería en Salud Mental, detectándole alteración de los Patrones Funcionales afrontamiento-tolerancia al estrés y rol-relaciones, según el modelo de Marjory Gordon, tras padecer la pérdida de dos familiares (un sobrino y un hermano), así también se identificó que la usuaria presenta emociones displacenteras generadas por la decepción sentida por la conducta de una de sus nietas.

El contenido se presenta en nueve apartados: el primero describe el objetivo general y los objetivos específicos; en el segundo se encuentra la fundamentación que cita los antecedentes referentes a la Salud Mental Comunitaria, así como algunos estudios relacionados con las emociones.

El tercer apartado contiene el marco conceptual donde se aborda brevemente la evolución de enfermería y su definición según Nightingale, Henderson y la Asociación Americana de Enfermeras (American Nurse Association); se mencionan los paradigmas de la categorización, de la integración y de la transformación, cada paradigma señala su propio concepto de persona, cuidado, salud y entorno; se alude a la Teoría de enfermería según Marjory Gordon, el proceso de enfermería y sus distintas etapas, así como información relacionada con emociones, duelo, afrontamiento, ciclo vital y entrevista motivacional.

En el apartado cuatro se encuentra la metodología empleada y se señalan las estrategias de investigación, la selección del caso y la fuente de información, también se hace referencia a las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta y los instrumentos utilizados durante el desarrollo del Estudio de Caso.

---

<sup>2</sup> Zárate Grajales R.A, Cárdenas Jiménez M, Balan Gleaves C. Opciones para obtener el grado de especialista. UNAM. México. 2008: 5.

El quinto apartado describe la presentación del caso, los datos generales de la usuaria, el padecimiento actual, los antecedentes generales como la salud mental previa, los antecedentes heredo-familiares, los antecedentes personales no patológicos y patológicos y el examen mental.

En el apartado sexto se encuentra la aplicación del proceso de enfermería que describe las actividades efectuadas en las diferentes etapas que lo conforman, destacando las intervenciones específicas de Enfermería Especializada en Salud Mental.

El séptimo apartado incluye el plan de alta elaborado; el octavo apartado presenta las conclusiones que se obtuvieron, los logros y las áreas de oportunidad, finalmente en el noveno apartado se señalan las sugerencias realizadas.



# 1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

## 1.1 General

- Elaborar un estudio de caso aplicando intervenciones de Enfermería Especializada en Salud Mental a una usuaria que presenta alteración de los patrones funcionales afrontamiento-tolerancia al estrés y rol-relaciones, con base en el Modelo de Marjory Gordon, para favorecer el cuidado individualizado, procurar la autonomía y mejorar la calidad de vida de la usuaria.

## 1.2 Específicos

- Identificar los patrones funcionales alterados mediante la valoración con base en el Modelo de Marjory Gordon.
- Jerarquizar los patrones funcionales alterados.
- Establecer mediante el formato Problema, Etiología y Sintomatología (PES) los diagnósticos de enfermería.
- Realizar la planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones de Enfermería Especializada en Salud Mental.
- Describir los resultados del estudio de caso.

## **2. FUNDAMENTACIÓN**

### **2. 1 Antecedentes**

#### **2.1.1 Salud Mental Comunitaria**

El desafío de la salud, según De la Fuente (2011) “es la construcción de una sociedad sana, que haga que el mayor número posible de hombres encuentren condiciones que propicien la actualización de sus potencialidades para la vida...asegurando un nivel de vida aceptable, alimentación adecuada, vivienda higiénica, saneamiento ambiental, educación y acceso a la cultura ”.<sup>3</sup>

La construcción de esta sociedad sana, implica incluir a la salud mental, la cual ha sido relegada. Se estima que el 14% global de la enfermedad es atribuible a los trastornos neuropsiquiátricos (depresión, trastornos asociados con el uso de alcohol y otras sustancias, y psicosis),<sup>4</sup> sin embargo, los diferentes esfuerzos realizados por la OMS y el Banco Mundial para medir el peso global de la enfermedad de la última década del siglo pasado, ha permitido posicionar a la salud mental en la agenda de salud de diferentes países.

La salud mental en la comunidad es ahora una preocupación mundial, autores como Ferro (2010) señala que: “pensar la salud mental en la comunidad requiere integrar el pensamiento individual con el social, el clínico con el epidemiológico, pasando del pensamiento lineal al pensamiento complejo. El desafío más importante es revisar los paradigmas y las conceptualizaciones universales y devolver la salud mental al seno de la sociedad”.<sup>5</sup> Para lograr esto, debemos realizar acciones concretas cada día, no solo en el ámbito laboral, sino también en nuestra vida cotidiana, aún sabiendo que, como cita Malvárez (2011), “la salud mental ha estado olvidada y cristalizada en la historia, abandonada a la política y los recursos sociales, enfrentando progresos y retornos, inmersa en una serie de factores que le son poco favorables como el financiamiento insuficiente, centralización de recursos en grandes

---

<sup>3</sup> De la Fuente Muñiz, R, Heinze G. Salud Mental y Medicina Psicológica. Mc Graw Hill. México, 2011. p 2

<sup>4</sup> Ibidem p 6

<sup>5</sup> Ferro R. Salud Mental y Poder. Un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad. Revista de Salud Pública 2010; 2: 47-62. Disponible en: [http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP10\\_2\\_07\\_art%204.pdf](http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP10_2_07_art%204.pdf). Consultada 17 julio 2015; 9 horas.

instituciones, déficits de personal, debilidades de gestión y conocimientos de salud pública de los dirigentes de salud mental en el mundo”.

No obstante, continúa Malvárez, “los nuevos servicios de salud mental, deben dar atención integral a las personas que padecen sufrimiento psíquico, a los grupos vulnerables y a toda la comunidad. El foco está puesto en la atención comunitaria donde se desenvuelve la máxima complejidad de atención, la coordinación de servicios, la protección y garantía de derechos y libertades y la promoción y prevención. El proceso supone medidas y prácticas políticas, instrumentos legislativos, desarrollo y transferencia de nuevos conocimientos, intersectorialidad e interdisciplina, cierre de hospitales y generación de una red integral de servicios comunitarios de atención”.<sup>6</sup>

Se han desarrollado una serie de propuestas para beneficiar la atención de la Salud Mental Comunitaria, por ejemplo, el Dr. Hugo Cohén, en la conferencia dictada el 18 de abril de 2001, con ocasión del Día Mundial de la Salud, menciona los ocho Principios de Salud Mental Comunitaria,<sup>7</sup> y que a continuación se citan:

**Primer principio: "Necesidad de rescatar los recursos de salud presentes en las personas".** Hace alusión a que las personas tienen la capacidad de escuchar a otros en la convivencia ordinaria o hablar sobre alguna aflicción y muchas ocasiones sentir que estas sencillas acciones producen algún alivio.

**Segundo principio: “La noción de Crisis”.** Describe que todos los individuos, desde que nacen, atraviesan por crisis, algunas son propias del desarrollo y otras son inesperadas, pero de una u otra manera se afrontan esas crisis.

---

<sup>6</sup> Malvárez, S. Salud Mental Comunitaria: trayectoria y contribuciones de Enfermería. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria 2011; 4 (2): 25.  
Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/238/RIdEC.v4n2.22.Especialidades-2.pdf>. Consultada 16 julio 2015; 11 horas.

<sup>7</sup> Psiquiatría comunitaria en línea.

Disponible en: <http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/wfdownloads/singlefile.php?cid=2&lid=261>. Consultada 12 junio 2014; 21 horas.

**Tercer principio: "La dimensión de lo técnico, lo político y lo social".**

Menciona que en cuanto a lo técnico, se deben repensar las prácticas y conductas para extraer lo que es útil para aplicar en los nuevos escenarios y actualizar los conocimientos; referente a lo político, la importancia de que los legisladores y autoridades aprueben la legislación correspondiente y reconsideren los cambios precisos para proveer de recursos necesarios; en lo social, provocar nuevas concepciones de los trastornos mentales, partiendo de las propias familias de los afectados, orientarles para que busquen una atención acorde y que sepan que hay posibilidades de recuperarse como de cualquier otro problema de salud atendido en el sistema de salud. En este principio se destaca la importancia de que estas tres dimensiones (técnica, política y social) se articulen, interactúen y avancen juntas.

**Cuarto principio: "La necesidad de socializar los conocimientos".**

El profesional de salud debe entender y saber qué hacer cuando una persona está en crisis y cómo ayudarla, asimismo debe difundir ("socializar") esos conocimientos, a fin de que todos los miembros de la comunidad, incluyendo a las familias que tienen un integrante que está en crisis o presenta algún problema de salud, sepan qué hacer.

**Quinto principio: "Niveles de complejidad".**

Se explica mediante la Pirámide de Goldberg, que tiene una base, donde se encuentra el primer nivel de salud que serían las unidades y los centros de salud, las casas de salud; un nivel intermedio, donde se ubica el segundo nivel, ahí estarían los hospitales generales y finalmente en el vértice, los hospitales de especialidades, donde se incluye el hospital psiquiátrico. Cohén afirma que en el campo de la Salud Mental Comunitaria (ubicado en el primer nivel) es donde se requieren los mayores esfuerzos, creatividad, inteligencia, capacidad e inversión de recursos, pues es en la comunidad donde la persona desarrolla su vida todos los días.

**Sexto principio: "Necesidad de transformar nuestras propias mentes".**

Hace referencia a que independientemente de contar o no con un título o diploma universitario, nuestras conductas, por ejemplo, en el ámbito laboral, deben ser sin maltrato ni autoritarismo hacia los otros.

**Séptimo Principio: "La necesidad de crear nuevas representaciones sociales respecto a la locura".** Este gran cambio surge de la posibilidad de construir una nueva práctica de atención, reflejo de una nueva concepción en salud mental, donde se ofrezca a la comunidad nuevas alternativas como casas de medio camino, hospitales de día, hospitales de noche, etc. y hacer un cambio cultural que nos incluye a todos.

**Octavo principio: "La idea de Rehabilitación".** En la medida que seamos capaces de producir instancias de rehabilitación insertas en la cotidianeidad de los individuos, donde viven, donde trabajan, donde estudian, más cerca se estará de poder ayudar a la rehabilitación. Se debe proveer de instrumentos que le permitan a la persona vivir en sociedad, insertándose en forma efectiva. Se pretende lograr el grado máximo de autonomía posible de cada individuo, potenciar al máximo sus habilidades y capacidades. La idea de la Salud Mental Comunitaria es ayudar a reorganizar la vida de las personas en todas sus facetas, desde el hacer un trámite en el banco, cobrar la pensión, hasta poder elegir su vestimenta, tener una vivienda digna, etc.

El énfasis en la rehabilitación psicosocial es importante pues permite orientar las intervenciones del equipo de salud y lograr la recuperación de las personas, Fernández (2010) señala que el concepto de recuperación es un constructo complejo que implica un aumento de funcionamiento psicosocial y apoyo recibido, una disminución de las fuentes de estrés, una mejora del funcionamiento deficiente, así como poner freno al deterioro de la calidad de vida incorporando los recursos disponibles. Recuperarse no quiere decir que el trastorno haya desaparecido, ni que el funcionamiento se haya restablecido plenamente, sino que es un proceso único y personal que implica cambio de actitudes, valores, sensaciones, objetivos, habilidades y roles. Conlleva la recuperación del estigma, de la falta de recursos, de las contrariedades de la vida y de otras dificultades.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Jaime A. Fernández, Rafael Touriño, Natalia Benitez, Cristina Abelleira. (Editores). Evaluación en Rehabilitación Psicosocial. Valladolid. FEARP, 2010. P 15-25

Hoy sabemos de grandes esfuerzos por mejorar la organización de los servicios en torno a la salud mental, algunas propuestas citadas en el Informe sobre la salud en el mundo 2001, (OMS), señalan la necesidad de reducir gradualmente la atención prestada en hospitales psiquiátricos; desarrollar paralelamente los servicios de salud mental en la comunidad e integrar los servicios de salud mental en la atención de salud general. Esto debe hacerse en varios frentes: educación de los profesionales y los agentes de salud, cierre de las instituciones psiquiátricas que perpetúan y refuerzan el estigma, prestación de servicios de salud mental en la comunidad, entre otras.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Secretaría de Salud. Subsecretaría de prevención y Promoción de la Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012 Salud Mental. Disponible en: [http://salud.chiapas.gob.mx/doc/biblioteca\\_virtual/programas/Programa\\_accion\\_especifico\\_salud\\_mental.pdf](http://salud.chiapas.gob.mx/doc/biblioteca_virtual/programas/Programa_accion_especifico_salud_mental.pdf). Consultada 21 julio 2015; 9 Hrs.

### 2.1.2 Estudios relacionados con Emociones:

Es propio de la naturaleza humana poseer una serie de emociones, ya sea placenteras o displacenteras que integran a diario el cotidiano vivir, éstas emociones requieren estar en equilibrio a fin de conservar la salud; Sánchez Aragón y Sánchez Ruiz (2009) en su estudio: “Correlatos cognoscitivos, afectivos y conductuales de la tristeza, el enojo y el miedo”<sup>10</sup> plantean que las emociones causan en los seres humanos un impacto que puede ir de lo placentero a lo displacentero, lo cual genera diversas experiencias emocionales que facilitarán u obstaculizarán el flujo normal de la vida diaria de los individuos. Emociones como la tristeza, el enojo y el miedo se tornan importantes, pues crean respuestas de reflexión, de defensa y de alerta que forman parte de las formas de enfrentamiento ante eventos de la vida cotidiana. Con base en ello, exploraron en 105 adultos de la ciudad de México su experiencia de las emociones básicas, descritas por medio de varias preguntas abiertas y analizadas en su contenido. Los resultados señalan similitudes y diferencias en torno a los componentes cognoscitivo, afectivo, conductual y fisiológico en emociones de valencia negativa. Por otra parte, Piqueras (2009), sostiene que las emociones negativas constituyen actualmente uno de los principales factores de riesgo para contraer enfermedades físicas y mentales.<sup>11</sup>

Rojas Cañamero (2009) señala que en investigaciones recientes se ha vinculado directamente las emociones con enfermedades crónicas, tales como la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares y aquellas que afectan al sistema inmunológico. Las emociones negativas generan daño orgánico porque el cerebro interpreta dichas emociones como amenazas negativas y gatilla el sistema neurohormonal del cuerpo liberando hormonas y sustancias químicas como la adrenalina y el cortisol. La activación constante de este mecanismo produce, con el

---

<sup>10</sup> Sánchez Aragón R, Sánchez Ruiz A. Correlatos cognoscitivos, afectivos y conductuales de la tristeza, el enojo y el miedo. Revista Costarricense de Psicología 2009; 28 (41-42): 41-47.

<sup>11</sup> Piqueras Rodríguez J, Ramos Linares V, Martínez González A, Oblitas G, Luis A. Emociones Negativas y su impacto en la salud mental y física Suma Psicológica, 2009; 16: 85-112. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131007.pdf>. Consultada 01 mayo 2015; 15 horas.

tiempo, alteraciones en diferentes órganos y sistemas. Las emociones negativas afectan la salud.<sup>12</sup>

En otro estudio, Berenzon y Mora-Ríos (2005), sostienen que los malestares y padecimientos siempre se reflejan tanto en el ámbito emocional como físico, por ejemplo, en la población aborigen de Canadá existe una creencia muy arraigada de que cuando se experimenta angustia, hay un desequilibrio, si este es demasiado grande, la salud se resiente, ya sea a nivel del cuerpo, el espíritu, las emociones o la mente y además señalan que los hallazgos de este trabajo reiteran la importancia de la propuesta realizada por la Federación Mundial de la Salud Mental, en el sentido de que es necesario reconocer la relación integral entre la salud física y la salud mental y alentar la creación de un cuidado y tratamiento del cuerpo como totalidad.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Rojas Cañamero R. Seres de Luz y oscuridad [Resumen]. Palabras mayores, un espacio de conocimiento e información del adulto mayor. Revistas pucp 2009; 2 (3): 2.

<sup>13</sup> Berenzon Gorn S, Mora Ríos J. Los padeceres emocionales cotidianos: percepciones y creencias en dos poblaciones de la Ciudad de México. Investigación en salud 2005; 7 (3):



### 3. MARCO CONCEPTUAL

#### 3.1 Conceptualización de la enfermería

La conceptualización incluye el abordaje de aquellos factores biológicos, del comportamiento, sociales y culturales que tienen influencia en la salud y la enfermedad.<sup>14</sup> Enfermería es a la vez una disciplina que tiene un cuerpo de conocimientos que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud; también es una profesión que se interesa en las actividades que desarrollan y canalizan sus practicantes para lograr la promoción y el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos.<sup>15</sup>

Desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, no era considerada como ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería. Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, con la publicación del libro “Notas de Enfermería” de Florence Nightingale en 1852, se sentó la base de la enfermera profesional, en su libro Florence intentó definir la aportación específica de enfermería al cuidado de la salud.<sup>16</sup>

La disciplina de Enfermería no fue creada por sí misma, surgió dentro del contexto de otras disciplinas y uno de sus propósitos es facilitar el conocimiento necesario y suficiente que deben utilizar los profesionales en la práctica. Enfermería cuenta con educadores y académicos cuya función es entender y disseminar hechos sustantivos del conocimiento de enfermería, de manera que se expanda y se apruebe a través de la investigación. Igualmente la profesión cuenta con enfermeros (as) en ejercicio, que son quienes proveen servicio y están comprometidas con la práctica clínica,

---

<sup>14</sup> Balan Gleaves C. Franco Orozco M. Teorías y Modelos de Enfermería. Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología. UNAM. México, 2009: 7.

<sup>15</sup> *Ibidem* p 12.

<sup>16</sup> Llamas Cadavid M. Enfermería en la actualidad (30 de marzo 2009).

Disponible en <http://enfermeriaenlaactualidad.blogspot.mx/2009/03/enfermeriaconcepto.html>. Consultada 14 enero 2014;15 horas.

haciendo un trabajo de intercambio y de participación entre diferentes disciplinas asociadas con enfermería.<sup>17</sup>

La disciplina de enfermería está conformada por: la ciencia de enfermería que es el cuerpo de conocimientos científicos que guía la práctica de enfermería; y por los fundamentos profesionales que son los conocimientos acerca de la orientación de los valores de la profesión, la naturaleza de la práctica clínica y de los fundamentos históricos y filosóficos de la profesión y de la práctica profesional.<sup>18</sup>

Nightingale señala que *“Enfermería es cuidar y ayudar al paciente que sufre de alguna enfermedad a vivir, lo mismo que la enfermería de la salud es mantener o lograr que la salud de cualquier niño o persona sana se mantenga y no sea susceptible a la enfermedad”*.<sup>19</sup>

Virginia Henderson (1960) definió enfermería como *“la asistencia o cuidado al individuo sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a la recuperación de la misma (o a una muerte tranquila y digna), y que las podría ejecutar el paciente por sí mismo si tuviera la capacidad, el deseo y el conocimiento”*.<sup>20</sup>

La Asociación Americana de Enfermeras (American Nurse Association), define a la Enfermería como *“el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales”*.<sup>21</sup> Y de forma más reciente la precisa como *“la práctica, la promoción y optimización de la salud y sus habilidades, previene la enfermedad y el daño, alivia el sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas, y tiene la defensa del cuidado de los individuos, familias, comunidades y población en general”*.<sup>22</sup>

---

<sup>17</sup> *Ibidem* p 15.

<sup>18</sup> *Ibidem* p 17

<sup>19</sup> *Ibidem* p 36

<sup>20</sup> *Ibidem* p 37

<sup>21</sup> Hernández Cortia A. Guardado de la Paz C. La enfermería como disciplina profesional holística. Rev Cubana Enfermer 2004; 20 (2)

<sup>22</sup> Urra E. Avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina. Cienc. Enferm. Chile 2009;15 (2):9-18

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.<sup>23</sup>

El propósito de las enfermeras es promover la salud y el bienestar de las personas en cualquier situación del proceso vital. El arte de enfermería es la utilización creativa de la ciencia para el mejoramiento humano.<sup>24</sup>

Llamas Cadavid (2009) cita a Fons Dekkers: “El ideal es que las enfermeras no trabajen a las ordenes de un médico, sino que ambos sean cabezas visibles de un equipo”...“dejemos que la Enfermera tenga capacidad de gestionar directa y libremente los cuidados enfermeros, de manera integral y coordinada dentro de un equipo multidisciplinar con la mejor calidad y eficiencia posible, por el bien de los propios ciudadanos que componen la sociedad de nuestro entorno”.<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> OMS/ Enfermería.

Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>. Consultada 11 enero 2014; 14 horas.

<sup>24</sup> Op. Cit. Balan Gleaves p 39.

<sup>25</sup> Llamas Cadavid M. Enfermería en la actualidad (30 de marzo 2009).

Disponible en: <http://enfermeriaenlaactualidad.blogspot.mx/2009/03/enfermeriaconcepto.html>. Consultada 14 enero 2014; 15 horas.

## 3.2 Paradigmas

Un paradigma es un conjunto de normas que definen un estilo, un método, una cosmovisión o visión desde una macroestructura que es utilizada por los subsistemas y sistemas humanos.<sup>26</sup> Los paradigmas en la profesión de enfermería tienen un modo de actuar, lo que conlleva que en la medida que se van logrando conocimientos propios en la práctica e investigación de enfermería, se van encaminando al desarrollo de la base teórica de la profesión. Esto permite la generación de conocimientos tanto emanados de la práctica como de la teoría, vinculando las interrelaciones que se efectúan entre los elementos del paradigma enfermero y los resultados que puedan conducir al descubrimiento e incremento de los saberes propios de la disciplina científica.<sup>27</sup>

En el área de la ciencia enfermera se ha propuesto una terminología específica de los paradigmas, a continuación se describirán brevemente los paradigmas de la categorización, de la integración y de la transformación, incluyendo en cada uno de ellos el concepto de cuidado, persona, salud y entorno.

### **Paradigma de la Categorización:**

En el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad.<sup>28</sup> El paradigma de la categorización ha inspirado dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública, que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

---

<sup>26</sup> Triviño V. Z. Sanhueza O. Paradigmas de investigación en enfermería. *Cienc. Enferm.* 2005; 11 (1).

<sup>27</sup> Martínez González L, Olvera Villanueva G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2011; 19 (2): 105-108

<sup>28</sup> *Ibidem* 106.

En la orientación centrada en la salud pública, se considera a la **persona** según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y responsabilidad para cambiar y mejorar las condiciones de vida personales y comunitarias. En cuanto al **entorno** se menciona que si el aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, el agua pura, la tranquilidad y una dieta adecuada permiten a la persona que sufre movilizar sus energías hacia la curación y a la que goza de salud, conservarla, luego, estos factores del entorno son válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad. La **Salud** no es solamente lo opuesto a la enfermedad, sino que significa la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos. El **cuidado** es a la vez un arte y una ciencia que requiere una preparación formal a fin de contar con enfermeras competentes.

En la orientación hacia la enfermedad, el cuidado está enfocado hacia los problemas, los déficit o las incapacidades de las personas. La enfermera delimita las zonas problemáticas que son de su competencia, su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir los déficit y ayudar a los incapacitados, se puede decir que no se invita a la persona a participar en los cuidados de sí misma. La **persona** se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente, se puede separar la dimensión biológica de la dimensión psicológica. La **salud** es un equilibrio altamente deseable, se percibe como positiva, mientras que la enfermedad se percibe como negativa. La salud es sinónimo de ausencia de enfermedad. La muerte y la enfermedad se deben combatir a cualquier precio. El **entorno** es un elemento separado de la persona. El entorno es físico, social y cultural. En general es hostil al ser humano.

### **Paradigma de la integración:**

En este paradigma hay una orientación hacia la persona (1950 y 1975), la cual está marcada por dos hechos importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación. El **cuidado** va dirigido a mantener la

salud de la persona en todas sus dimensiones: salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Intervenir significa actuar con la persona a fin de responder a sus necesidades. La **persona** es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, es un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual y puede influenciar los factores preponderantes de su salud para gozar de un bienestar óptimo. La **salud** y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. La salud es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en que vive la persona. El **entorno** está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc.) en los que la persona vive y pueden influir de forma positiva o negativa en el cuidado de la salud de las personas.<sup>29</sup>

### **Paradigma de la transformación:**

Este paradigma se considera ser el más innovador y desarrollado, se piensa que “es la base de una apertura de la ciencia de enfermería hacia el mundo y que ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera”.<sup>30</sup> La apertura hacia el mundo tuvo lugar en la mitad de la década de los años 70, entre otros factores de importante relevancia a nivel internacional, está el surgimiento de la declaración de Alma-Ata por la OMS, en donde la propuesta es que la población se vuelva agente de su propia salud, participando en ella como un compañero con el mismo grado que los profesionales de la salud.

La **persona** es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad y es indisociable de su universo. Tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo, creando un modelo dinámico de relación mutua y simultánea con el entorno, la persona reconoce la influencia del entorno sobre ella y evoluciona en la búsqueda de una calidad de vida que define según su potencial y

---

<sup>29</sup> *Ididem.* p 69-70.

<sup>30</sup> Op. Cit. Martínez González. p 106.

sus prioridades. El **cuidado** va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define. La enfermera, habiendo acumulado diversos conocimientos, se adelanta a la manera de ver esta persona. La acompaña en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino. Utiliza todo su ser, incluida una sensibilidad que comprende elementos más allá de lo visible y palpable. La **salud** es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. También hace referencia al bienestar y a la realización del potencial de creación de la persona. La experiencia de la enfermedad forma parte de la experiencia de la salud, y la salud va más allá de la enfermedad siendo un aspecto significativo del proceso de cambio de la persona. El **entorno** está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella y están en constante cambio, mutuo y simultáneo. Cuidar a una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, de sus creencias, de sus convicciones.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Op. Cit. Balan Gleaves. p 71 –74.

### 3.3 Teoría de Enfermería según Marjory Gordon

La primera Teoría de Enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos, cada uno de ellos aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado. El Estudio de Caso desarrollado en este trabajo ha sido incluyendo la valoración de las personas según los 11 patrones funcionales del Modelo de Marjory Gordon.

Marjory Gordon, doctora en enfermería por el Boston College, se le considera una de las pioneras y principales impulsoras del lenguaje de enfermería estandarizado, basado en Diagnósticos Enfermeros de ámbito internacional. Esta teórica define los patrones como *“una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología”*.<sup>32</sup>

Los 11 patrones funcionales tienen la característica de conducir de forma lógica al diagnóstico enfermero, contemplan al paciente de forma holística y recogen toda la información necesaria del paciente, familia y entorno.<sup>33</sup>

De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recolección de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales. Se deben evitar las connotaciones morales (bueno-malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado de patrón.

---

<sup>32</sup> Álvarez Suárez J, Del Castillo Arévalo Fernanda, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. Manual de Valoración de patrones funcionales. Comisión de Cuidados. Dirección de Enfermería de atención primaria. Asturias. 2010.

<sup>33</sup> Colon L. Enfermería a la vanguardia. (20 junio 2010).

Disponible en: <http://luzcolonenfermeria.blogspot.mx/2010/06/los-patrones-funcionales-de-marjory.html>. Consultada 11 enero 2014; 22 horas.



Los 11 patrones son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, no deben ser entendidos de forma aislada; la interrelación que se da entre ellos es lógica, las personas somos un todo sin compartimentar, todo influye en todo (el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, las creencias, etcétera). Algunos patrones comparten información y ciertos datos pueden estar presentes en más de un patrón, no siendo necesario registrarlos de forma repetida.

Los patrones que son funcionales, eficaces, describen un nivel óptimo de funcionamiento, implican salud y bienestar. Los patrones disfuncionales o potencialmente disfuncionales, es decir alterados o en riesgo de alteración, describen situaciones que no responden a las normas o a la salud esperadas de una persona, se definen como problemas de salud, limitan la autonomía del individuo, la familia y/o la comunidad.<sup>34</sup>

Patrones funcionales:

Patrón 1: Percepción-manejo de la salud: Hace referencia a cómo percibe el individuo su salud y bienestar, evalúa las prácticas preventivas de enfermedad que realiza el paciente, las prácticas como aseo personal, alimentación sana, evitación del tabaquismo, etc.

Patrón 2: Nutricional-metabólico: Evalúa en el paciente sus costumbres en cuanto a la ingesta de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas de éste. El patrón explora a través de preguntas y la observación las posibles dificultades que se puedan presentar en la ingesta de alimentos y líquidos del paciente.

Patrón 3: Eliminación: Describe la función excretora intestinal, urinaria y de la piel, al igual que todos los aspectos que tienen que ver con ella; es decir que también describe rutinas personales y características de las excreciones.

---

<sup>34</sup> Op. Cit. Álvarez Suárez. p 7.

Patrón 4: Actividad-ejercicio: Se refiere a las habilidades y capacidades de movilidad autónoma y actividad para la realización de ejercicios del individuo, este patrón también estudia las costumbres de ocio y recreación del paciente.

Patrón 5: Sueño-descanso: Describe los patrones de sueño, descanso y relajación a lo largo del día que tiene un individuo; al igual que evalúa las formas y costumbres que tiene el paciente para conciliar el sueño.

Patrón 6: Cognitivo-perceptual: Se refiere a las capacidades sensorio-perceptuales y cognitivas del paciente, explora funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas que sean adecuadas, comprobando si existe alguna prótesis auditiva o si el paciente requiere lentes de algún tipo. En el caso de los demás sentidos se evalúa la sensibilidad al frío, al calor y a los olores. Este ítem estudia y determina si existe dolor al igual que comprueba las capacidades cognitivas relativas a la memoria, el lenguaje, juicio, comprensión de ideas y conciencia de la realidad.

Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto: Describe cómo se ve a sí mismo el paciente, qué piensa de su imagen corporal, cómo percibe lo que ven los demás, evalúa la identidad del paciente al igual que las manifestaciones de lenguaje ya sea verbal o no verbal, sus sentimientos y pensamientos.

Patrón 8: Rol-relaciones: Valora las relaciones de la persona a cuidar con el resto de personas que le rodean, el papel que ocupan en la sociedad y las actividades que realizan; además evalúa el rol que desempeña el paciente dentro de su núcleo familiar buscando analizar las obligaciones que éste debe asumir dentro de su familia.

Patrón 9: Sexualidad-reproducción: En las mujeres se valora la edad de inicio de la menstruación, períodos regulares, dolores, métodos anticonceptivos, embarazos, gestaciones, abortos, pérdida de la libido, menopausia, antecedentes de cáncer de mama. En los hombres se valoran los métodos anticonceptivos utilizados, antecedentes de torsión testicular, problemas prostáticos, de impotencia, además este ítem busca valorar los patrones de satisfacción con la sexualidad.

Patrón 10: Adaptación-tolerancia al estrés: Evalúa los niveles de adaptación y tolerancia al estrés, incluyendo la capacidad de resistirse a amenazas hacia la propia integridad, formas de manejo del estrés, sistemas de apoyo familiares o individuales, todo siempre enfocado a la capacidad que se percibe tiene el paciente para manejar ciertas situaciones.

Patrón 11: Valores-creencias: Incluye los valores más importantes que rigen la vida de la persona, como sentido de responsabilidad, respeto, compañerismo, la familia; además, evalúa las creencias espirituales y las expectativas que estas generan con respecto a la salud individual.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> Op. Cit. Álvarez Suárez J. pp 9-27.

### 3.4 Proceso de Enfermería

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona -o grupo de personas- responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.<sup>36</sup> Proporciona una estructura para la práctica de enfermería, un marco en el que los/las enfermeros/as utilizan el conocimiento y las habilidades para expresar el cuidado de las personas.<sup>37</sup>

Permite un acercamiento más profundo con la realidad que vive una persona, con la finalidad de conocer aspectos de su vida de tipo social, económico, biológico y del medio en que se desarrolla, logrando identificar problemas o necesidades actuales o potenciales, clasificarlos por prioridad y planificar u organizar el abordaje que se dará a las mismas.<sup>38</sup> Está constituido por cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación de los cuidados, ejecución de los cuidados y evaluación.

**Valoración:** Comprende la recolección, validación, organización y registro de la información con base en el enfoque teórico seleccionado, sobre el estado de salud de la persona, a través de diversas fuentes primarias y secundarias, valiéndose de diferentes técnicas e instrumentos específicos de cada especialización.

**Diagnóstico de Enfermería:** Analizar los datos obtenidos en relación con los siguientes objetivos: identificar problemas y etiología, estilo de vida habitual del paciente y su forma de afrontar los problemas, determinar qué problemas pueden ser tratados de forma independiente por la enfermera y cuáles requieren asesoramiento de otros profesionales del cuidado de la salud.

**Planeación de los cuidados:** En esta fase se establecen los cuidados que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas identificados a

---

<sup>36</sup> Proceso de Enfermería.

Disponible en <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/enfermeria.PDF>. Consultada 12 enero 2014; 19 horas.

<sup>37</sup> Wilkinson J, Ahern N. Manual de diagnósticos de Enfermería. 9ª edición. Ed. Pearson Prentice Hall. Madrid 2008: 3.

<sup>38</sup> Coto Vargas N, Molina Chaves R, Rivera Soto R. Intervención de enfermería obstétrica: un estudio de caso. Rev. Enfermería actual en Costa Rica (en línea) 2009; (16): 1-21.

través del establecimiento de prioridades, el planteamiento de los objetivos de la persona con resultados esperados, los objetivos de la enfermera, la elaboración de las intervenciones de enfermería y la documentación del plan de cuidados.

**Ejecución de los cuidados:** Es la puesta en práctica del plan de cuidados elaborado, incluye a la persona, a la familia y a los miembros del equipo. Implica: continuar con la recolección de datos y valoración de los mismos, realizar los cuidados, hacer las anotaciones pertinentes, dar informes verbales sobre el plan y mantenerlo actualizado.

**Evaluación:** requiere del análisis de los resultados esperados y un juicio sobre la evolución de la persona hacia la consecución de los resultados esperados, esta fase puede ser el punto de partida para una valoración focalizada, replanteamiento de los diagnósticos de enfermería y la planificación de los cuidados.<sup>39</sup>

Cuando las enfermeras aplican esta metodología durante el proceso de atención de enfermería se incrementa la calidad de los cuidados, fomenta el establecimiento y planificación de objetivos mutuos, permite crear un plan de cuidados centrado en respuestas humanas, representa un plan terapéutico que pueden emplear las enfermeras para tratar a la persona como un todo. El enfermo puede participar en el desarrollo de su propio plan de cuidados y en la toma de decisiones relativas a su cuidado de salud. En la medida en que se modifican las necesidades del paciente o se van resolviendo los problemas, es posible favorecer el cuidado integral al enfermo.<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup> Op. Cit. Zárate Grajales. p 5-6

<sup>40</sup> Proceso de Enfermería.

Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/enfermeriaPDF>. Consultada 12 enero 2014; 19 horas.

### 3.5 Emociones

Se aplica la palabra emoción para describir todo estado, movimiento o condición por el cual el hombre advierte el valor o importancia que una situación determinada tiene para su vida, sus necesidades o sus intereses. Las emociones, señala Yankovic, (2011) pueden ser consideradas como la reacción inmediata del ser vivo a una situación que le es favorable o desfavorable; es inmediata en el sentido de que está condensada y, por así decirlo, resumida en la tonalidad sentimental, placentera o dolorosa, la cual basta para poner en alarma al ser vivo y disponerlo para afrontar la situación con los medios a su alcance.<sup>41</sup>

Piqueras (2009) define a las emociones como reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, estas reacciones producen cambios en la experiencia afectiva, en la activación fisiológica y en la conducta expresiva; emociones como la alegría, el miedo, la ansiedad o la ira son emociones básicas que se dan en todos los individuos de las más diversas culturas, poseen un sustrato biológico considerable, son esencialmente agradables o desagradables, nos activan y forman parte de la comunicación con los demás y a su vez pueden actuar como poderosos motivos de la conducta.<sup>42</sup>

Otra forma de entender la emoción es como una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo, también se define como una experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable. Todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal.<sup>43</sup>

---

<sup>41</sup> Yankovic B. Emociones, sentimientos, afecto. 2011. El desarrollo emocional. Disponible en: [http://www.educativo.utalca.cl/medios/educativo/profesores/basica/desarrollo\\_emocion.pdf](http://www.educativo.utalca.cl/medios/educativo/profesores/basica/desarrollo_emocion.pdf). Consultada 29 abril 2015; 22 horas.

<sup>42</sup> Op. Cit. Piqueras p 2..

<sup>43</sup> Chóliz Montañés M. Psicología de la emoción. Disponible en: <http://www.uv.es/~cholz/Proceso%20emocional.pdf>. Consultada 12 enero 2014; 21 horas.

Existen diferentes tipos de emociones, las hay desde sentir dolor o placer, o bien felicidad o tristeza, hasta clasificaciones más amplias que incluyen también amor, desaliento, desesperación, esperanza, ira, miedo, odio, tristeza, valor, aversión, congoja, deseo, desprecio, júbilo, orgullo, sorpresa y vergüenza, entre otras. Así como las emociones gratas producen placer, las emociones no gratas producen displacer, el cual puede ir desde una leve molestia o irritación, hasta la furia, la ira y que está acompañada de una substancial excitación del sistema nervioso autónomo.

La emoción del enojo inicia por un evento no placentero que provoca reacciones fisiológicas internas, reacciones motoras involuntarias, cambios faciales y pensamientos y recuerdos que llegan en el momento del evento no placentero, también es exteriorizado en las siguientes formas: gritar, debatir, intentar a la fuerza, modificar actitudes y conductas que muchas veces, obtienen el éxito deseado.

La expresión del enojo comprende tres elementos: a) el enojo afuera, que es la expresión hacia otras personas u objetos en el ambiente, b) el enojo adentro, el cual está dirigido hacia intentar, reprimir o suprimir los sentimientos que produce dicha experiencia y c) el control del enojo que se refiere a las diferencias individuales de la medida en que diferentes personas tratan de controlar la expresión.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> Sánchez Aragón R, Sánchez Ruiz A. Correlatos cognoscitivos, afectivos y conductuales de la tristeza, el enojo y el miedo. Revista Costarricense de Psicología 2009; 28 (41-42): 41-47.

### 3.6 Duelo

El duelo (del latín *dolium*, dolor, aflicción) es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo; o, también, la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida<sup>45</sup>. El dolor por la muerte de un ser querido es una de las cosas que el ser humano está destinado a padecer,<sup>46</sup> el proceso para incorporar la experiencia de la pérdida en la vida de uno mismo dependerá de diversos factores, por ejemplo, la propia personalidad, la influencia cultural, el tipo de relación con la persona fallecida, el rol que fungía el fallecido, las circunstancias de la muerte, etc.

Las variantes emocionales para afrontar el duelo deben individualizarse, algunas personas expresan sus sentimientos de manera abierta a sus familiares y amigos; otros adoptan una actitud más privada y translaboran el dolor por sí mismos,<sup>47</sup> es decir, integran la experiencia en su vida de manera que puedan aprovecharla como una experiencia de vida que les permita seguir adelante en el proceso de vivir.

El proceso de duelo cursa por diferentes etapas, la Dra. Kubler-Ross (1999), señala las siguientes: **Negación**: En esta etapa el individuo no reconoce que ocurrió la pérdida y puede hacerlo para protegerse del dolor psicológico de la realidad.<sup>48</sup> **Rabia**: Cuando ya no es posible continuar negándolo, la actitud es reemplazada por la rabia. Esta fase es particularmente difícil para los familiares, médicos, enfermeras, amigos, etc. La rabia del paciente sale disparada como perdigones, y golpea a todo el mundo. **Pacto o Regateo** (Negociación): En esta etapa el individuo intenta negociar con Dios por una segunda oportunidad, o por más tiempo. La persona reconoce la pérdida, pero mantiene la esperanza de nuevas alternativas, es evidente por declaraciones

---

<sup>45</sup> Gómez-Sancho M. La pérdida de un ser querido, el duelo y el luto. Madrid: Arán Ediciones, 2004.

<sup>46</sup> Mesino González S. Reflexiones sobre el duelo. V Congreso Nacional, Latinoamericano y del Caribe de Bioética. México. 2002. p 707

<sup>47</sup> Slaikou K. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Manual Moderno. México. 1999. p 80.

<sup>48</sup> Townsend M. Fundamentos de Enfermería en Psiquiatría. 4ª edición. Mc Graw Hill. México 2011. p 643.



como “si sólo pudiera...” o “si sólo tuviera...”.<sup>49</sup> **Depresión:** Darse cuenta de la realidad, parece no encontrarse ningún lado luminoso. No hay palabra tranquilizadora que alivie ese estado mental. La mejor ayuda es permitir sentir la aflicción. **Aceptación:** reconciliación con la verdad. No van a sentirse felices, pero tampoco deprimidos o furiosos.<sup>50</sup>

Se podrá identificar que el duelo ha sido superado cuando la persona es capaz de liberarse de los lazos con la persona fallecida, se reajuste al ambiente en donde la persona fallecida ya no está y pueda formar nuevas relaciones,<sup>51</sup> de igual forma pueda ver el futuro más esperanzador, vuelva a tomar el ritmo normal de su vida y afronte los nuevos retos en el cotidiano vivir.

---

<sup>49</sup> *Ibidem* p 644.

<sup>50</sup> Kubler-Ross E. La rueda de la vida. Ed. Grafos S.A. Bilbao 1999. p 217-219

<sup>51</sup> Op Cit Mesino p 708

### 3.7 Afrontamiento

El afrontamiento tiene que ver con los recursos emocionales, conductuales, sociales e intelectuales que la persona tiene para hacer frente a diferentes situaciones, Lazarus y Folkman (1980) lo definen como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”<sup>52</sup>. El afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos o psicosociales que el individuo utiliza para hacer frente a situaciones estresantes, es un proceso cambiante, con influencia del contexto sociocultural y los rasgos de personalidad.

El afrontamiento, cita Macías y colaboradores (2013), puede darse en dos direcciones: el que está dirigido a la emoción y el que está dirigido al problema, en el primero, el individuo evalúa y nota que no puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes del entorno, por lo que recurre a un grupo de procesos cognitivos con los que intenta disminuir la alteración emocional, como son la evitación, minimización, distanciamiento, entre otras. En el afrontamiento dirigido al problema el individuo evalúa las condiciones como susceptibles de cambio y se enfoca en definir el problema y buscar solución. En el afrontamiento pueden utilizarse estrategias de carácter funcional o disfuncional<sup>53</sup>, dependerá de los recursos de cada individuo, sin embargo, se busca que los mecanismos de afrontamiento permitan mejorar la calidad de vida del sufriente, disminuir el aislamiento social, aumentar la autoestima, disminuir el estrés y mejorar la salud mental.<sup>54</sup>

---

<sup>52</sup> Nava Quiroz C, Ollua Méndez P, Vega Valero C, Soria Trujano R. Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud* 2010; 20 (2): 213. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Carlos-Nava-Quiroz.pdf>. Consultada 27 julio 2015; 10 horas.

<sup>53</sup> Macías A, Madariaga Orozco C, Valle Amarís M, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe* 2013; 30 (1): 125. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>. Consultada 27 julio 2015. 10 horas.

<sup>54</sup> Meza Dávalos E, García S, Torres Gómez A, Castillo L, Suárez S, Martínez S. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico – Quirúrgicas* 2008; 13 (1): 28.31

### 3.8 Ciclo vital:

La vida, desde el nacimiento hasta la muerte, se caracteriza por el crecimiento y cambios continuos, el desarrollo puede considerarse como una serie de transiciones o etapas caracterizadas por determinadas tareas o preocupaciones que se deben cumplir para funcionar completamente en la siguiente, para autores como Slaikeu, los límites de edad son algo arbitrarios, puede haber variaciones de una persona a otra sobre la importancia de las preocupaciones específicas relacionadas con cada etapa, estas transiciones son infancia (de 0 a 12 años), adolescencia (de 12 a 18 años), adultez (de 18 a 50 años), madurez (de 50 a 65 años) y vejez (de los 65 años a la muerte).<sup>55</sup>

Así como los individuos pasan por ciertas etapas predecibles, también la familia atraviesa un ciclo vital, y al igual que las tareas del desarrollo en el individuo, cada nueva fase de la vida familiar requiere que sus miembros desarrollen nuevas habilidades y hagan ajustes para encarar nuevos retos, la adaptación exitosa a cualquier etapa requiere que la familia haya dominado tareas anteriores.<sup>56</sup> El ciclo vital familiar, según Slaikeu, inicia con el desapego de los adultos jóvenes, para dar pie a la segunda etapa que es la conformación de familias mediante el matrimonio, la tercera etapa es la familia con niños pequeños, la cuarta etapa la familia con adolescentes, la quinta el desprendimiento de los hijos y abandono del hogar y la sexta es la familia en etapa avanzada de la vida, en esta etapa, se señala la importancia de la “aceptación de los cambios de roles generales, el mantenimiento del funcionamiento propio y/o de la pareja y los intereses al encarar la declinación fisiológica, exploración de nuevas opciones para los roles familiares y sociales, el enfrentarse con la pérdida del cónyuge, parientes y otros compañeros, y preparación para la propia muerte. La revisión de la vida e integración.”<sup>57</sup>

---

<sup>55</sup> Op Cit. Slaikeu p 51-54

<sup>56</sup> Ibidem 56

<sup>57</sup> Ibidem 57

### 3.9 Entrevista Motivacional

La Entrevista Motivacional (EM) es “una herramienta clínica, orientada hacia los objetivos, con una particular atención en el lenguaje que promueve el cambio. Está diseñada para fortalecer la motivación y el compromiso de las personas para lograr un cambio específico a través de la inducción y exploración de las razones que tiene la persona para realizar una modificación a su conducta”. (Miller and Rollnick, 2013). La EM representa todo un estilo de relacionarse con los/las pacientes, está encaminada a promover cambios que convengan a la salud de los/las pacientes en un clima de empatía y cordialidad (Arkowitz, Westra, Miller, Rollnick, 2008).

Los elementos de la EM, de acuerdo al Manual de Entrevista Motivacional (Hernández, 2013) son: Colaboración, que significa acompañar, proporcionar apoyo y crear un ambiente positivo que favorezca el cambio. La aceptación tiene que ver con reconocer el valor de cada persona, verla como un ser humano único y distinto de todos los demás; empatía, involucra desarrollar un interés genuino por comprender la perspectiva a través de la cual la persona ve al mundo; autonomía, involucra el respeto al derecho y capacidad de cada persona de dirigir su vida hacia donde esta elija; afirmación, tiene que ver con el reconocimiento de las fortalezas y esfuerzos realizados de las personas por realizar un cambio. Otro elemento es la compasión, es decir, promover activamente el bienestar de los demás, concediendo prioridad a sus necesidades. La evocación, hace referencia a fomentar las fortalezas y recursos con los que cuenta la persona, promover la generación de ideas, pensamientos y opiniones de las/los pacientes, antes que imponer las propias opiniones respecto al tema abordado. Algunas estrategias son: realizar preguntas abiertas, hacer afirmaciones (refuerzo positivo), escucha reflexiva, resumir, entre otras.<sup>58</sup>

---

<sup>58</sup> Hernández Delgado M. La entrevista motivacional. Elementos para su aplicación. Dirección de tratamiento y Rehabilitación. Subdirección de Consulta Externa. Departamento de Centros de Día. Disponible en: [http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/Manua IEntrevista Motivacional Actualizacion 2013.pdf](http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/Manua%20Entrevista%20Motivacional%20Actualizacion%202013.pdf). Consultada 31 julio 2015; 10 horas.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1 Estrategia de investigación:**

La estrategia se llevó a cabo a través de la aplicación del Estudio de Caso, seleccionándolo de forma aleatoria en la comunidad del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC), en el periodo comprendido de octubre de 2013 a enero de 2014. El motivo de la presentación de este Estudio es por interés académico.

### **4.2 Selección del caso y fuentes de información:**

El Estudio de Caso fue seleccionado en la comunidad del CUEC, que fue uno de los lugares donde se realizaron prácticas clínicas durante el primer semestre de la Especialización de Enfermería en Salud Mental, en este lugar y en estas fechas, también llevaron el desarrollo de su práctica clínica enfermeras que cursaban la Especialización en Salud Pública, juntas realizamos algunas visitas domiciliarias por la comunidad y fue ahí donde se contactó a la usuaria con quien se desarrolla este Estudio.

Se efectuaron seis visitas al domicilio de la usuaria, en las dos primeras se recolectaron datos principalmente por parte de las compañeras de la Especialización en Enfermería en Salud Pública (24 y 28 de octubre 2013), en la tercera se complementó la información de la cédula de valoración de los 11 patrones funcionales de M. Gordon y se aplicó el instrumento para valorar el Apgar Familiar (30 octubre 13); el 15 de noviembre se acude para acordar el seguimiento en el Estudio de Caso y se lleva a cabo el Taller Psicoeducativo “Pérdidas y Duelo”, en esta visita las compañeras de la Especialización de Salud Pública concluyen sus actividades con la usuaria, asimismo se menciona que la tutora clínica de la Especialización de Enfermería en Salud Mental de este campo, EESP. Erceleides Venancio Gómez realiza ésta y las visitas subsecuentes con la alumna para asesorar

y supervisar las intervenciones realizadas; el 13 de diciembre de 2013 se lleva a cabo visita domiciliaria para dar seguimiento a las intervenciones de Enfermería en Salud Mental y finalmente en enero de 2014 se contacta a la usuaria para concluir las intervenciones de Enfermería Especializada en Salud Mental.

De la valoración realizada se detecta a la usuaria "Luisa"\* quien presenta alteración de varios patrones funcionales, al identificarlos y jerarquizarlos se determina que los principales son: afrontamiento-tolerancia al estrés y rol-relaciones según el Modelo de Marjory Gordon.

La Fuente de información fue Directa.

#### **4.3 Consideraciones éticas:**

Respecto a las consideraciones éticas, se solicitó autorización a la usuaria para participar en este Estudio de Caso (Anexo 2), se le explicó el objetivo de la entrevista y las intervenciones de enfermería, se garantizó la confidencialidad de la información, se cambiaron los nombres originales por pseudónimos. Se dio un trato digno y respetuoso, tomando en cuenta los Derechos Generales de los pacientes. De igual forma, las actividades realizadas se desarrollaron en un marco de ética, profesionalismo y humanismo, tomando en consideración el Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México.

#### **4.4 Instrumentos utilizados:**

Para el desarrollo de este trabajo se utilizó la Cédula de valoración de los 11 patrones funcionales, según el Modelo de Marjory Gordon, misma que se adjunta al presente trabajo (Anexo 1). También se utilizó el Apgar Familiar, el Genograma y el Ecomapa, instrumentos que a continuación se describirán brevemente.

\*Se utilizó un pseudónimo para garantizar el anonimato de la informante.

#### 4.4.1 Apgar Familiar

“Es un instrumento, diseñado en 1978 por el Dr. Smilkstein, que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar y permite identificar familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación. El APGAR familiar funciona como un acróstico: **A**daptación (capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas de estrés familiar o periodos de crisis), **P**articipación (implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar), **G**radiente de recurso personal (desarrollo de la maduración física, emocional y autorrealización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo), **A**fecto (relación de cariño que existe entre los miembros de la familia), y **R**ecursos (o capacidad resolutive, es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia).

Para aplicar el instrumento, el cuestionario debe ser entregado al paciente para que responda de forma personal (excepto para quien no sepa leer el entrevistador le ayudará en el llenado). Para cada pregunta se debe marcar solo una X, la respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos: 0 Nunca, 1 Casi siempre, 2 Algunas veces, 3 Casi siempre y 4 Siempre. La interpretación del puntaje será: Normal de 17-20 puntos. Disfunción leve de 16 a 13 puntos. Disfunción moderada de 12 a 10 puntos y disfunción severa menor o igual a 9”.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Suárez Cuba M, Alcalá Espinoza M. Apgar Familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev Med La Paz 2014; 20 (1): 58-57. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci_arttext). Consultada 28 julio 2015; 10 horas.

#### 4.4.2 Genograma

“Es la representación gráfica a través de un instrumento que registra información sobre Estructura y/o composición de una familia y las Relaciones y/o funcionalidad entre sus miembros, de por lo menos tres generaciones. Mediante el uso de símbolos permite al entrevistador recoger, registrar, relacionar y exponer categorías de información del sistema familiar, en un momento concreto de su evolución, como si se tratase de una radiografía y/o fotografía y utilizarlo para la resolución de problemas, educación y prevención en salud individual y familiar. Se debe actualizar periódicamente por los cambios que se sucede en el transcurrir del tiempo con la familia. Las figuras (símbolos) representan personas y las líneas describen sus relaciones, por ejemplo el varón se representa con un cuadrado, la mujer con un círculo; los trazos principales son, por ejemplo: una doble línea representa una unión estrecha, una línea quebrada para relaciones pobres o conflictivas, etc.

A través de esta representación podemos observar la composición familiar, las relaciones biológicas y legales de la pareja, el subsistema fraterno (los hermanos), quiénes viven en el hogar, acontecimientos vitales, recursos familiares, redes de apoyo, etc. aunque tiene el inconveniente de que solo refleja la situación de un momento determinado”.<sup>60</sup>

---

<sup>60</sup> Suárez Cuba M. El Genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. Rev Méd La Paz, 2010; 16 (1): 53-57. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmpl/v16n1/v16n1\\_a10.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmpl/v16n1/v16n1_a10.pdf). Consultada 28 julio 2015; 12 horas.



### 4.4.3 Ecomapa

Este instrumento valora el entorno en el que se desarrolla la familia y permite identificar los recursos disponibles, así como los agentes estresores para las familias. Fue desarrollado por Harman en 1975, es de amplio uso y se puede aplicar para hacer valoraciones, planteamiento e intervención (Hartman, 1983). El Ecomapa es “una simulación hecha con papel y lápiz que mapea de una manera dinámica, el sistema ecológico que rodea la persona o familia”.<sup>61</sup> Según Fernández y colaboradores (2011), el Ecomapa representa la constelación familiar y sus conexiones auxiliares en un espacio ambiental, configura la familia espacialmente, en un punto particular en el tiempo en relación con otros que son significativos, y con las organizaciones comunitarias e instituciones.<sup>62</sup>

---

<sup>61</sup> Mora Abarca M, Fandiño Rojas D. El enfoque ecológico de la familia y el trabajo social. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000154.pdf>. Consultada 28 julio 2015; 13 horas.

<sup>62</sup> Fernández Moya J, Escalante Gómez E, Richard Plamero F. Revisitando algunas herramientas de evaluación sistémica. *Perspectivas, Individuo y Sociedad*, 2011; 10 (1): 190-208. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-69242011000100010](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242011000100010). Consultada 28 julio 2015; 11 horas.

## **5. PRESENTACIÓN DEL CASO**

### **5.1 Descripción del caso**

Se trata de una usuaria, a quien se le dio el pseudónimo de “Luisa”, tiene 73 años, vive en unión libre con “Armando” desde hace 22 años, se ocupa del hogar y está jubilada, cursó la primaria incompleta (se desconoce hasta qué grado), practica la religión Católica, nació en el Estado de Guerrero y actualmente reside en el Distrito Federal.

#### **Padecimiento actual:**

En el mes de octubre de 2013, durante la visita domiciliaria “Luisa”, es entrevistada, y entre otra información, comenta que se siente triste y cansada, refiere que el día 21 de octubre de 2013 murió de forma accidental un sobrino cercano, de 22 años, quien vivía en el D.F., y como era originario del Estado de Guerrero, lo trasladaron allá para sepultarlo. La usuaria acudió a esa entidad para asistir al velorio y al sepelio, esto le generó tristeza, dolor emocional, impacto económico y cansancio por el viaje.

El día 01 de noviembre de 2013 muere un hermano de la usuaria y aunque ella sabía que su hermano padecía una enfermedad crónica (retinopatía diabética e insuficiencia renal), la noticia le generó diversas emociones displacenteras: dolor, tristeza, culpa por no haberlo visitado con más frecuencia; nuevamente se traslada a Guerrero, asiste en compañía de sus hijos, pero le preocupaba regresar pronto pues su esposo estaba solo en el Distrito Federal, refiere sentir mucho dolor por ésta última pérdida, pero no puede llorar porque tiene la creencia de que si llora, su hermano no puede descansar en paz.

También la entrevistada comenta, que desde hace algunos años lleva una relación distante con su hija “María”, sin embargo, manifiesta que con la hija de “María”, es decir su nieta, tiene una relación sumamente distante, siente enojo hacia ella, rencor

y no desea ni verla, esto motivado porque la usuaria crío y cuidó a esta nieta como si fuera su hija, la llevaba a la escuela, le daba sus alimentos, tenía su confianza, no obstante, la nieta se embaraza y ahora tiene un bebé de 6 meses, representando una gran desilusión para la usuaria, quien no desea saber nada de ella, no la recibe en su casa. “Siento mucho rencor por la traición” “no quiero verla, para mí como si se hubiera muerto” sic. usuaria.

## **5.2 Antecedentes generales de la persona**

### **Salud Mental previa:**

La entrevistada refiere haber cursado una infancia difícil, su madre murió cuando ella tenía 7 años, su padre se volvió a casar y la madrastra no la quería. Desde muy joven (15 años) sale a trabajar en empleo doméstico, a los 18 años sufre abuso sexual por parte de “Abel”, un señor que vivía en la casa donde la usuaria trabajaba, posterior al abuso la entrevistada decide vivir con “Abel”, “me junté con él porque si uno no era señorita ya no valía para nada” (sic. usuaria). Procreó 3 hijos con “Abel”, mismos que él no reconoció. Posteriormente conoce a “Raúl”, se casa con él y procrea 3 hijos más, “Raúl” reconoció a los 6 hijos como suyos, sin embargo, refiere “Luisa” que llevó una relación difícil con él, hubo limitaciones económicas y maltrato físico y psicológico, sin recibir atención para este maltrato. Se separó de “Raúl” y empezó a trabajar y a dedicarse a la manutención, cuidado y educación de sus hijos, ahora se siente contenta y orgullosa de sus hijos, está jubilada y posee algunos bienes materiales, dice mantener una buena relación con sus hijos, excepto con “María” y con la hija de “María”. Vive desde hace 22 años con su pareja actual, “Armando”, de 81 años, y se siente satisfecha con la relación.

**Antecedentes Heredo-familiares:**

Padre: Finado en 1986 por bronconeumonía.

Madre: Finada a la edad de 32 años por complicaciones obstétricas (aborto espontáneo).

Hermanos: Cuatro hermanos finados, de tres desconoce la causa, uno finado por complicaciones de diabetes mellitus. Tres hermanos con cardiopatía.

**Antecedentes personales no patológicos:**

Habita en casa propia, cohabita con su esposo. Su casa es de concreto, piso de loseta, bien iluminada y ventilada, cuenta con todos los servicios urbanos. Adecuada disposición de excretas. Cuida de una gata y un perico. Refiere que sus hábitos de higiene son adecuados. Comenta que no fuma ni consume alcohol.

Su dinámica familiar la describe como buena, aunque a veces se siente sola porque su esposo es muy callado. Sus hijos la llaman a diario y la visitan con frecuencia, excepto su hija "María" y existe una mala relación con su nieta. Con relación a su trayectoria escolar, la entrevistada refiere que cursó primaria incompleta, "no había posibilidades de ir a la escuela, éramos muchos hermanos y yo tuve que salir a trabajar" (sic. usuaria). Su vida laboral la inició a los 15 años, trabajó en empleo doméstico, posteriormente en una tortillería y después en una joyería. Respecto a su economía, recibe pensión (\$ 3,000.00 a 4,500.00 mensuales), además de otro apoyo social para adulto mayor. Referente a amistades, se percibe como poco sociable, saluda a sus vecinos pero considera que no tiene amistades.

**Antecedentes personales patológicos:**

Crónico degenerativas: Cardiopatía e hipertensión arterial, recibiendo tratamiento para estos padecimientos.

**Antecedentes gineco-obstétricos:**

Menarca a los 14 años, inicio de vida sexual activa a los 18 años, tres parejas sexuales, hace doce años se realizó su último Papanicolaou, mastografía hace 8 años, FUM: 1972, Gestas 6, partos 6, abortos 0, cesárea 0.

**Antecedentes perinatales:**

Producto de 7 gestación, de 10.

Nace por parto vaginal.

Embarazo no planeado.

Refiere que no hubo complicación en su parto.

**Examen mental:**

Usuaría de edad aparentemente similar a la cronológica. Higiene y aliño adecuado. Actitud cooperadora, mantiene contacto visual durante la entrevista. Posición libremente elegida. Orientada en tiempo, persona, espacio y circunstancia, lenguaje coherente, congruente, adecuado tono de voz, discurso fluido, curso lineal, juicio conservado. Estado afectivo hipotímico, atención y comprensión adecuada, memoria reciente y remota conservada.

## 6. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

### 6.1 Valoración

Signos vitales y somatometría: Tensión arterial: 110/70 Frecuencia cardiaca: 62 x'  
Frecuencia respiratoria 22 x' Temperatura: 36°C Peso: 70 Kg. Talla: 1.55 mts.

Usuaría de 73 años de edad, jubilada, dedicada al hogar, de edad similar a la cronológica, endomórfica, ligera palidez de tegumentos, mucosas orales hidratadas, consciente, orientada, buena higiene y aliño, cooperadora, refiere disminución de agudeza visual, dolor en rodilla (Escala de dolor EVA 4) principalmente en rodilla derecha al subir escaleras, le han indicado tratamiento quirúrgico al cual se ha negado, asiste con médico particular quien le aplica inyección en rodilla (dexametasona), actualmente toma losartan (1x1) Isosorbide (1x1) Verapamilo (1x1) Propafenona (1x1).

#### 6.1.1 Valoración focalizada:

PATRÓN FUNCIONAL	VALORACION FOCALIZADA
1.- Percepción-manejo de la salud	Actualmente percibe su salud como "mala", refiere haber sufrido un "desamayo" en fechas recientes, en ocasiones no puede caminar bien y eso le limita para hacer sus actividades ordinarias y de recreación, como el cuidado de sus plantas y animales. Está en espera de valoración por cardiología. Le realizarán estudios de laboratorio y gabinete los días 3 y 4 de enero de 2014 para posteriormente referirla con el cardiólogo.
2.-Nutricional-metabólico	Índice de masa corporal (IMC) 29.1 Presenta sobrepeso, no desea interconsulta con nutrición, dice que ella sabe como bajar de peso porque ya lo ha hecho en otras ocasiones.

3.- Eliminación	Estreñimiento ocasional, controlado actualmente con linaza. Recientemente cursó con infección de vías urinarias (IVU), recibió tratamiento con antiséptico urinario con buen resultado.
4.- Actividad-ejercicio	Limitado por dolor de rodilla, aunque camina para el cuidado de sus plantas y sus mascotas (perico y gato) y para el arreglo de su casa. No le gusta casi salir por no dejar solo a su esposo pues a él no le agrada estar fuera de casa.
5.- Sueño-descanso	Generalmente duerme 8 horas. Ocasionalmente presenta insomnio inicial, el cual resuelve con un baño nocturno. Su sueño es reparador.
6.- Cognitivo-perceptual	Orientada en tiempo, persona y espacio, con nivel de conciencia y actitud normal frente al entorno. Memoria reciente y remota conservada. Sin alteraciones sensorio-perceptivas. Pensamiento coherente, congruente, Lenguaje fluido. Disminución de agudeza visual, está cercana su visita al oftalmólogo para ajustar la graduación de lentes.
7.- Autopercepción-autoconcepto	Se percibe satisfecha con ella misma y con la vida. Acepta la percepción de su imagen corporal. Ajustada a la realidad de sus capacidades.
8.- Rol-relaciones	“Luisa” es independiente tanto física como económicamente. Es responsable de la organización y sustento económico en su hogar, convive con su esposo. La familia le genera sentimientos positivos, excepto su hija menor y su nieta que le genera enojo, frustración, rencor. No pertenece a algún grupo social. Se percibe como poco sociable, solo saluda a sus vecinos y considera que no tiene amistades. Actualmente vive el duelo por la muerte de un sobrino y la

	muerte de un hermano. Se aplicó instrumento de Apgar familiar obteniendo resultado de 18 que significa buen funcionamiento familiar. (Anexo 3).
9.- Sexualidad-reproducción	Refiere sentirse satisfecha con su relación de pareja y expresa su bienestar emocional por la maternidad, dice que siente orgullo y felicidad por sus hijos.
10.- Adaptación-tolerancia al estrés	Muestra sentimientos de indiferencia hacia la nieta y evita abordar el tema porque le genera enojo, frustración y rencor.
11.- Valores y creencias	Católica poco practicante, sin conflicto religioso.

### 6.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete

Le realizaron estudios de laboratorio, rayos x y electrocardiograma los días 3 y 4 de enero de 2014. Refiere que el médico le dijo que estaban bien sus estudios, pero se quedaron en su expediente de la clínica.

### 6.1.3 Jerarquización de problemas

De la valoración efectuada a la usuaria se desprende que 8 de los 11 patrones funcionales se encuentran alterados, en la jerarquización realizada se eligen los siguientes:

- Patrón 10 Adaptación tolerancia al estrés.
- Patrón 8 Rol- relaciones.



## 6.2 Problemas interdependientes:

Usuaría: "Luisa"	Edad	73 años
Patrón Alterado 2	Nutricional-metabólico	
Problema interdependiente	Alteración de la nutrición por exceso manifestado por índice de masa corporal (IMC) 29.1	
Objetivo de enfermería:	Concientizar a la usuaria sobre la importancia de disminuir el IMC.	
Objetivo de la usuaria	Realizará acciones personales para bajar de peso.	
Acciones de enfermería independientes	Fundamentación	Evaluación
Asesoramiento nutricional.	Los hábitos nutricionales adecuados constituyen un elemento fundamental para el desarrollo físico y mental del individuo, así como para reducir los factores de riesgo que influyen en su estado de salud. <sup>63</sup>	La usuaria mostró su firmeza de conocer sus propios medios para bajar de peso.
Identificar problemas físicos que pueden relacionarse con el sobrepeso, por ejemplo artrosis.	El sobrepeso es un factor de riesgo importante para padecer artrosis, que es una enfermedad crónica, que puede llegar a afectar considerablemente la calidad de vida de los pacientes, favoreciendo las alteraciones del sueño, el aumento de cuadros depresivos, el aislamiento social, la polifarmacia y el sedentarismo. <sup>64</sup>	La usuaria refirió padecer artrosis, y recibir tratamiento farmacológico.
Se sugirió solicitar interconsulta con el Nutriólogo en su próxima cita médica.	El Nutriólogo se ocupa de diagnosticar los distintos procesos metabólicos para el aprovechamiento, transformación y distribución de los nutrientes que se ingieren en los alimentos. <sup>65</sup>	La usuaria expresó que probablemente en su próxima cita médica le solicitaría al médico la refiera con el Nutriólogo.

<sup>63</sup> Álvarez Gómez J, Cejas Valdés L, Yee López E. Orientación Nutricional en la Prevención y Tratamiento de Enfermedades. III Jornada de Educación Médica 2013. La Habana.  
 Disponible en: <http://edumedhabana2013.sld.cu/index.php/edumedhabana/2013/paper/viewPaper/163>. Consultada 11 mayo 2015; 22 horas.

<sup>64</sup> Ríos García M, Solís de la Paz D, Valdés González A, Oviedo Bravo A. Utilización de los medios físicos en la osteoartritis en el Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy, de Matanzas. 2012.  
 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v35n3/tema04.pdf>. Consultada 11 mayo 2015; 23 horas.

<sup>65</sup> Nutrición y Salud.  
 Disponible en: <http://www.nutricionsas.com/nutricion-y-salud.htm>. Consultada 11 mayo 2015; 17 horas.

Usuaria "Luisa"	Edad 73 años	
Patrón Alterado 3	Eliminación.	
Problema interdependiente	Infección de vías urinarias manifestado por disuria y polaquiuria.	
Objetivo de enfermería:	Evitar complicaciones severas en el tracto urinario.	
Objetivo de la usuaria	Quitar las molestias de dolor al orinar.	
Acciones de enfermería independientes	Fundamentación	Evaluación
Se orientó a la usuaria para prevenir futuras infecciones de vías urinarias mediante acciones de autocuidado.	El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. <sup>66</sup>	La usuaria mostró disposición para aprender las recomendaciones.
Se indicó beber cantidad suficiente de agua. (Litro y medio).	El agua ayuda a limpiar de bacterias el tracto urinario. <sup>67</sup>	La usuaria refirió que consumiría el agua necesaria todos los días.
Se informó sobre la importancia de la higiene genital adecuada.	La E. Coli es el agente etiológico más frecuente en las infecciones del tracto urinario, las mujeres son más propensas a esta patología por la situación anatómica de la zona urogenital, con una uretra más corta que permite fácilmente la ascensión de gérmenes, al igual la distancia desde ano a la abertura uretral es más corta en la mujer. <sup>68</sup>	La usuaria manifestó realizar higiene de forma correcta.

<sup>66</sup> Juárez Rodríguez P. García Campos M. La importancia del cuidado de Enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2009; 17 (2): 109-111.

Disponibile en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2009/eim092j.pdf>. Consultada 12 mayo 2015; 22 horas.

<sup>67</sup> Molina López J. Manjarrez Hernández Ángel. Infección de vías urinarias.

Disponibile en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/bacteriologia/enfermedades-vias-urinarias.html>. Consultada 11 mayo 2015; 22 horas.

<sup>68</sup> Diagnóstico y tratamiento de la Infección Aguda, no complicada del Tracto Urinario de la Mujer. México: Secretaría de Salud; 2009.

Disponibile en:

[http://www.cenotec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/077\\_GPC\\_InfAgnocompdeltractourinariomujer/tractourinario\\_de\\_la\\_mujer.pdf](http://www.cenotec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/077_GPC_InfAgnocompdeltractourinariomujer/tractourinario_de_la_mujer.pdf). Consultada 13 mayo 2015; 9 horas.

Acciones interdependientes	Fundamentación	Evaluación
<p>Vaciamiento frecuente de vejiga.</p>	<p>El tracto urinario humano es estéril y algunos factores como el flujo de la orina y sustancias antibacterianas secretadas protegen al tracto urinario de la infección de microorganismos patógenos.<sup>69</sup></p>	<p>La usuaria expresó su disposición para realizar vaciamiento frecuente de vejiga.</p>
<p>Se sugirió a la usuaria acudir en breve a consulta médica para recibir tratamiento.</p>	<p>El antimicrobiano más comúnmente prescrito para la cistitis aguda es la nitrofurantoína por vía oral.<sup>70</sup></p> <p>La nitrofurantoína (antiséptico urinario), es un antibiótico sintético que dentro de bacterias susceptibles produce metabolitos oxidantes, su espectro antibacteriano útil incluye a los patógenos comunes del tracto urinario como E. coli.<sup>71</sup></p>	<p>La usuaria expresó que al día siguiente de la orientación recibida acudiría a consulta médica.</p> <p>La usuaria recibió tratamiento efectivo a base de nitrofurantoína.</p>

<sup>69</sup> Op Cit. Molina López J.

<sup>70</sup> Op.Cit. Molina López

<sup>71</sup> Rodríguez Carranza R. Vademécum académico de medicamentos. Quinta edición. México. Mc Graw Hill. 2009. p 564.

## PLAN DE CUIDADOS

Usuaría	"Luisa"	Edad	73 años
Patrón Alterado 10	Afrontamiento-tolerancia al estrés.		
Diagnóstico de Enfermería:	Alteración del patrón funcional afrontamiento-tolerancia al estrés r/c estilo de afrontamiento discordante respecto a la elaboración adaptativa m/p distanciamiento entre usuaria y nieta, enojo, frustración, rencor y expresiones verbales hostiles. "Para mí como si se hubiera muerto" sic. usuaria.		
Objetivo de enfermería:	Ayudar a la usuaria a mejorar el afrontamiento e identificar las emociones displacenteras y trabajar en ellas.		
Objetivo de la usuaria	Le es indiferente la relación.		
Intervención	Fundamentación	Evaluación	
Se estableció con la usuaria un ambiente de confianza y respeto (rapport).	El rapport es una interrelación cercana de pensamientos y sentimientos, transmitidos o comunicados de un ser humano a otro. Esta relación se caracteriza porque la enfermera y el paciente se perciben como seres humanos. <sup>72</sup>	Se estableció con la usuaria un ambiente favorable de respeto y confianza.	
Se propició la escucha activa	<p>La escucha activa consiste en atender a la totalidad del mensaje que se recibe, es decir, prestar atención no sólo a lo que se dice (el contenido) sino también al "cómo se dice", fijándose en los elementos no verbales y paraverbales, mirarle, dedicarle tiempo, hacerle ver que tenemos en cuenta sus opiniones.<sup>73</sup></p> <p>Escuchar implica un proceso activo donde actúan nuestros sentidos, así como nuestra parte intelectual y afectiva. Escuchar requiere esfuerzo y concentración, algo que no es necesario para oír, un hecho meramente fisiológico. Es evidente que de esta manera se incrementa en gran medida la capacidad para empatizar.<sup>74</sup></p>	La usuaria expresó libremente las distintas emociones durante la entrevista.	

<sup>72</sup> Salazar Maya A, Martínez de Acosta C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. Av.enferm 2008; 26 (2); 113. Disponible en: <http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CDsQFjAFahUKEwjokYvi94XHAhVOe5IKHbBPCTw&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.unal.edu.co%2Findex.php%2Favenferm%2Farticle%2Fdownload%2F12945%2F13541&ei=5bW7VailFc72yQSw6XgAw&usq=AFQjCNGWaPmzRIWM-ErV4Yc8LF0clKvDFA&bvm=bv.99261572.d.aWw>. Consultada 31 julio 2015; 12 horas.

<sup>73</sup> Subiela García J, Abellón Ruiz J, Celdrán Baños A, Manzanares Lázaro J, Satorres Ramis B. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enferm. Glob. 2014; 13 (34): 2. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000200013&script=sci\\_artext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000200013&script=sci_artext). Consultada 20 mayo 2015; 12 horas.

<sup>74</sup> Ibidem.

	El silencio es un componente esencial en la escucha activa: guardar silencio no significa estar ausente. Implica mantener una postura atenta, abierta y relajada, junto con una mirada que indique al paciente que estamos ahí para escucharle y que lo que nos quiere decir nos parece verdaderamente interesante. <sup>75</sup>	
Se alentó a la usuaria a desarrollar una actitud más favorable para disminuir las emociones negativas.	El cambio de emociones negativas a positivas genera entre otros aspectos, mayor nivel de bienestar psicológico y aporta resultados terapéuticos más eficaces. Fredrickson es uno de los investigadores que en los últimos años con más contundencia ha demostrado la relación entre salud y emociones positivas. Las emociones positivas son factores que contribuyen a hacer más resistente a la persona frente a la adversidad, y ayudan a construir resiliencia psicológica. <sup>76</sup>	Probablemente considere trabajar las emociones que le genera su nieta.
Se realizaron ejercicios de respiración profunda, relajación, meditación, autorreflexión, etc.).	Los métodos de relajación se pueden conceptualizar como procedimientos terapéuticos bien definidos que tratan de obtener en el individuo una distensión muscular y psíquica, con la ayuda de ejercicios apropiados. <sup>77</sup>	La usuaria realizó con agrado algunos de los ejercicios dirigidos.
Se favoreció el afrontamiento eficaz para la resolución de problemas y las relaciones interpersonales, a través de apoyo emocional, asesoramiento y la utilización de técnicas tranquilizadoras.	El apoyo emocional proporciona seguridad, aceptación y ánimo durante los momentos de tensión nerviosa. <sup>78</sup>  Asesoramiento: usar un proceso interactivo de ayuda centrado en las necesidades, los problemas o los sentimientos del paciente y de sus seres queridos para mejorar o apoyar las relaciones interpersonales, el afrontamiento y la resolución de problemas. <sup>79</sup>  Técnicas tranquilizadoras: permiten reducir la ansiedad en los pacientes que sufren tensión nerviosa aguda. <sup>80</sup>	La usuaria muestra una conducta evitativa ante el tema sobre su nieta.

<sup>75</sup> Ibidem.

<sup>76</sup> Maganto C, Garaigordobil M. Evaluación del perdón: Diferencias generacionales y diferencias de sexo. Revista Latinoamericana de Psicología 2010; 42 (3): 2.

Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v42n3/v42n3a04>. Consultada 06 mayo 2015; 9 horas.

<sup>77</sup> Mosconia S, Correche M, Rivarola M, Penna F. Aplicación de la técnica de relajación en deportistas de 16 años para mejorar su rendimiento. Fundamentos e humanidades 2007; 2 (16):187. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/184/18481611.pdf>. Consultada 01 agosto 2015; 18 horas.

<sup>78</sup> Op. Cit. Wilkinson p 504.

<sup>79</sup> Ibidem p 504

<sup>80</sup> Ibidem p 505

## PLAN DE CUIDADOS

Usuaría	"Luisa"	Edad	73 años
Patrón Alterado 8	Rol – Relaciones		
Diagnóstico de Enfermería:	Alteración del patrón funcional rol-relaciones r/c muerte reciente de un hermano m/p anhedonia, cansancio, tristeza, culpa.		
Objetivo de enfermería:	Proporcionar herramientas que permitan a la usuaria afrontar de forma eficaz el duelo.		
Objetivo de la usuaria	"Quiero sentirme mejor".		
Intervención	Fundamentación	Evaluación	
Se proporcionó apoyo emocional, a través de escucha activa, refuerzo positivo, actitud corporal de atención y respeto.	El apoyo emocional es una intervención de enfermería que se concreta en acciones como: escuchar las expresiones del paciente; darle un mensaje de optimismo (aliento); dar un mensaje de comprensión en su dolor, su sufrimiento y su temor; hablarle en un tono de voz cálido que exprese afecto; hablarle de su entorno familiar; preguntarle qué puede hacer por él, para que se sienta mejor; tocarle a modo de soporte y apoyo real (físico). <sup>81</sup>	La usuaria expresó las diferentes emociones que siente ante la pérdida de su hermano.	
Se ayudó a la usuaria a identificar y expresar sus sentimientos.	Hasta que el paciente pueda reconocer y aceptar los sentimientos personales, en lo que respecta a la pérdida, el trabajo sobre el duelo no puede progresar. <sup>82</sup>  Los sentimientos pueden incluir tristeza, culpa, remordimientos, indefensión y desesperanza, según la etapa del duelo, la intervención terapéutica debe estar disponible, pero no debe imponerse, y los lineamientos para proporcionar ayuda serán basados en la disposición del individuo. <sup>83</sup>	La usuaria expresó su temor de llorar por temor a obstaculizar el descanso de su hermano fallecido. No obstante a través de la realización de ejercicios apropiados, la usuaria externó su llanto.	

<sup>81</sup> Contreras Rojas E. Precizando el concepto de apoyo emocional en el hacer de enfermería. Servicio de Medicina Interna 7<sup>º</sup> B. Hospital Daniel Alcides Carrión, 2007.

Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/502/1/contreras\\_re.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/502/1/contreras_re.pdf). Consultada 21 mayo 2015;12 horas.

<sup>82</sup> Op. Cit. Townsend p 653

<sup>83</sup> *Ibidem* p 644

Intervención	Fundamentación	Evaluación
Se ayudó a la usuaria a verbalizar sus temores y preocupaciones sobre la pérdida.	La principal ventaja de escuchar empáticamente al afectado de una tragedia es facilitar su catarsis, y el desahogo de los sentimientos reprimidos. Muchas personas no quieren expresar sus sentimientos por normas socio-culturales, pero al no hacerlo pueden desarrollar una crisis secundaria. <sup>84</sup>	La usuaria manifestó sus temores y preocupaciones.
Se alentó a la usuaria a continuar con las actividades que de acuerdo con sus costumbres culturales, religiosas y sociales le ayudan a sentirse mejor o incrementar su bienestar.	El paciente puede encontrar consuelo en los rituales religiosos con los que está familiarizado. <sup>85</sup>	La usuaria mencionó realizar actividades como rezar, encender una veladora y otros rituales que favorecen la elaboración de su duelo.
Se promocionó la importancia de las redes de apoyo familiar, mediante el reconocimiento de las muestras de interés que tiene la familia para con la usuaria.	<p>Los factores de protección se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y trastornos. Existe sólida evidencia acerca de los factores de riesgo y de protección y sus vínculos con el desarrollo de los trastornos mentales. Tanto los factores de riesgo como los de protección pueden ser de carácter individual, relacionados con la familia, sociales, económicos y ambientales.<sup>86</sup></p> <p>La validación de los sentimientos del paciente, y la seguridad de que éstos son compartidos por otras personas, ofrece consuelo y una afirmación del paciente.<sup>87</sup></p>	La usuaria identificó el valor de la familia en el acompañamiento de este proceso.

<sup>84</sup> Guardado M, Rosales de Bonilla L, Calles M. Guía técnica para facilitadores en atención psicosocial. El Salvador 2008. Disponible en: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia\\_facilitadores\\_psicosocial.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_facilitadores_psicosocial.pdf). Consultada 01 agosto 2015; 19 horas.

<sup>85</sup> *Ibidem* p 654.

<sup>86</sup> Prevención de los trastornos mentales. OMS. Ginebra.

Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf). Consultada 22 mayo 2015; 9 horas.

<sup>87</sup> Op. Cit. Townsend p 564.

Intervención	Fundamentación	Evaluación
Se impartió el Taller psicoeducativo sobre pérdidas y duelo.	El objetivo de este taller Psicoeducativo es fortalecer en el participante las herramientas para afrontar las diferentes pérdidas y duelos que se presentan a lo largo de la vida.	La usuaria participó en este Taller con buena disposición.
Se facilitó el acceso a nuevas redes de apoyo a través de proporcionar información para que la usuaria pueda realizar actividades socio-recreativas.	En la casa de la Tercera Edad de la localidad se desarrollan actividades socio-recreativas con el adulto mayor.	La usuaria no se muestra muy interesada en acudir a la casa de la Tercera Edad, comenta que no le agrada dejar solo a su esposo en casa.
Se proporcionó información a la usuaria sobre los servicios de apoyo terapéutico que se ofertan en el CUEC.	El tratamiento psicológico es una intervención profesional, basado en técnicas psicológicas, en ella un especialista, habitualmente un psicólogo clínico, busca eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas de la vida cotidiana. <sup>88</sup>	Refirió la usuaria que por falta de tiempo no ha solicitado la atención en el CUEC, sin embargo hará lo posible por acudir a solicitar este apoyo.

<sup>88</sup> Labrador Encinas F, Vallejo Pareja M, Matellanes Matellanes M, Echeburúa Odriozola E, et al. La eficacia de los tratamientos psicológicos. Disponible en: Documento-Eficacia-Tratamientos-SEPCyS.pdf. Consultada 22 mayo 2015; 11 horas.



## 7. PLAN DE ALTA

- Se orientó a la usuaria sobre los servicios de apoyo terapéutico que se ofertan en el Centro Universitario de Enfermería Comunitaria.
- Se le proporcionó información de la Casa del Adulto Mayor ubicada en su localidad para participar de actividades socio-recreativas.
- Se sugirió a la usuaria continuar realizando actividades como: técnicas de relajación, actividades de ocio, ejercicio físico apropiado, mismas que fueron enseñadas durante las intervenciones efectuadas en las visitas domiciliarias.
- Se motivó a la usuaria para continuar fomentando los lazos afectivos con la familia, destacando la importancia de su rol según la etapa del ciclo vital en que se encuentra.

Se continuó dando seguimiento al Estudio de Caso, en enero de 2014 se realizó la última visita domiciliaria para llevar a cabo el cierre de las intervenciones especializadas de Enfermería en Salud Mental.

## 8. CONCLUSIONES

El Estudio de Caso elaborado permitió aplicar intervenciones de Enfermería Especializada en Salud Mental a una usuaria de una comunidad del Distrito Federal, quien presentó alteración de los patrones funcionales afrontamiento-tolerancia al estrés y rol-relaciones, con base en el Modelo de Marjory Gordon, con la finalidad de otorgarle cuidado individualizado que favoreciera su autonomía y mejorara la calidad de vida de la usuaria. Me parece que las distintas actividades realizadas durante las intervenciones de Enfermería Especializada en Salud Mental tuvieron un impacto favorable en la usuaria, quien siempre se mostró dispuesta para recibir la información, dedicó el tiempo suficiente para compartir sus inquietudes, ejecutó la mayoría de las tareas que se le sugirieron y aunque hubo algunas en que tuvo cierta resistencia, al término de las intervenciones se observó con mejor manejo de sus emociones.

Por los resultados obtenidos en el Estudio de Caso me parece importante destacar el reto que tenemos los enfermeros en general, y los especialistas en salud mental en particular, sobre nuestro quehacer en torno a la salud mental, tenemos un gran compromiso con la sociedad, no debemos olvidar la importancia de los aspectos psicosociales que influyen en la salud mental, pues el individuo está en constante interacción con su entorno, inmerso en un tiempo determinado, con una cultura, política, economía y relaciones sociales específicas y es ahí donde pueden gestarse los padecimientos mentales.

Considero que las actividades realizadas en este Estudio de Caso permitieron fusionar los conocimientos teóricos adquiridos, con el desarrollo de habilidades en la práctica clínica durante mi formación como Enfermera Especialista en Salud Mental, no obstante, estoy muy consciente de que el camino del conocimiento es infinito, que a veces el futuro cercano de la salud mental parece desesperanzador, sin embargo colaborar desde el quehacer profesional y personal para el cuidado y fomento de la salud mental es vital para el bien común.

## 9. SUGERENCIAS

Me gustaría sugerir expandir la red de comunicación con los Especialistas de Enfermería en Salud Mental de otras generaciones, para conjuntar propuestas y programas de trabajo enfocados a la prevención e instrumentación de intervenciones de enfermería tempranas, que seamos capaces de detectar oportunamente los desordenes mentales para brindar atención oportuna, aplicar estrategias promotoras de salud mental en el seno comunitario, trabajar duro para combatir el estigma, la discriminación y la exclusión de los seres humanos con padecimientos mentales.

Otra sugerencia es que se organice un seminario o taller para desarrollar habilidades metodológicas en la elaboración de un Estudio de Caso, que permita comprender y ejercitar cada elemento del reporte que lo integra.

Finalmente me gustaría sugerir las siguientes preguntas de reflexión: ¿Hacia dónde vamos como humanidad? ¿Por qué corremos tan de prisa en esta ciudad tan compleja? ¿Qué hago por mi salud mental? ¿Cómo hago aportaciones saludables a mi familia o a mi comunidad? Son preguntas que me llevan a una reflexión personal y que para algunas no encuentro respuesta. Espero tomar conciencia del cuidado de mi propia salud mental, promover factores protectores y difundir algunas tareas sencillas para conservar la salud mental.

## BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Gómez J, Cejas Valdés L, Yee López E. Orientación Nutricional en la Prevención y Tratamiento de Enfermedades. III Jornada de Educación Médica 2013. La Habana.

Disponible en:

<http://edumedhabana2013.sld.cu/index.php/edumedhabana/2013/paper/viewPaper/163> Consultada 11 mayo 2015; 22 horas.

Álvarez Suárez J, Del Castillo Arévalo Fernanda, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. Manual de Valoración de patrones funcionales. Comisión de Cuidados. Dirección de Enfermería de atención primaria. Asturias. 2010.

Balan Gleaves C. Franco Orozco M. Teorías y Modelos de Enfermería. Bases Teóricas para el cuidado especializado. Antología. UNAM. México, 2009.

Berenzon Gorn S, Mora Ríos J. Los padeceres emocionales cotidianos: percepciones y creencias en dos poblaciones de la Ciudad de México. Investigación en salud 2005; 7 (3):

Carta de los Derechos Generales de los pacientes.

Disponible en <http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/cartapacientes.htm>

Chóliz Montañés M. Psicología de la emoción. Disponible en: <http://www.uv.es/~choliz/Proceso%20emocional.pdf> Consultada 12 enero 2014; 21 horas.

Código de bioética para el personal de salud. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética. México. 2002

Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/DOCUMENTOSCONSULTA/10.pdf>

Colon L. Enfermería a la vanguardia. (20 junio 2010). Disponible en: <http://luzcolonenfermeria.blogspot.mx/2010/06/los-patrones-funcionales-de-marjory.html>. Consultada 11 enero 2014; 22 horas.

Contreras Rojas E. Precisando el concepto de apoyo emocional en el hacer de enfermería. Servicio de Medicina Interna 7ª B. Hospital Daniel Alcides Carrión, 2007. Disponible en:

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/502/1/contreras\\_re.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/502/1/contreras_re.pdf)

Consultada 21 mayo 2015; 12 horas.

Coto Vargas N. Molina Chaves R. Rivera Soto R. Intervención de enfermería obstétrica: un estudio de caso. Rev. Enfermería actual en Costa Rica (en línea) 2009; (16): 1-21.

De la Fuente Muñiz, R, Heinze G. Salud Mental y Medicina Psicológica. Mc Graw Hill. México, 2011. p 2

Diagnóstico y tratamiento de la Infección Aguda, no complicada del Tracto Urinario de la Mujer. México: Secretaría de Salud; 2009. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/077\\_GPC\\_InfAgnocompdeltractourinariomujer/tractourinario\\_de\\_la\\_mujer.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/077_GPC_InfAgnocompdeltractourinariomujer/tractourinario_de_la_mujer.pdf) Consultada 13 mayo 2015; 9 horas.

Fernández Moya J, Escalante Gómez E, Richard Plamero F. Revisitando algunas herramientas de evaluación sistémica. Perspectivas, Individuo y Sociedad, 2011; 10 (1): 190-208. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-69242011000100010](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242011000100010). Consultada 28 julio 2015; 11 horas.

Ferro R. Salud Mental y Poder. Un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad. Revista de Salud Pública 2010; 2: 47-62. Disponible en: [http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP10\\_2\\_07\\_art%204.pdf](http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP10_2_07_art%204.pdf). Consultada 17 julio 2015; 9 horas.

Genograma y ecomapa.

Disponible en: <http://asesoriayfamilia.galeon.com/aficiones2278341.html>. Consultada 08 junio 2015; 15 horas.

Gómez-Sancho M. La pérdida de un ser querido, el duelo y el luto. Madrid: Arán Ediciones, 2004.

Guardado M, Rosales de Bonilla L, Calles M. Guía técnica para facilitadores en atención psicosocial. El Salvador 2008. Disponible en: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia\\_facilitadores\\_psicosocial.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_facilitadores_psicosocial.pdf). Consultada 01 agosto 2015; 19 horas.

Guzmán M. El perdón en relaciones cercanas: conceptualización desde una perspectiva psicológica e implicancias para la práctica clínica. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v19n1/art02.pdf> Consultada 06 mayo 2015; 10 horas.

Hernández Cortia A. Guardado de la Paz C. La enfermería como disciplina profesional holística. Rev Cubana Enfermer 2004; 20 (2):

Hernández Delgado M. La entrevista motivacional. Elementos para su aplicación. Dirección de tratamiento y Rehabilitación. Subdirección de Consulta Externa. Departamento de Centros de Día. Disponible en: <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/Manua IEnt revista Motivacional Actualizacion 2013.pdf>. Consultada 31 julio 2015; 10 horas.

Jaime A. Fernández, Rafael Touriño, Natalia Benitez, Cristina Abelleira. (Editores). Evaluación en Rehabilitación Psicosocial. Valladolid. FEARP, 2010. P 15-25

Juárez Rodríguez P. García Campos M. La importancia del cuidado de Enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2009; 17 (2): 109-111. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2009/eim092j.pdf> Consultada 12 mayo 2015; 22 horas.

Kubler-Ross E. La rueda de la vida. Ed. Grafos S.A. Bilbao 1999.

Labrador Encinas F, Vallejo Pareja M, Matellanes Matellanes M, Echeburúa Odriozola E, et al. La eficacia de los tratamientos psicológicos. Disponible en: Documento-Eficacia-Tratamientos-SEPCyS.pdf. Consultada 22 mayo 2015; 11 horas.

Llamas Cadavid M. Enfermería en la actualidad (30 de marzo 2009).

Disponible en:

<http://enfermeriaenlaactualidad.blogspot.mx/2009/03/enfermeriaconcepto.html>

Consultada 14 enero 2014; 15 horas.

Macías A, Madariaga Orozco C, Valle Amarís M, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Psicología desde el Caribe 2013; 30 (1): 125. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>. Consultada 27 julio 2015. 10 horas.

Maganto C, Garaigordobil M. Evaluación del perdón: Diferencias generacionales y diferencias de sexo. Revista Latinoamericana de Psicología 2010; 42 (3): 2. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v42n3/v42n3a04> Consultada 06 mayo 2015; 9 horas

Malvárez, S. Salud Mental comunitaria: trayectoria y contribuciones de Enfermería. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria 2011; 4 (2): 25.

Disponible

en:

<http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/238/RIdEC.v4n2.22.Especialidades-2.pdf>. Consultada 16 julio 2015; 11 horas.

Martínez González L, Olvera Villanueva G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2011; 19 (2): 105-108

Mesino González S. Reflexiones sobre el duelo. V Congreso Nacional, Latinoamericano y del Caribe de Bioética. México. 2002. p 707

Meza Dávalos E, García S, Torres Gómez A, Castillo L, Suárez S, Martínez S. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Revista de Especialidades Médico – Quirúrgicas 2008; 13 (1): 28.31 OMS/ Enfermería.  
Disponibile en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>. Consultada 11 enero 2014; 14 horas.

Molina López J. Manjarrez Hernández Ángel. Infección de vías urinarias. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/bacteriologia/enfermedades-vias-urinarias.html> Consultada 11 mayo 2015; 22 horas.

Mora Abarca M, Fandiño Rojas D. El enfoque ecológico de la familia y el trabajo social. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000154.pdf>. Consultada 28 julio 2015; 13 horas.

Morga Rodríguez L. Teoría y Técnica de la Entrevista. Red Tercer Milenio S.C. México 2012. p 17.  
Disponibile en: [http://www.aliatuniversidades.com.mx/bibliotecasdigitales/pdf/salud/Teoria\\_y\\_tecnica\\_de\\_la\\_entrevista.pdf](http://www.aliatuniversidades.com.mx/bibliotecasdigitales/pdf/salud/Teoria_y_tecnica_de_la_entrevista.pdf) Consultada 07 mayo 2015; 9 horas.

Mosconia S, Correche M, Rivarola M, Penna F. Aplicación de la técnica de relajación en deportistas de 16 años para mejorar su rendimiento. Fundamentos e humanidades 2007; 2 (16):187. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/184/18481611.pdf>. Consultada 01 agosto 2015; 18 horas.

Nava Quiroz C, Ollua Méndez P, Vega Valero C, Soria Trujano R. Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. Psicología y Salud 2010; 20 (2): 213. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Carlos-Nava-Quiroz.pdf>. Consultada 27 julio 2015; 10 horas.

Norma Oficial Mexicana NOM 008-SSA3 2010 Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

Norma Oficial Mexicana Nom-014-SSA2-1994 Para La Prevención, Detección, Diagnostico, Tratamiento, Control Y Vigilancia Epidemiológica Del Cáncer Cérvico Uterino.

Nutrición y Salud.  
Disponibile en: <http://www.nutricionsas.com/nutricion-y-salud.htm> Consultada 11 mayo 2015; 17 horas.

OMS/ Enfermería.

Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>. Consultada 11 enero 2014; 14 horas.

Piqueras Rodríguez J, Ramos Linares V, Martínez González A, Oblitas G, Luis A. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. Suma Psicológica, 2009; 16: 85-112.

Prevención de los trastornos mentales. OMS. Ginebra.

Disponible en:

[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf) Consultada 22 mayo 2015; 9 horas.

Proceso de Enfermería.

Disponible en:

<http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/enfermeria.PDF>. Consultada 12 enero 2014; 19 horas.

Psiquiatría comunitaria en línea.

Disponible en:

<http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/wfdownloads/singlefile.php?cid=2&lid=261>  
Consultada 12 junio 2014; 21horas.

Ríos García M, Solís de la Paz D, Valdés González A, Oviedo Bravo A. Utilización de los medios físicos en la osteoartritis en el Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy, de Matanzas. 2012.

Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v35n3/tema04.pdf> Consultada 11 mayo 2015; 23 horas.

Rodríguez Carranza R. Vademécum académico de medicamentos. Quinta edición. México. Mc Graw Hill. 2009.

Rojas Cañamero R. Seres de Luz y oscuridad. Palabras mayores, un espacio de conocimiento e información del adulto mayor. Revistas pucp 2009; 2 (3).

Salazar Maya A, Martínez de Acosta C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. Av.enferm 2008: 26 (2); 113. Disponible en:

<http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CDsQFjAFahUKEwjokYvi94XHAhVOe5IKHbBPCTw&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.unal.edu.co%2Findex.php%2Favenferm%2Farticle%2Fdownload%2F12945%2F13541&ei=5bW7VailFc72yQSw6XgAw&usq=AFQjCNGWaPmzRiWM-ErV4Yc8LF0clKvDFA&bvm=bv.99261572,d.aWw>. Consultada 31 julio 2015; 12 horas.



Sánchez Aragón R, Sánchez Ruiz A. Correlatos cognoscitivos, afectivos y conductuales de la tristeza, el enojo y el miedo. Revista Costarricense de Psicología 2009; 28 (41-42): 41-47.

Slaikeu K. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Manual Moderno. México. 1999. p 80.

Secretaría de Salud. Subsecretaría de prevención y Promoción de la Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012 Salud Mental. Disponible en: [http://salud.chiapas.gob.mx/doc/biblioteca\\_virtual/programas/Programa\\_accion\\_especifico\\_salud\\_mental.pdf](http://salud.chiapas.gob.mx/doc/biblioteca_virtual/programas/Programa_accion_especifico_salud_mental.pdf). Consultada 21 julio 2015; 9 Hrs.

Suárez Cuba M. El Genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. Rev Méd La Paz, 2010; 16 (1): 53-57. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmpl/v16n1/v16n1\\_a10.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmpl/v16n1/v16n1_a10.pdf). Consultada 28 julio 2015; 12 horas.

Suárez Cuba M, Alcalá Espinoza M. Apgar Familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev Med La Paz 2014; 20 (1): 58-57. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci_arttext). Consultada 28 julio 2015; 10 horas.

Subiela García J, Abellón Ruiz J, Celdrán Baños A, Manzanares Lázaro J, Satorres Ramis B. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enferm. Glob. 2014; 13 (34): 2. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000200013&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000200013&script=sci_arttext) Consultada 20 mayo 2015; 12 horas.

Townsend M. Fundamentos de enfermería en psiquiatría. 4ª edición. Mc Graw Hill. México. 2011. p 171.

Triviño V. Z. Sanhuesa O. Paradigmas de investigación en enfermería. Cienc. Enferm. 2005; 11 (1)

Urra E. Avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina. Cienc. Enferm. Chile 2009;15(2):9-18

Wilkinson J, Ahern N. Manual de diagnósticos de Enfermería. 9ª edición. Ed. Pearson Pretintice Hall. Madrid 2008.

Yankovic B. Emociones, sentimientos, afecto. 2011. El desarrollo emocional. Disponible en: [http://www.educativo.atalca.cl/medios/educativo/profesores/basica/desarrollo\\_emocional.pdf](http://www.educativo.atalca.cl/medios/educativo/profesores/basica/desarrollo_emocional.pdf). Consultada 29 abril 2015; 22 horas.

Zárate Grajales R.A, Cárdenas Jiménez M, Balan Gleaves C. Opciones para obtener el grado de especialista. UNAM. México. 2008.

## ANEXO 1

### Cédula de valoración de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: "Luisa"

Diagnóstico médico: Cardiopatía, hipertensión arterial.

Fecha de la entrevista: 23 octubre de 2013

Fecha de nacimiento: 03 agosto 1940 Edad: 73 años

Estado civil actual: Unión libre

Lugar de origen: Guerrero

Lugar de residencia: Distrito Federal

Domicilio actual: xxxx

Teléfono: xxxxxx Escolaridad: Primaria incompleta Ocupación: Hogar (jubilada)

Nivel de estudios o grado académico: Primaria incompleta

Idiomas o lenguas: Español

Nombre del responsable legal: -

Motivo de ingreso o solicitud de Consultoría: Se detecta durante la visita domiciliaria realizada a la comunidad, en donde ella expresa la pérdida reciente de su sobrino.

Antecedentes heredo familiares: Padre: Finado en 1986 por bronconeumonía. Madre: Finada a la edad de 32 años por complicaciones obstétricas (aborto espontáneo).

Hermanos: Dos hermanos finados desconoce causa. Una hermana finada a la edad de 32 años desconoce causa. Un hermano finado por complicaciones de diabetes mellitus. Tres hermanos con cardiopatía.

## VALORACIÓN GENERAL

Número de expediente: Sin número

Signos vitales: Temperatura: 36°C Frecuencia cardiaca: 62x'

Frecuencia respiratoria: 26 x' Tensión arterial: 110/70

Piel y mucosas (coloración y aspecto): Ligera palidez facial, buena hidratación.

Lesión: Ninguna.

Alteración de los sentidos: Vista: Disminución de agudeza visual. Oído: No

Tacto: No Gusto: No Olfato: No Prótesis: No Especificar tipo y ubicación: Ninguna

Funcionamiento motor: bueno: - limitado: Leve Especificar: Dificultad para iniciar deambulación

Actitud durante la entrevista: colabora: SI No colabora: \_\_\_\_\_

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

Losartan 1x1	Propafenona 150 mg 1x1
Isosorbide 1x1	Verapamilo 1x1

Presencia de dolor: No - Si: x especificar: Al iniciar a caminar o subir escaleras.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LEVE X		MODERADO		FUERTE		MUY FUERTE		INSOPORTABLE	

## 1.- PATRÓN DE PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD

Aspecto general (vestido/arreglo personal):

Adecuado Si Descuidado: - Extravagante: - Exagerado: -

Meticuloso: - Otro (especificar): Ninguno

Actitud y comportamiento frente a su enfermedad:

Aceptación: No Rechazo: - Indiferencia: Sí Sobrevaloración: -

Reivindicativa: - Otras: Ninguna

Comportamientos realizados al respecto (describir): Le gusta cuidar de su persona. Asiste a sus citas médicas, sin embargo en el aspecto emocional muestra indiferencia.

Recomendaciones terapéuticas: Desarrollar habilidades en la persona que favorezcan el mantenimiento de la salud, a través del reconocimiento de las emociones, la expresión de sentimientos y emociones y la autorregulación - seguimiento correcto a su enfermedad (describa):

Apego al tratamiento. Seguimiento incorrecto (describallo): -

Hábitos y/o conductas adictivas:

Consumo	Substancia	Cual	Edad de inicio	Frecuencia dosis dia/semana	Alguna vez en la vida	Actualmente
Dejó de fumar hace 22 años	Tabaco (cigarros, cigarrillos cubaos, tabaco de mascar, pipa)				X	
-	Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados)					
Dejó el café hace 25 años	Cafeína				X	
-	Cannabis (Marihuana, costo, hierba, hashish)					
-	Cocaína (coca, farlopa, crack, base)					
-	Anfetaminas (speed, éxtasis, píldoras, adelgazantes)					
-	Inhalantes (colas, gasolina, nafta, pegamentos)					
-	Tranquilizantes (valium/diazepam, tranqimazi,/alprazolam/xanax, orfidal/lorazepam, rohipnol)					
-	Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina)					
-	Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina)					
-	Otras					

Solvencia económica: Aceptable (\$ 3,000 a \$ 4,500 mensuales de pensión) más apoyo social para adulto mayor.

## 2. PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO

Peso: 70 Kg Talla: 1.55 mts. Constitución: Endomórfica: IMC: 29.16

Apetito Normal: Si Aumentado: - Disminuido: -

Consumo diario habitual: Leche, tortilla, pan integral, pollo, frijoles, poca verdura, fruta.

Ingesta de líquidos (cantidad y tipo): cinco vasos al día de agua natural.

Nauseas/vómito (espontáneos o provocados): No: - Si - Especificar: -

Preferencias alimentarias: Pollo, fruta, frijol, calabaza.

Restricciones/evitación (motivos): lenteja, haba, garbanzo. (prescripción médica)

¿Come entre comidas? O ¿Cuándo está nerviosa? No \_\_\_ - \_\_\_ Si \_\_\_ Especifique qué es lo que consume: \_\_\_\_\_

Conocimientos sobre alimentos y dieta equilibrada: Suficientes: Si Insuficientes: \_\_\_\_\_ (especificar): \_\_\_\_\_

¿Se siente bien con su peso? Si \_\_\_\_\_

Otras alteraciones o datos de interés: Ninguna \_\_\_\_\_

### 3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Eliminación intestinal:

Frecuencia: 1 diaria Características: Normal Malestar: Estreñimiento ocasional

Control: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Motivos no control: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Uso de laxantes: psyllium plántago (de forma ocasional)

Eliminación vesical:

Frecuencia: 5 ó 6 veces al día Características: \_\_\_\_\_ Malestar: Disuria y polaquiuri.

Eliminación cutánea:

Normal: Si Profusa \_\_\_\_\_ Escasa \_\_\_\_\_ Problemas con el mal olor: NO

Percepción personal de la eliminación:

Intestinal: Estreñimiento ocasional Vesical: disuria y polaquiuria Cutánea: Normal

Factores que alteran la eliminación: Tipo de alimentación. \_\_\_\_\_

Otras alteraciones o datos de interés: Ninguna. \_\_\_\_\_

### 4. PATRÓN DE ACTIVIDAD - EJERCICIO

Expresión facial:

Tensa: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relajada Si Alegre \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Triste Si Enfadada: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Características del habla:

Ver expresión del lenguaje de patrón cognitivo y especificar características: Velocidad normal, cantidad abundante, volumen normal, tono y modulación

Comportamiento motor:

Adecuación contexto si Inhibición No Agitación/inquietud: No Temblores: No

Rigidez NO Estereotipias: No Tics No Otros: Ninguno \_\_\_\_\_

Reacciones extrapiramidales (especificar) Ninguna

Regularidad del comportamiento motor:

Frecuencia: Normal Intensidad Normal Duración: Sin alteración

Condiciones que lo aumentan o reducen Ninguna

Características del comportamiento motor:

Controlable Si Limitante: ocasional Incapacitante: No

Opinión/emoción respecto al comportamiento motor:

Indiferente: - Aceptado: Si Preocupado: -

Deseos o participación en actividades de consumo de energía (especificar) Le gusta caminar, cuidar sus plantas y arreglar su casa.

Factores que intervienen en este patrón (especificar): Para salir le limita un poco dejar solo al esposo pues a él no le gusta salir.

Tipo de ayuda requerida: Orientación para acudir a la Casa del Adulto Mayor de la localidad.

Habilidades manifestadas en las actividades descritas (nula, baja, alta). Alta pues es independiente y le gusta hacer actividades.

Cambio notable de habilidades o funciones (físicas, intelectuales, socioculturales): Ninguna

Otras alteraciones o cambios de interés: Ninguna

## 5. PATRÓN DE SUEÑO DESCANSO.

Horas de sueño nocturno: 8 horas Otros descansos: \_\_\_\_\_

Problemas de sueño (al inicio, interrumpido, al despertar temprano, somnolencia excesiva, pesadillas, otros): insomnio inicial ocasional

Antecedentes de alteraciones de sueño: Desde hace aproximadamente un año Factores que altere el patrón del sueño: No especificado Que hace para favorecerlo: Baño nocturno

Percepción personal del patrón:

Adecuado: Si Excesivo: - Disminuido -

Otras alteraciones o datos de interés: Ninguno

## 6. PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTIVO.

Nivel de conciencia y actitud respecto al entorno:

Hipervigilia: No Confusión: No Desrealización: No  
Somnoliento: No Sólo sigue instrucciones: No No  
responde a estímulos externos: Si Otros  
(especificar): Adecuado a la edad

Atención-orientación (espacio, tiempo, persona) Atención  
fluctúa: Si Distractibilidad: No

Orientación, reconoce:

Lugar donde se encuentra: Si Domicilio: Si Cd./país: Si Día/mes: Si año Si  
estación del año: Si Nombre completo: Si Edad y/o fecha de nacimiento: Si  
Profesión: - Personas significativas: Si Grado de relación: Si

Alteraciones perceptivas (especificar):

Auditivas: No Visuales No Táctiles: No Olfativas: No  
Gustativas: No Ilusiones: No Otros (especificar): Ninguno  
Localización de la percepción: Interna: - Externa: -

Memoria e inteligencia:

Memoria inmediata reciente: Conservada Memoria remota: Conservada  
Descripción de la posible alteración: Ninguna Retrasos intelectuales: No  
Tipo de ayuda requerida: Ninguna

Organización de pensamiento-lenguaje:

Contenido: Coherente y organizado: Si No: - Delirante: Si: -- No: --  
Descripción breve de la alteración (especificar): Ninguna  
Comportamiento adoptado frente al tema (ritualismo, defensivo, violento, etc.): Ninguno  
Otras ideas o pensamientos recurrentes molestos: No Posible relación de los pensamientos  
anteriores: No  
Curso: No  
Inhibición: No  
Aceleración: No  
Perseverancia: No  
Disgregación/incoherencia: No  
Otros (especificar): No

Expresión de lenguaje:

Velocidad (normal, rápido, lento, paroxístico): Normal  
Cantidad (normal, abundante, escaso): abundante  
Volumen (normal, alto, bajo): Normal  
Tono y modulación (tranquilo, nervioso, hostil): Tranquilo  
Otras alteraciones (tartamudez, ecolalia, mutismo, etc.) Ninguna  
Otras alteraciones o datos de interés: Ninguna

## 7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Reactividad emocional:

Adecuada al contexto: Si Pobreza de sentimientos: -- Expansión afectiva: --  
Tonalidad afectiva: agradable: Si Desagradable: -- Posibles  
síntomas afectivos de interés (especificar): Impresiona afecto hipotímico.

Percepción imagen corporal:

Ajustada a la realidad: Si Confusa: No Equivocada: No

Actitud frente a su cuerpo:

Afectación: ---- Rechazo: ----- Otros: Adecuada

Autodescripción de si mismo:

Ajustada a la realidad: Si

Sobrevaloración capacidades y logros personales: No

Exageración a errores y desgracias/infravaloración a éxitos: No

Otros especificar: Le gusta comprarse ropa

Autoevaluación general y competencia personal (positiva, negativa, indiferente): Positiva

Sentimientos con respecto a la autoevaluación personal:

Tristeza: No Inferioridad: No Culpabilidad: No Inutilidad: No Impotencia:

No Euforia: No Ansiedad: No Rabia: No Superioridad:

No Otras: Aceptación Ideas de suicidio

(describir plan si existe): No

Percepción de exigencias o presiones:

Origen (personas, ideas, sensaciones): --- ámbito (lugar): ---

Percepción sobre su estado de salud: Adecuada a su edad

Otras alteraciones o datos de interés: Ninguno

## 8. PATRÓN DE ROL-RELACIONES

Nivel de independencia de la persona:

Física, total: Si Parcial: No (motivo de ayuda requerida: ---)

Económica, total: Si Parcial: No (motivos de ayuda requerida): ---

Psicosocial, total: Si Parcial: No (motivos ayuda requerida): ---

¿Con quién vive? Con su esposo ¿Depende alguien de usted en algún aspecto? Esposo

¿Pertenece a algún grupo social? No ¿Tiene amigos cercanos? No

Personas que le generan sentimientos positivos o significativos: La familia genera sentimientos positivos, excepto hija menor y nieta (le generan enojo, rencor).

Responsabilidades dentro del núcleo familiar: Organización y sustento económico.

Percepción sobre responsabilidad: En ocasiones le molesta que su esposo no colabore mucho para él mismo.

Sentimientos respecto a relaciones familiares:

Ansiedad: No

Miedo: No Culpa: Sí Tristeza: Sí Inutilidad: No Inferioridad: No Rabia: Sí Superioridad: No

Seguridad: No Otros: Enojo hacia la nieta e hija menor.



## 9. PATRÓN SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN.

Menarca: 14 años IVSA: 18 años Número de parejas sexuales: tres  
Exhibicionismo: No Libido aumentada: No  
Fecha de último papanicolau: Hace 12 años. Mastografía: hace 8 años.  
FUM: 1972 G: 6 P: 6 A: 0 C: 0  
Sentimientos hacia la maternidad: Orgullo, felicidad.

## 10. PATRÓN DE ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Ante una situación de estrés responde con:

Conducta evitativa: Si ansiedad: No Inquietud: Ocasional Tensión muscular: Ocasional Postura rígida: No Hiperhidrosis palmar: No Boca reseca: No Negación del problema: Si poca tolerancia a la frustración: Si Autocompasión: No

Respuesta ante su enfermedad: Con relación a la esfera biológica aceptación y atención médica; impresiona no contar con habilidad al emplear los recursos de afrontamiento.

## 11. PATRÓN DE VALORES Y CREENCIAS.

Valores o creencias importantes de la historia personal: Católica poco practicante.

Antecedentes de prácticas o cultos religiosos: Misa ocasional.

¿El paciente presenta actitud religiosa?, describa: No. Tiene un altar para la Virgen de Guadalupe en su patio.

¿El paciente comenta o presenta mitos o creencias en relación a su enfermedad? No

¿La familia presenta mitos o creencias en relación a la enfermedad? No

¿Requieren de algún apoyo religioso? (Aspectos personales que desea sean tomados en cuenta).  
No

**Anexo 2**  
**Consentimiento informado**



**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*

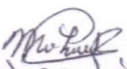
México D.F., a 30 de octubre del 2013


Por este conducto hago patente que el alumno(a) de la especialidad de Enfermería en Salud Mental LEO. Magdalena López de la Rosa 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
- La información es estrictamente CONFIDENCIAL y anónima, es decir, que no seré identificado y la información que brinde se empleará únicamente para fines académicos.
- Esta entrevista es independiente del proceso de atención que recibo por parte de este centro de salud "Centro Universitario de Enfermería Comunitaria", por tal motivo, seré atendido aun cuando decida o 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.

Nombre y ~~Firma~~ de la persona entrevistada

  
LEO. Magdalena López de la Rosa  
Nombre y Firma del entrevistador

  
LEO. Elizabeth Hernández Flores

Nombre y firma de testigo

### Anexo 3

#### APGAR FAMILIAR

Nombre completo: "Luisa"  
 Edad: 73 años Sexo: Femenino Ocupación: Hogar (jubilada)  
 Fecha de aplicación: 31 de octubre de 2013.

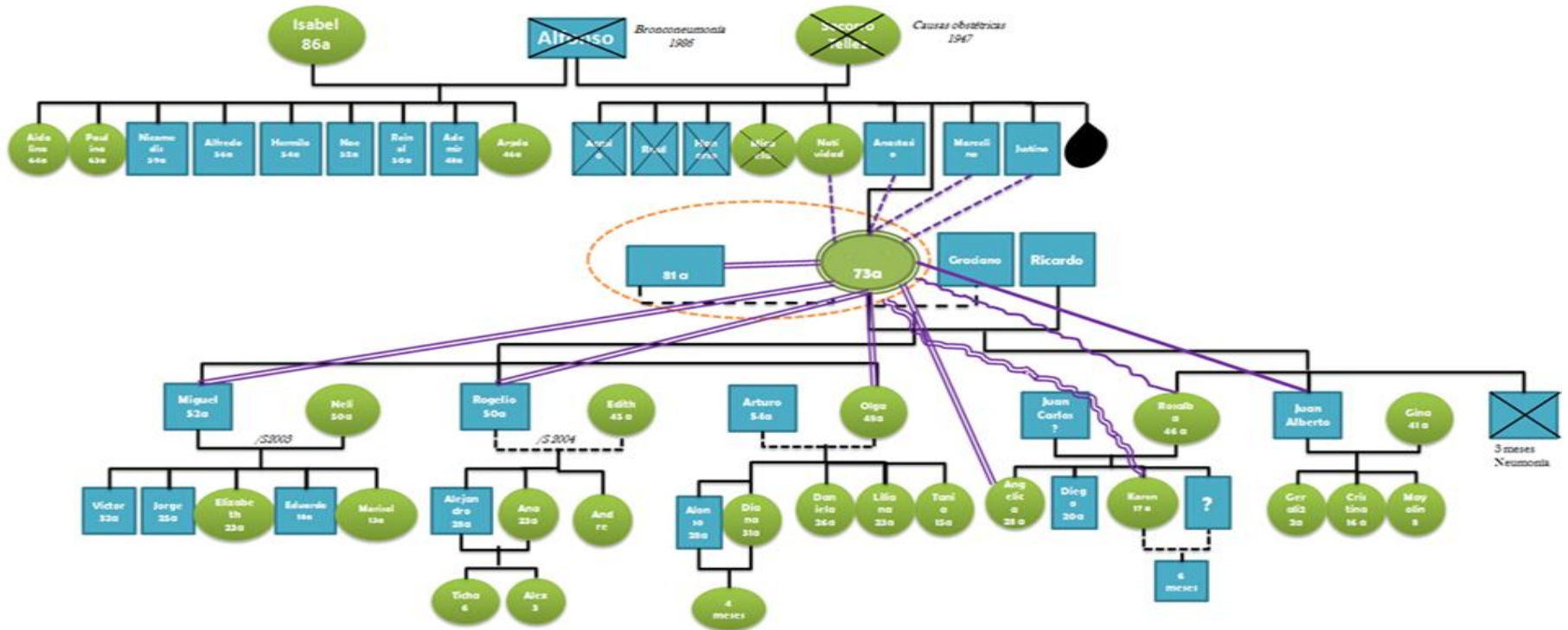
Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender su mejor salud integral. Familia es definida como el (los) individuos con quien (es) usted usualmente vive. Si usted vive solo, su "familia" consiste en la (s) persona (s) con quien (es) usted tiene ahora un lazo emocional más fuerte.

Para cada pregunta marcar solo con una X en el caso específico para usted.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					X
Me satisface cómo en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.				X	
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					X
Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					X
Me satisface cómo compartimos en mi familia a. El tiempo para estar juntos b. Los espacios en la casa. c. Dinero.				X	
¿Usted tiene algún amigo (a) cercano (a) a quien pueda buscar cuando necesite ayuda.	X				

ANEXO 4

GENOGRAMA



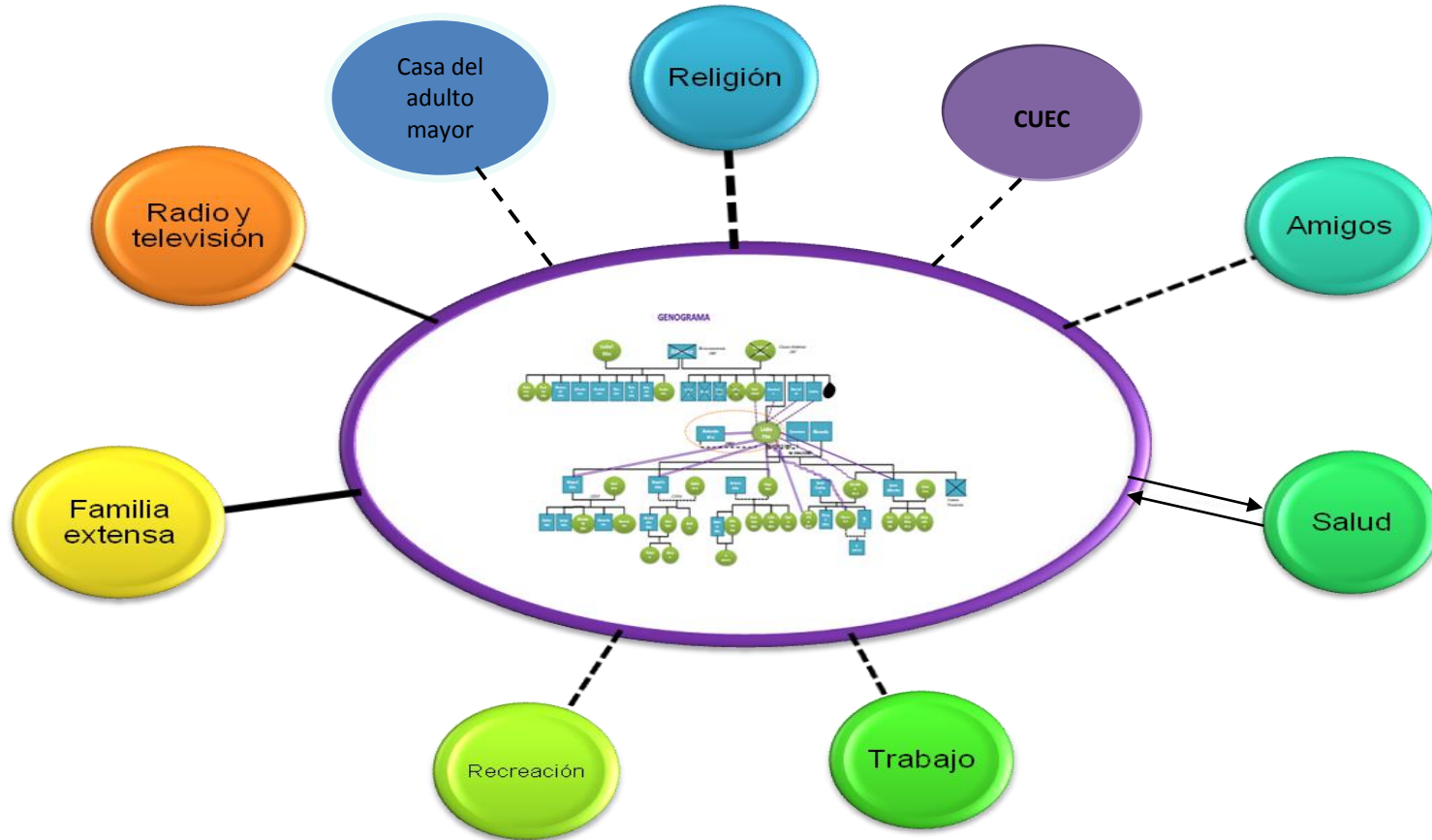
Octubre 2013

Elaboró: Magdalena López de la Rosa

Nota: Por motivos de confidencialidad los nombres han sido cambiados.

ANEXO 5

Ecomapa



Naturaleza de conexiones:

- Relación fuerte.
- Relación distante.
- ⇔ Flujo de energía.

Noviembre 2013

Elaboró: Magdalena López de la Rosa.

