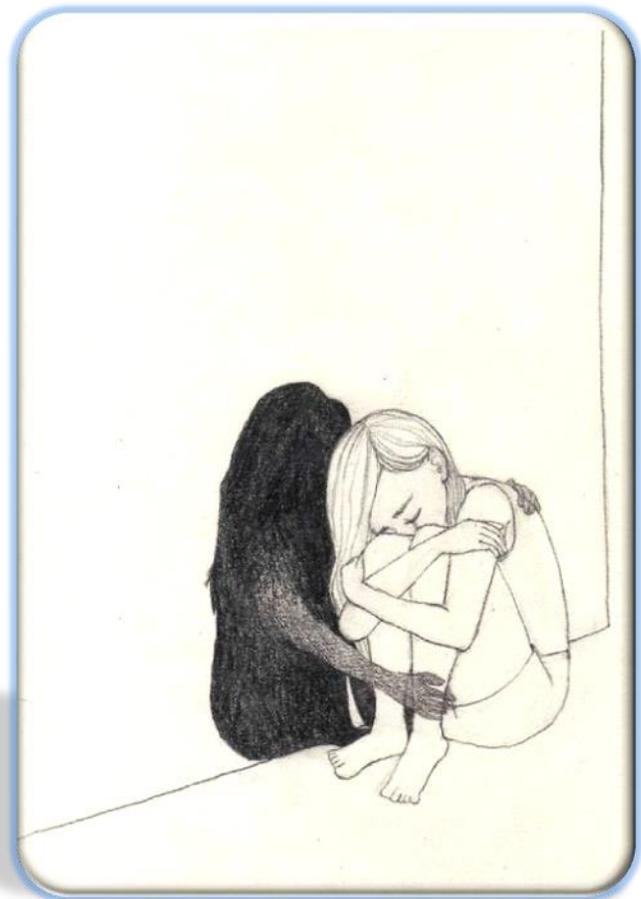




ESTUDIO DE CASO

“REALIZADO A UNA
PACIENTE CON
ALTERACIÓN EN EL
DÉCIMO PATRÓN
FUNCIONAL DEL
MODELO DE
MARJORY GORDON
ADAPTACIÓN-
TOLERANCIA AL
ESTRÉS,
ELABORADO EN UN
HOSPITAL
GENERAL”



COORDINADOR: MTRO. FRANCISCO
ENRÍQUEZ TORRES

PRESENTA:

SHEILA ERANDENÍ CARRASCO
DURÁN

13 DE NOVIEMBRE DE
2017



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.

“ESTUDIO DE CASO”

*“REALIZADO A UNA PACIENTE CON ALTERACIÓN
EN EL DÉCIMO PATRÓN FUNCIONAL DEL
MODELO DE MARJORY GORDON ADAPTACIÓN-
TOLERANCIA AL ESTRÉS, ELABORADO EN UN
HOSPITAL GENERAL”*

COORDINADOR:

MTRO. FRANCISCO ENRÍQUEZ TORRES

PRESENTA:

SHEILA ERANDENÍ CARRASCO DURÁN

RECONOCIMIENTOS

Comenzaré por expresar mi reconocimiento a las instituciones que me han permitido realizar ésta excelente especialidad. A la máxima casa de estudios la Universidad Nacional Autónoma de México, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia que forma parte de ella. Así mismo es importante agradecer al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, que es la única sede para la Especialización en Enfermería en Salud Mental en todo el país.

Quiero expresar mi reconocimiento y gratitud a mis profesores de la especialidad: Dra. Jazmín Mora Ríos, Dr. Mario y E.E.S.M. Francisco Enríquez Torres, por compartir su amplio conocimiento con nosotros como estudiantes de la especialidad durante la teoría y práctica.

A mis siete compañeros de la especialización en enfermería en salud mental generación 2017-1/2017-2, quienes participaron en la elaboración y el desarrollo de los talleres psicoeducativos.

Deseo reconocer y agradecer a mis padres pues sin ellos no hubiese sido posible el que realizara la Especialidad. A mi hija que es mi mayor motivación y que me ha ayudado increíblemente a seguir en esto y lograr mi sueño. También a toda mi familia por el apoyo incondicional que siempre me han brindado, reconozco su gran esfuerzo que día a día hacen y mi gratitud hacia ustedes es eterna.

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	6
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	8
2.1. Objetivo General.....	8
2.2. Objetivos Específicos	8
III. FUNDAMENTACIÓN.....	9
3.1. Antecedentes.....	9
IV. MARCO CONCEPTUAL.....	12
4.1 Conceptualización de la Enfermería.....	12
4.2 Paradigmas	13
4.3 Teoría De Enfermería: Modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon.....	16
4.4 Otras teorías.....	20
4.5 Proceso de Enfermería.....	31
V. METODOLOGÍA.....	35
5.1 Estrategia de investigación: Estudio de caso	35
5.2 Selección del caso y fuentes de información.....	35
5.3 Consideraciones éticas	36
VI. PRESENTACIÓN DEL CASO	38

6.1 Descripción del caso	38
6.2 Antecedentes generales de la persona	38
VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	40
7.1 Valoración	40
7.1.1 Valoración focalizada.	41
7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete	43
7.1.3 Jerarquización de problemas.	45
7.2 Diagnósticos de Enfermería.	45
7.3 Problemas interdependientes.....	46
7.4 Planeación de los cuidados.....	46
7.4.1 Objetivo de la persona.	47
7.4.2 Objetivo de enfermería.....	47
7.4.3 Intervenciones de enfermería	47
7.5 Ejecución	47
7.5.1 Registro de las intervenciones.....	47
7.6 Evaluación	47
VIII. PLAN DE ALTA.....	53
IX. CONCLUSIONES.....	54
X. BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	66

I.-INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso pretende describir la atención especializada de Enfermería en Salud Mental durante un periodo de práctica clínica en un Hospital General, a una paciente con alteración en el décimo patrón funcional de Marjory Gordon de “Adaptación-Tolerancia al estrés”, dicha paciente se encuentra pasando por una crisis circunstancial ya que la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) que padece recientemente se ha agravado a fase terminal (IRCT). Al encontrar alteración en el patrón funcional que mencioné anteriormente, uno de mis principales diagnósticos de Enfermería que realicé fue el de Afrontamiento individual ineficaz y con ello también una de las intervenciones que encontré prioritarias de realizar es la de ampliar sus recursos de afrontamiento ante su padecimiento.

Considerando que la IRCT es una enfermedad crónica y catastrófica, con frecuencia su diagnóstico y tratamiento afecta la estructura de la vida del paciente y su entorno, pues se relaciona con el sufrimiento y el riesgo de muerte. Además, altera la percepción del presente y del futuro. El paciente se ve sometido a cambios amenazadores, relacionados directamente con la enfermedad, con los efectos secundarios de los tratamientos, con la angustia asociada a la incertidumbre que los caracteriza, con los tiempos de espera, el cambio en los roles del enfermo, la pérdida de ciertas capacidades funcionales o del trabajo, los cambios en su imagen corporal, el afrontamiento de la propia muerte y lo que ello conlleva. El paciente se ve obligado a cambiar su estilo de vida, pues su organismo sufre grandes cambios en lo fisiológico, orgánico y emocional, encontrándose con periodos estresantes, agotadores y emocionalmente devastadores.¹

El ingreso al tratamiento de hemodiálisis desencadena una situación de crisis, en la que el paciente debe hacer un esfuerzo por adaptarse y rediseñar su vida en función de las limitaciones de su enfermedad. Constituye un suceso vital estresante que requiere un cambio en la rutina habitual del individuo, perturbándola o amenazándola, causando, además, una necesidad de reajuste sustancial en las condiciones del organismo. Esta

¹ Álvarez, M. P. S., Garrido, L., Fuentes, M., Guzmán, M., & Lizano, M. (2011). Estudio de los estilos de apego adulto en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Universitas Psychologica*, 8(2), 413-422.

disfunción es una pérdida más, que se vive como una vejez prematura y una muerte que se aproxima.²

El significado psicológico o subjetivo del estresor, para el sujeto, constituye un importante elemento disposicional que media en el proceso adaptativo. De ahí la importancia de los recursos psicosociales de afrontamiento de estrés como la autoestima y el apoyo social, que permiten percibir que hay menos situaciones que exceden los recursos y, por tanto, se experimenta menos estrés.³

Ahora bien, en el estudio de caso que expongo se desarrolla en diez apartados, en el primero se detallan los objetivos, así mismo algunos antecedentes dentro de la fundamentación. Posteriormente se abordarán temáticas relacionadas con la epistemología de enfermería, se expone la conceptualización, paradigmas y teorías de la enfermería, además se incorporan otras teorías, como la de intervención en crisis, entrevista motivacional y el modelo de afrontamiento según Lazarus y Folkman. Se continúa refiriendo la metodología que sustenta esta profesión: el Proceso de Enfermería. En el quinto apartado se incorporan los aspectos metodológicos que se siguieron, la selección del caso, el contacto con la paciente, así como las fuentes de información y consideraciones éticas.

En el sexto apartado se muestra el caso y los antecedentes de la paciente, para dar continuidad al apartado séptimo donde se expone la atención especializada de enfermería en salud mental a través del Proceso de Enfermería con base a la valoración de los once patrones funcionales de Marjory Gordon, después de éste se detalla el plan de alta que se le brindó a la paciente y a la familia, también se incluyó un apartado de las propuestas que me hubiese gustado utilizar para realizar una valoración más amplia en la paciente.

Por último, se puntualizan las conclusiones en función a los resultados obtenidos de la atención especializada de enfermería en salud mental, y para finalizar, se incorporan los anexos que se utilizaron también para poder realizar el presente estudio de caso.

² Álvarez, M. P. S., Garrido, L., Fuentes, M., Guzmán, M., & Lizano, M. (2011). Estudio de los estilos de apego adulto en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Universitas Psychologica*, 8(2), 413-422.

³ idem

II.- OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

- 👤 Describir la atención especializada de Enfermería en Salud Mental por medio de un estudio de caso, aplicando para ello, los conocimientos y habilidades adquiridos durante la teoría y práctica, para que se traduzcan en acciones especializadas en el campo de Enfermería en Salud Mental en beneficio de la paciente que se encontraba hospitalizada en el servicio de medicina interna de un Hospital general.

2.2 Objetivos específicos:

- 👤 Aplicar el proceso de enfermero, contextualizando intervenciones especializadas en salud mental.
- 👤 Utilizar intervenciones breves de salud mental en beneficio a la paciente.
- 👤 Determinar un plan de estrategias que permitan incrementar la capacidad de afrontar y fortalecer los conocimientos, evitando así recaídas, deterioro y cronicidad.

III.- FUNDAMENTACIÓN

3.1. Antecedentes

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es un problema importante de salud pública en México con una incidencia de aproximadamente 4000 nuevos casos por año; entre 8 y 10% de la población mexicana mayor de 20 años padece esta enfermedad, y entre las causas principales se encuentra la diabetes. El término diálisis peritoneal (DP) incluye las técnicas de tratamiento sustitutivo de la función renal que utilizan como membrana de diálisis la membrana peritoneal, membrana biológica que opera como una membrana dialítica. Existen dos modalidades de DP: la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), que se lleva a cabo manualmente, y otra que se sigue de manera automatizada, la diálisis peritoneal automática (DPA). La DPCA consiste en la aplicación de bolsas gemelas para el intercambio de líquido de diálisis previamente introducido en la cavidad peritoneal. Este líquido se vacía en una de las bolsas, para posteriormente introducir líquido nuevo proveniente de la segunda bolsa. Las toxinas y el exceso de agua de la sangre pasan al líquido que se recambia varias veces al día manualmente. Esto mantiene la función renal residual durante más tiempo.

Se ha definido como diálisis adecuada "la cantidad y calidad de diálisis necesaria para que el paciente se encuentre bien, sin sintomatología urémica, con la mejor corrección posible de las alteraciones metabólicas y sistémicas relacionadas con la uremia, consiguiendo una larga supervivencia del paciente y de la técnica con la menor morbilidad además de permitir una buena calidad de vida". Sin embargo, se ha reportado que el impacto de la DPCA en la calidad de vida del paciente suele ser muy importante, con profundas consecuencias psicosociales para él y su familia. Los tratamientos sustitutivos de la IRC garantizan la supervivencia pero no necesariamente se traducen en un completo bienestar físico, psicoemocional y social, por lo que aspectos vinculados a la calidad de vida y la estabilidad emocional y afectiva del paciente pueden ser determinantes para el éxito del tratamiento de la IRC.⁴

⁴ Rivera-Ledesma, A., Montero-López Lena, M., & Sandoval-Ávila, R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud mental*, 35(4), 329-337. Diciembre 15, 2016. Sitio web: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000400008&script=sci_arttext

Es sabido que la presencia de un trastorno emocional (e. g., depresión, desesperanza, ansiedad) suele mediar la evolución de la enfermedad a través de su impacto en la adherencia terapéutica, lo cual puede implicar un agravamiento de la sintomatología orgánica, y traducirse en un nuevo impacto emocional, lo cual plantea un círculo vicioso de importancia.

Caporale (2010) ha reportado una morbilidad psíquica de 46.7% en pacientes con DPCA. Se ha destacado la frecuencia de desesperanza, depresión, ansiedad, enojo, resentimiento, culpas, deterioro de la autoimagen, aislamiento social; alteración de la auto-percepción, irritabilidad, trastornos en la sexualidad y de tipo adaptativo.

Evidentemente, estas alteraciones emocionales pueden estar asociadas a distintas situaciones estresantes características en la vida del paciente en DPCA (vida laboral; temor a la discriminación social, conflictos familiares, estresores fisiológicos como el dolor, limitación de líquidos, restricción dietética, fatiga, debilidad, limitación de actividad física, alteraciones del sueño, frecuentes hospitalizaciones) y por lo tanto, tener un efecto importante sobre la calidad de vida del paciente.

La calidad de vida es la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. En relación con la salud, la calidad de vida incluye la evaluación personal con respecto a la salud y el grado de funcionamiento en la realización de actividades cotidianas en cuanto a factores físicos, psicológicos, sociales, funcionalidad y bienestar emocional. Se ha reportado una importante relación entre el estado emocional de un paciente y su calidad de vida.

Por otro lado, estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución activa y positiva del problema han sido asociadas con una mejor adaptación al tratamiento hemodialítico, en tanto que estrategias evasivas o pasivas se han asociado con una menor capacidad adaptativa y malos resultados en la intervención terapéutica.⁵

El afrontamiento religioso constituye una estrategia comúnmente seguida por los pacientes bajo tratamiento de diálisis. El afrontamiento religioso puede ser visto como una

⁵ Ídem

estrategia dirigida a conseguir ayuda de un ser superior sobrenatural, y de acuerdo con Pargament, está diseñado para ayudar a las personas a encontrar significado y propósito en la vida, confort emocional, control personal, intimidad con otros, salud física o espiritualidad, mediante métodos como el perdón, la purificación, la confesión y el apoyo espiritual.

Se han destacado dos aspectos básicos de la vida espiritual: uno vinculado con la satisfacción ante la vida y otro asociado al establecimiento de una relación personal con lo divino. Se ha reportado una importante relación entre salud mental, espiritualidad y la habilidad para afrontar la enfermedad y las situaciones de duelo, aunque algunos investigadores han obtenido resultados poco alentadores en pacientes diabéticos, con IRC o en sujetos de la comunidad. Es probable que esta contradicción se deba a que la religión y la vida espiritual producto de la experiencia religiosa a menudo son asumidas como una estrategia de afrontamiento temporal circunscrita a situaciones críticas extremas para el sujeto, por lo demás desligadas de una intensión de cambio y crecimiento personal. En este orden de ideas, el afrontamiento religioso se asume como un acto supersticioso que puede aportar apoyo emocional para el individuo pero no una modificación más profunda del carácter. Por otro lado, se ha encontrado, en sujetos mexicanos, que la espiritualidad resultante de una productiva relación con la vida y las personas, sin relación directa con lo religioso, genera cambios de carácter que pueden impactar positivamente la salud mental del sujeto.⁶

Aspectos Psicosociales del paciente en Hemodiálisis

Se debe subrayar que se trata de pacientes crónicos y no terminales. Terminal es la función del riñón, no la vida. Precisamente la enfermedad se llama Insuficiencia Renal Crónica Terminal, en adelante (IRCT), aludiendo a la función terminal de los órganos. En el caso del paciente con IRCT, la aceptación le permite pensar que la enfermedad es una parte, si bien importante, sólo una parte de su vida.⁷

⁶ Rivera-Ledesma, A., Montero-López Lena, M., & Sandoval-Ávila, R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud mental*, 35(4), 329-337. Diciembre 15, 2016. Sitio web: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000400008&script=sci_arttext

⁷ Kersner, P. (2013). Aspectos Psicosociales del paciente en Hemodiálisis. *Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol*, 7(1). Diciembre 12, 2016. Sitio web: <http://hpc.org.ar/images/revista/219-v3p142.pdf>

Elisabeth Kubler-Ross describe cinco etapas en el paciente que sabe que va a morir. Se he observado que estas fases se repiten de igual modo desde el momento en que el paciente recibe el diagnóstico de IRCT y el tratamiento a seguir (hemodiálisis). Lo que cambia es que en la última fase, la de aceptación, no se trata de una aceptación de la muerte, «un dejarse morir en paz», sino que se trata de una aceptación de la vida, que incluye la esperanza de un futuro trasplante.

A esto apunta a un trabajo psicosocial con la persona que padece IRCT. Rescatar los aspectos que hacen a la subjetividad de la persona. El paciente no sólo es un riñón enfermo, es un sujeto con historia, proyectos y un entramado de vínculos que hay que buscar y traerlos nuevamente para que pueda sostenerse desde allí. Uno de los pilares del trabajo psicoterapéutico reside en acompañar al paciente y a la familia, a que pueda realizar el duelo. Duelo de haber dejado de tener un organismo sano y renunciar a aquellos proyectos y estilo de vida que llevaba a cabo hasta que se le declaró la enfermedad. Ese trabajo de duelo posibilitará que el paciente pueda pensarse en una nueva instancia de su vida, aceptar aquello que ya no puede hacer o emprender y proyectarse desde sus deseos a partir de sus posibilidades físicas y psíquicas hacia nuevos proyectos. Entre ellos, cobrará relevancia la posibilidad de un futuro trasplante.⁸

IV.- MARCO CONCEPTUAL

4.1 Conceptualización de enfermería

Es común encontrarse con la aseveración de que la enfermería surgió como una necesidad imperiosa de la persona y que siempre existió alguien que se ocupara del cuidado de los enfermos. Esta tarea suele asociarse con la mujer. Actualmente existe consenso de que la enfermería es una práctica social que se ha convertido en una actividad científica muy compleja, enfrentada a un rol cambiante y en busca de su propio camino e identidad.

⁸ Kersner, P. (2013). Aspectos Psicosociales del paciente en Hemodiálisis. *Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol*, 7(1). Diciembre 12, 2016. Sitio web: <http://hpc.org.ar/images/revista/219-v3p142.pdf>

La enfermería como toda profesión debe trazar sus metas de desarrollo que respondan a las necesidades sociales en materia de salud individual, familiar, grupal y comunitaria.⁹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2014. 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.¹⁰

4.2 Paradigmas

Epistemológicamente, parece existir consenso de que un paradigma es un conjunto de normas que definen un estilo, un método, una cosmovisión o visión desde una macroestructura, es utilizada por los subsistemas y sistemas humanos. Se define paradigma como un marco teórico-metodológico que utiliza el investigador para interpretar los fenómenos sociales en el contexto de una determinada sociedad. Polit y Hungler (2000) definen paradigma como una visión del mundo, una perspectiva general de las complejidades del mundo real, en que los paradigmas en la investigación humana a menudo van en función de la manera en que se responden a interrogantes filosóficos básicos, encontrándose entre ellos el interrogante metodológico. Pinus (2002) dice que para Kuhn los paradigmas son realizaciones universalmente conocidas que durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica. Así, podemos deducir que los paradigmas ofrecen un camino para la construcción de conocimientos, con ellos se dan herramientas útiles para el abordaje de los diferentes fenómenos y su contribución al desarrollo de la ciencia. Diferenciándose por su concepción del mundo y, desde una perspectiva científica, por la relación entre la relación sujeto (investigador) y objeto (fenómeno de estudio). Los paradigmas tienen origen en el

⁹ Parentini, M. R. (2002). *Historia de la enfermería: aspectos relevantes desde sus orígenes hasta el siglo XX*. Montevideo, Uruguay. Ediciones Trilce.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Enfermería definición; 2014. Consultado en diciembre 8, 2016, Sitio web: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

siglo XIX y principios del siglo XX, el cual se cubrió de epistemología y del pensamiento filosófico.¹¹

Según Kuhn los paradigmas de una disciplina científica preparan al personal básicamente para la práctica con el objeto de definirla y guiarla, por lo que las teorías ayudan a la práctica, mediante bases teóricas, filosóficas y modelos conceptuales. La filosofía de Kuhn favorece para comprender la evolución de la teoría de enfermería, mediante modelos paradigmáticos de la ciencia, que ha hecho no sea ajena a los momentos histórico-sociales y culturales al generarse dichos paradigmas.

De acuerdo a las corrientes del pensamiento se conocen tres tipos de paradigmas, el Paradigma de categorización (1850- 1950), en el cual todo fenómeno viene de algo y ha inspirado dos orientaciones la salud pública y enfermedad; el Paradigma de integración (1950-1975), va en relación a la orientación de los cuidados de enfermería hacia la persona; y el Paradigma de la transformación (1975-siglo XX), donde cada fenómeno es único e irrepetible. Un paradigma no es mejor ni peor entre sí, uno prevalece ante otro en la medida en que brinde mejores y mayores posibilidades de conocer y comprender el objeto de investigación en estudio. Esto es que presente un conjunto de problemas definidos, junto con algunos métodos que se consideran adecuados para conseguir los objetivos establecidos. En el ámbito de Enfermería no existe un paradigma dominante que aclare la práctica y guía de pensamiento, porque la complejidad de las respuestas humanas y el cuidado enfermero dificulta que un sólo modelo pueda dar explicación a alguna de estas. Sin embargo el paradigma de la transformación, 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”. Enfermería, no pudo quedar ajena a esa inquietud reformista.

Paradigma de la transformación

La evolución que había tenido la enfermería al pasar de un oficio o trabajo artesanal con labores de cuidado basadas en el espíritu de servicio, no fue sencillo para pensarse como el inicio de un pensamiento científico en su disciplina. De acuerdo a Merton (2002) el paradigma de la transformación cumple cinco funciones: 1) proporciona una estructura

¹¹ González, L. Olvera, G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2011; 19 (2): 105-108. Diciembre 12, 2016. Sitio web: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=31760>

compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones que puede utilizarse para la descripción y el análisis, 2) reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita, 3) aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas, 4) promueve el análisis más de la descripción de detalles completos, y 5) permite codificar el análisis cualitativo de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis.¹²

Con lo anterior se reafirma que los cuidados no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, más bien están basados en un conocimiento científico, que permite la indagación en escenarios naturales de manera lógica y con mayor calidad en el cuidado y proceso salud-enfermedad con un desarrollo y avance profesional. Se ha insistido en que el viejo paradigma se ha tornado obsoleto y contrario a los verdaderos intereses de la humanidad. Por lo que, un nuevo paradigma va orientado hacia la demanda del conocimiento, especialmente en el área de la salud. De no poderse resolver, este será finalmente rechazado y reemplazado por otro nuevo que no es compatible con el anterior. Por ello, el paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes, ya que es un proceso recíproco y simultáneo de interacción. En este sentido la Enfermera crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona que a su vez se beneficia de la persona para el desarrollo de su propio potencial, orientado a la persona, entorno, salud y enfermedad. Por lo tanto enfermería confiere que la persona evolucione en la búsqueda de una calidad de vida y defina su potencial y sus prioridades.

En la salud, le da un valor y sentido de acuerdo a la experiencia vivida, en donde la salud va más allá de la enfermedad. Y tanto el entorno como la persona poseen una constante interacción aun teniendo su propio ritmo, su orientación y velocidad ya que tienen una estrecha interacción a lo largo de la historia. La enfermería enlaza diferentes dimensiones de los factores que influyen en el cuidado profesional de enfermería para obtener elementos sólidos que la ayudan a pensar al ser humano en su dimensión holística. Es por ello que hace lenta y compleja la transformación paradigmática de la enfermería como profesión, por lo que el profesional ha teniendo siempre en cuenta asegurar la salud y el bienestar del paciente siendo la esencia principal misma el cuidado.

¹² González, L. Olvera, G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2011; 19 (2): 105-108. Diciembre 12, 2016. Sitio web: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=31760>

Éste paradigma pudo haber funcionado de manera más o menos adecuada en el pasado, sin embargo ahora, frente a la situación global la aplicabilidad de este es necesaria en la cual la humanidad hace frente a cambios de manera constantes en la que se exige a todos que asuman una responsabilidad moral común.¹³

A modo de conclusión, los paradigmas en el quehacer de enfermería acentúan una visión de componentes filosóficos, epistemológicos e ideológicos, en el sentido de favorecer al individuo en el ejercicio de su cuidado desde una perspectiva social y profesional, para atender las necesidades de salud actuales y futuras de la población. Por ello, si enfermería ansía a ser una profesión reconocida, debe de continuar trabajando en el ámbito de nuevos conocimientos, en la utilización de la vía transdisciplinar de la transformación, cambios en la atención al proceso, mejoras en condiciones espacio-temporales, inducir a la búsqueda de la información y de nuevos conocimientos, vinculando está en la comunicación educativa. Con ello aportará con eficiencia y eficacia mejoras a las demandas de la población, funciones educativas, administrativas, y sobre todo adentrarse en la investigación para posibles soluciones en el área que le compete junto con otros profesionales de la salud, a través de la aplicación de un método científico serio y rígido que apoye y fortalezca un verdadero sustento del cuidado de enfermería.¹⁴

4.3 Teoría de enfermería: Modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon

La valoración del usuario tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del usuario para llegar al diagnóstico enfermero. Para llevar a efecto esta valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. Así se eligió la propuesta de Marjory Gordon con sus patrones funcionales (1982).

¹³ González, L. Olvera, G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2011; 19 (2): 105-108. Diciembre 12, 2016. Sitio web: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=31760>

¹⁴ Ídem

Los patrones funcionales son 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, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. La utilización de los patrones funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos relevantes del usuario (físicos, psíquicos, sociales y del entorno) de una manera ordenada lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.¹⁵

La valoración por patrones funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes.

Los 11 patrones funcionales se denominan de la siguiente manera:

- 👤 Patrón 1: Percepción - Mantenimiento de la salud
- 👤 Patrón 2: Nutricional - Metabólico
- 👤 Patrón 3: Eliminación
- 👤 Patrón 4: Actividad - Ejercicio
- 👤 Patrón 5: Sueño - Descanso
- 👤 Patrón 6: Cognitivo - Perceptual
- 👤 Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto
- 👤 Patrón 8: Rol - Relaciones
- 👤 Patrón 9: Sexualidad - Reproducción
- 👤 Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al estrés
- 👤 Patrón 11: Valores - Creencias

Valoración por patrones funcionales

Patrón 1: Percepción - Mantenimiento de la salud

Este patrón describe cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.

¹⁵ Kozier, B., Berman, A., Snyder, S. J., & Erb, G. L. (2013). Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y prácticas. 9ª edición. Madrid, España. Editorial Pearson Educación.

Por tanto se incluye en él: las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc).

En concreto, mediante la valoración de este patrón pretendemos determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.¹⁶

Patrón 2: Nutricional - Metabólico

Mediante la valoración de este patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta.

Asimismo, se determinarán las características de la piel y mucosas, y su estado. Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

Patrón 3: Eliminación

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

Patrón 4: Actividad - Ejercicio

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo.

Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

Patrón 5: Sueño - Descanso

Describe los patrones de sueño, descanso y relajación a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

¹⁶ Kozier, B., Berman, A., Snyder, S. J., & Erb, G. L. (2013). Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y prácticas. 9ª edición. Madrid, España. Editorial Pearson Educación.

Patrón 6: Cognitivo - Perceptual

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección. En este patrón también se determina la existencia o no de dolor. Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.¹⁷

Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc).

Patrón 8: Rol - Relaciones

Este patrón incluye el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo. Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

Patrón 9: Sexualidad - Reproducción

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al estrés

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

¹⁷ Koziar, B., Berman, A., Snyder, S. J., & Erb, G. L. (2013). Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y prácticas. 9ª edición. Madrid, España. Editorial Pearson Educación.

Patrón 11: Valores - Creencias

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.¹⁸

4.4 Otras teorías

Parte de nuestra formación como futuros Especialistas de Enfermería en Salud Mental la constituyen los conocimientos adquiridos en los módulos teóricos, los cuales tienen como finalidad ser aplicados en la práctica clínica para así poder dar atención integral a los pacientes. Parte de esos conocimientos que me fueron de suma importancia vienen desde el primer semestre y es porque la paciente de quien realice éste estudio de caso se encontraba pasando por una crisis circunstancial, (explicaré más de lo anterior mencionado en el apartado de presentación del caso), así que para brindar las intervenciones especializadas en Salud Mental retomare tres temas de suma importancia pues con base en ellos es que brinde parte de las intervenciones a la paciente y su familia que son: Modelo de Afrontamiento, Intervención en Crisis y Entrevista Motivacional.

❖ Modelo de Afrontamiento

En las últimas décadas se ha producido un incremento del interés por el estudio de la influencia de las emociones y el comportamiento en el bienestar. Las dimensiones de afrontamiento se consideran disposiciones generales que llevan al individuo a responder y hacer frente de forma más o menos estable ante las diferentes situaciones estresantes.¹⁹

En la actualidad el modelo de afrontamiento al estrés, es propuesto por Lazarus y Folkman 1984, quienes definen el afrontamiento, como aquellos esfuerzos cognitivos y

¹⁸ Kozier, B., Berman, A., Snyder, S. J., & Erb, G. L. (2013). Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y prácticas. 9ª edición. Madrid, España. Editorial Pearson Educación.

¹⁹ Milena, A; Quiceno, J; Vinacia, S; Martínez, L; Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión, Terapia psicológica, 2009, Vol. 27, No. 1, 5-13, consultado el 18/01/17, disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100001

conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

El elemento clave, radical del modelo, es la ubicación del objeto de estudio en la relación de los sujetos con su medio, básicamente social. La valoración del sufrimiento como resultado del desequilibrio entre los recursos del sujeto, tanto objetivos como percibidos, y las demandas, igualmente percibidas y objetivas, de su entorno. Y la percepción de los esfuerzos de ajuste tanto en la modificación de las condiciones del medio como de su evaluación de sí mismo y su vivencia de la realidad. El afrontamiento sirve para dos funciones primordiales manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación, afrontamiento dirigido al problema, y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia, afrontamiento dirigido a la emoción. Estas dos funciones se influyen la una a la otra y ambas pueden potenciarse o interferirse.

A continuación se resumen los elementos dinámicos y estructurales del modelo de afrontamiento.

❖ La demanda del medio en cuanto compromiso

Si esta demanda es irrelevante.

Si por el contrario es relevante.

❖ Los procesos de evaluación de la situación estresante

• Evaluación primaria:

Consiste en analizar si el hecho es positivo o no y, además, valorar las consecuencias presentes y/o futuras del mismo.

• Evaluación secundaria:

Es la evaluación que hace el sujeto de los recursos que posee, tanto personales y sociales, como económicos e institucionales, para hacer frente a la demanda del medio. En función a esta valoración el sujeto considera si posee recursos y capacidad para hacer frente.²⁰

²⁰ Milena, A; Quiceno, J; Vinacia, S; Martínez, L; Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión, Terapia psicológica, 2009, Vol. 27, No. 1, 5-13, consultado el 18/01/17, disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100001

❖ Formas diferentes y complementarias de afrontamiento

- Afrontamiento dirigido al problema:

Orientado a su modificación, a su cambio hacia otra que no suponga amenaza para el sujeto.

- Afrontamiento dirigido a la emoción:

.En este caso el sujeto no modifica la situación, por considerar que no es posible en ese momento o en ningún momento.

Por lo antepuesto, es que existen diversas estrategias de afrontamiento que puede manejar un individuo, vinculadas a estresores específicos o a personas con características especiales. Folkman y Lazarus en la escala de Modos de afrontamiento 1985, identifican ocho estrategias diferentes:

1. Confrontación intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas.
2. Planificación pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
3. Distanciamiento intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que el afecte a uno.
4. Autocontrol esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
5. Aceptación de responsabilidad reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
6. Escape-evitación empleo de un pensamiento irreal improductivo, p. ej. Ojalá hubiese desaparecido esta situación, o como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
7. Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.
8. Búsqueda de apoyo social acudir a otras personas, amigos, familiares, etc. Para buscar ayuda información o también comprensión y apoyo emocional.²¹

²¹ Milena, A; Quiceno, J; Vinacia, S; Martínez, L; Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión, Terapia psicológica, 2009, Vol. 27, No. 1, 5-13, consultado el 18/01/17, disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100001

Al menos tres grandes aspectos deben considerarse en la conceptualización del afrontamiento:

- 1.- El afrontamiento no tiene que ser una acción que conlleve éxito, sino más bien un esfuerzo que se ha realizado.
- 2.- Este esfuerzo no necesariamente tiene que ser manifestado de manera expresa en la conducta observable, sino que puede encontrarse dirigido también hacia las cogniciones.
- 3.-Una evaluación cognitiva de la contribución de la situación es un prerrequisito del inicio de los intentos de afrontamiento.

Este modelo posee una clara apertura interdisciplinaria, hace posible integrar los datos y esquemas de diferentes disciplinas lo que facilita el desarrollo de la planificación estratégica de intervenciones que impliquen más de un tipo de servicios (sanitario, sociales, educativos, etc) y de profesionales.²²

Ahora bien, como mencione anteriormente la paciente se encontraba pasando por una crisis circunstancial, al hacer el primer contacto con ella y realizar la primer entrevista, pude identificar que la crisis por la que ella estaba pasando requería de la intervención breve de primera instancia que realicé posteriormente, aundaré a continuación más acerca del tema de Intervención en Crisis, pues consideró fue una de las primeras intervenciones especializadas que realice a la paciente y que me permitió trabajar más adelante otros temas con ella.

❖ **Intervención en Crisis**

La intervención en crisis se define como un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar sus efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones vitales) se incremente.

²² Milena, A; Quiceno, J; Vinacia, S; Martínez, L; Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión, Terapia psicológica, 2009, Vol. 27, No. 1, 5-13, consultado el 18/01/17, disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100001

- Este proceso abarca dos fases:

1) Intervención de primer orden, o primera ayuda psicológica. Puede durar de minutos a horas y puede ser proporcionada por gran número de asistentes comunitarios.

2) Intervención de segundo orden, que es el principio primordial de la terapia en crisis. Puede durar semanas o meses, y es proporcionada por terapeutas y consejeros con conocimiento de técnicas de evaluación y tratamiento.

La intervención en crisis empezó a ser estudiada sistemáticamente a partir de un gran incendio acontecido en 1942 donde murieron casi 500 personas, en EEUU. Desde entonces, la intervención en crisis se consideró imprescindible. En cualquier sistema comunitario completo de salud mental.

- La teoría de la crisis así elaborada recibió cuatro influencias teóricas:

1) La teoría de Darwin de la lucha por la supervivencia, para la cual el ser vivo tiene mecanismos adaptativos para sobrevivir.

2) Las teorías de autores como Rogers y Maslow sobre la autorrealización y crecimiento del hombre.

3) La teoría de Erickson de las etapas de la vida, donde en cada una hay una crisis para resolver.

4) Datos empíricos de observaciones en personas que atravesaron crisis importantes: desastres, enfermedades, muertes familiares, etc.

- La intervención en crisis puede entenderse como una estrategia de prevención primaria, de prevención secundaria o de prevención terciaria.

1) Prevención primaria: intervenciones antes que las crisis ocurran, y las estrategias son por ejemplo la educación pública, la instrucción para desenvolverse lo mejor posible en situaciones críticas, etc.

2) Prevención secundaria: la intervención ocurre inmediatamente después de la crisis, y sus dos estrategias básicas son la primera ayuda psicológica, y luego la terapia en crisis.

3) Prevención terciaria: dura años después del suceso crítico. Psicoterapia a largo plazo, reentrenamiento, medicación, rehabilitación, etc.²³

- **Definición de crisis**

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. Crisis significa al mismo tiempo peligro y oportunidad. Las crisis pueden ser circunstanciales o de desarrollo. Las primeras son inesperadas, accidentales (incendios, violaciones, desempleo, divorcio, etc) y dependen sobre todo de factores ambientales. Las crisis del desarrollo son más predecibles y sobrevienen cuando una persona va cumpliendo etapas en su vida desde la niñez a la senectud.

- Las crisis ocurren en una serie de etapas:

1) Se eleva la tensión al comienzo por el impacto del suceso externo.

2) La tensión aumenta más porque no se puede enfrentar la nueva situación con la norma habitual de conducta.

3) Al incrementarse la tensión, se movilizan otros recursos que pueden desembocar en varios resultados: reducción de la amenaza externa, éxito en el enfrentamiento con la situación, redefinición del problema, etc.

4) Si nada de lo anterior ocurre, la tensión aumenta hasta provocar una grave desorganización emocional.

Las reacciones frente a una crisis pueden ser al comienzo dos: llanto o negación de la crisis. El llanto puede conducir a la negación o a la intrusión. Esta última significa sentirse invadido por sentimientos de dolor, imágenes del impacto, pesadillas, etc. La intrusión lleva a la penetración, proceso donde se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. Implica definir problemas, tomar decisiones o aprender soluciones nuevas, movilizar recursos personales o externos, reducir efectos desagradables, etc. La penetración lleva la etapa

²³ Slaikou, K. A., & López, M. E. G. (1996). Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. México: Manual moderno. Capítulo 1.

final, que es la consumación, o integración de la situación de crisis dentro de la vida del individuo. La crisis puede dar como resultado un mejoramiento o un empeoramiento del sujeto.

El suceso precipitante (pérdida de un ser querido, desempleo) choca sobre la persona, familia, comunidad o sistema cultural. Este interactúa con la personalidad del individuo, un proceso medido en términos de cinco subsistemas CASIC (conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo).²⁴

- **Crisis circunstanciales**

Las crisis circunstanciales (enfermedad infantil, secuestro, terremoto, etc) tienen poca o ninguna relación con la edad del individuo (a diferencia de la crisis de desarrollo) y pueden sobrevenir en cualquier momento de la vida y a cualquiera, la crisis circunstancial tiene cinco características:

- 1) Es repentina: aparece de golpe.
- 2) Es inesperada: no puede ser anticipada.
- 3) Es urgente, pues amenazan el bienestar físico o psicológico.
- 4) Masiva: muchas crisis circunstanciales afectan a muchas personas al mismo tiempo (por ejemplo desastres naturales).
- 5) Peligro y oportunidad: la crisis puede desembocar en un mejoramiento o empeoramiento de la situación de la persona.

Ejemplos de crisis circunstanciales son enfermedades físicas o lesiones no debidas a una avanzada edad (pues estas son predecibles), muerte súbitas, crímenes, desastres naturales y guerras, etc. El primer paso en la intervención en crisis circunstanciales es centrarse en el aquí y ahora. En un desastre natural por ejemplo, salvar víctimas, o moderar los ánimos en una pelea conyugal. Luego la intervención apuntará a ayudar al individuo a introducir cambios en su vida debido a la secuela de la crisis.

- **Un modelo amplio para la intervención en crisis**

Un modelo de intervención amplio debe considerar cuatro principios clínicos: la duración, los objetivos, la evaluación y la persona que ayudará en la crisis. La duración

²⁴ Slaikou, K. A., & López, M. E. G. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: Manual moderno. Capítulo 2.

depende del tiempo que necesite la persona para recobrar su equilibrio. En general, oscila entre una y seis semanas.

En cuanto a los objetivos, algunos dicen que la intervención debe tener como meta ayudar a la persona a restablecer su equilibrio, y otros dicen que en realidad la persona no vuelve a un equilibrio anterior sino a un nuevo equilibrio, por lo tanto aquí la meta es ayudar al individuo en su aprendizaje de nuevas formas de resolver problemas. La evaluación implica hacer un examen de las capacidades y deficiencias de la persona en crisis, y de la familia y del entorno social y laboral donde vive. En cuanto al profesional que ayuda, éste debe ser más activo, directivo y orientado hacia las metas vistas anteriormente que cuando opera en situaciones de no crisis. La duración, los objetivos, la evaluación y las estrategias de intervención variarán si se trata de intervenciones de primer orden o de segundo orden. Así, en cuanto a la duración, esta será de minutos a horas en intervenciones de primer orden, y de semanas a meses en intervenciones de segundo orden.

- **Objetivos:** En el primer orden es el restablecimiento inmediato: dar apoyo, reducir la mortalidad, vincular a recursos de ayuda, etc. En el segundo orden el objetivo es la resolución de la crisis: enfrentar el suceso crítico, integrar el suceso a la estructura de vida, establecer sinceridad y decisión para enfrentar el futuro, etc.
- **Procedimiento:** En el primer orden, la estrategia pasa por los cinco componentes de la primera ayuda psicológica, y en el segundo orden, aplicar la terapia multimodal.²⁵

➤ **Intervención de primer orden: primera ayuda psicológica**

Tiene cinco componentes básicos, que son:

1) Hacer contacto psicológico: hacer sentir al paciente que es escuchado, comprendido, aceptado y apoyado. Comunicar interés, simpatía, invitar a dialogar, resumir y reflejar hechos y sentimientos.

²⁵ Slaikou, K. A., & López, M. E. G. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: Manual moderno. Capítulo 4.

2) Examinar las dimensiones del problema: centrarse en el pasado, presente y futuro inmediatos a la crisis. En el pasado ver el suceso precipitante, así como la fuerza y debilidad en las 5 áreas CASIC en la pre- crisis. En cuanto al presente, también indagar como estaban en el momento de la crisis las 5 áreas CASIC, los recursos personales (internos) y sociales (externos), y la mortalidad. En el futuro inmediato considerar las decisiones inminentes que se tomarán (qué se hará esta noche, este fin de semana, próximos días o semanas, etc).

3) Examinar las soluciones posibles: El objetivo aquí es identificar una o más soluciones o necesidades inmediatas y posteriores. Los medios son preguntar al paciente lo que ha intentado hasta ahora; explorar lo que puede o pudo hacer ahora; proponer otras alternativas: nueva conducta del paciente, redefinición del problema, ayuda externa, cambio ambiental.

4) Ayudar a tomar una acción concreta: el objetivo es implementar soluciones inmediatas intentadas al encontrar necesidades inmediatas. Si la mortalidad (peligro de morir) es baja y el paciente es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces aquí se lo estimulará a actuar, se lo instará a dialogar y se lo aconsejará. En una palabra se toma una actitud facilitadora. En cambio se toma una actitud directiva para controlar la situación cuando hay mortalidad alta y la persona no es capaz de actuar en su propio beneficio (un intento de suicidio, por ejemplo).

5) Seguimiento: O registrar la evolución posterior del paciente. Hay que asegurarse aquí que seguirá con el apoyo recibido, que la mortalidad se mantendrá baja, y que hay un enlace con recursos consumados, o sea puede seguir aplicando las soluciones ensayadas antes. El seguimiento concluye cuando nos aseguramos que el paciente hizo un enlace con necesidades posteriores. Si no, debe volverse a la etapa 2 (examen de las dimensiones del problema).²⁶

Para finalizar éste apartado de otras teorías terminare con el tema de Entrevista Motivacional, pues sin duda fue una herramienta imprescindible para brindar las intervenciones especializadas de salud mental, que además me apoye en las técnicas de la misma para observar logros en la paciente y más importante aún, considero yo, para que la paciente se sintiera con beneficios y logros después del trabajo que realizamos juntas.

²⁶Slaikou, K. A., & López, M. E. G. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: Manual moderno. Capítulo 6.

❖ Entrevista Motivacional

La entrevista motivacional tiene por objetivo aumentar la motivación intrínseca del paciente, de manera que el cambio surja de dentro más que se imponga desde fuera.²⁷

Así mismo quiero mencionar los cinco principios generales de la entrevista motivacional:

- **Expresar la empatía**

La actitud a este principio de empatía se podría llamar escucha reflexiva adecuada, los terapeutas intentan comprender los sentimientos y perspectivas de los pacientes sin juzgar, criticar o culpabilizar, la aceptación no es lo mismo que el acuerdo o la aprobación.

Es posible aceptar y comprender la perspectiva del paciente pero no estar de acuerdo con ella, la actitud de aceptación tampoco prohíbe al terapeuta que difiera de los puntos de vista del paciente. La actitud crucial es una escucha respetuosa del paciente con un deseo de comprender sus puntos de vista.

- **Crear una discrepancia**

El enfoque general consiste en hacer que sea el propio paciente el que dé las razones que tiene para cambiar, más que el terapeuta. Las personas se convencen más a menudo por lo que se oyen decir a sí mismas que por lo que otras personas les dicen. Cuando la entrevista motivacional se aplica adecuadamente, el paciente, y no el terapeuta, verbaliza por sí mismo sus preocupaciones.

- **Evitar la discusión**

El terapeuta debe evitar discutir, y las confrontaciones cara a cara, la situación menos deseable, desde este punto de vista, es la del terapeuta que discute con el paciente a fin de convencerle que tiene un problema y de que necesita cambiar mientras que el paciente defiende un punto de vista opuesto.

²⁷ Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona, España. Editorial Paidós.

- **Darle un giro a la resistencia**

La entrevista motivacional no se trata de ganar o perder, el paciente no es un oponente al que se deba vencer de todas maneras la mejor manera de definir esto es que se trata de cómo darle un giro a la resistencia.²⁸

Por ejemplo, cómo las razones que da un paciente se pueden girar o cambiar levemente a fin de crear un nuevo momento para el cambio el objeto que se mueve no es un cuerpo, sino una forma de percepción. El paciente empieza eliminando las percepciones presentes, y descubre que aparecen en una forma diferente.

- **Fomentar la autoeficacia**

Autoeficacia se refiere a la creencia que tiene una persona sobre su habilidad para llevar a cabo con éxito una tarea específica.

Existen varios mensajes que apoyan la autoeficacia. Uno es el énfasis en la responsabilidad persona la persona no sólo puede sino que debe realizar el cambio, en el sentido de que nadie más lo hará por ella, la entrevista motivacional no fomenta la esperanza de que el terapeuta cambiará al paciente.²⁹

Existen cinco estrategias que ayudan a que el paciente pueda sentirse entendido y aceptado, y que pueda verse a sí mismo y la situación en que se encuentra:

1. Preguntas abiertas: son aquellas que no pueden contestarse con una o dos palabras, a diferencia de las preguntas cerradas. Este tipo de preguntas le permiten al paciente aumentar su percepción del problema.

Le permiten al sujeto, además, extenderse en su respuesta. Le ofrecen la posibilidad de describir su problema o situación personal sin límite. Escucharlo activamente facilitará su discurso y le animará a expresarse de forma sincera.

²⁸ Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona, España. Editorial Paidós

²⁹ Idem

2. Escucha reflexiva: es una de las habilidades fundamentales de la entrevista motivacional. Se trata de averiguar lo que intenta transmitir el paciente y devolvérselo por medio de afirmaciones, que son frases sin interrogación final. Responder de manera reflexiva consiste en plantearnos una pregunta en la que uno debe plantearse: “qué me quiere decir el paciente”. El sujeto tiene claro qué nos quiere comunicar con su discurso, pero a menudo lo hace de manera indefinida o poco específica. La tarea del terapeuta es escuchar de manera cuidadosa para decodificar el mensaje, elaborar la pregunta y, finalmente, devolver la información al paciente.

3. Reestructuración positiva: se basa en dar seguridad y apoyar al paciente, al destacar sus aspectos positivos y apoyar lo dicho por él, mediante comentarios y frases comprensivas.

Sirve para aumentar su autoestima y autoconfianza, aumenta el control sobre sí mismo y su sensación de poder.

4. Resumir: esta estrategia ayuda a relacionar el contenido de los mensajes y la información que va apareciendo a lo largo de la sesión. Resumir periódicamente demuestra que estamos escuchando atentamente y que seguimos el discurso; de este modo, potenciamos la motivación del paciente hacia su propio proceso.

5. Afirmaciones de automotivación: hay que favorecerlas y provocarlas mediante preguntas evocadoras, que pueden darse sobre diferentes aspectos de su vida y su conducta.

El principio de entrevista motivacional que utilice con más frecuencia y que me parece muy importante sin dejar de lado los demás principios, es el de empatía, la actitud a este principio se podría llamar escucha reflexiva adecuada, en el se intenta comprender los sentimientos y perspectivas de los pacientes sin juzgar, criticar o culpabilizar, la aceptación no es lo mismo que el acuerdo o la aprobación. La actitud crucial es una escucha respetuosa del paciente con un deseo de comprender sus puntos de vista.³⁰

³⁰ Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona, España. Editorial Paidós.

4.5 Proceso de enfermería

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud.

- 👤 Permite a la persona participar en su propio cuidado.
- 👤 Garantiza la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales.
- 👤 Ofrece atención individualizada continua y de calidad.
- 👤 Ayuda a identificar problemas únicos de la persona.

El proceso enfermero (PE) representa el eje metodológico fundamental de enfermería para brindar cuidados, éste ha evolucionado a una tercera generación, cuyo enfoque recae en los resultados, los esperados y los obtenidos finalmente y su relación con el problema del individuo, todo ello sustentado en evidencia científica estandarizada; actualmente se consideran así a las taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC), las cuales se han convertido en lenguajes propios de la disciplina, que son reconocidos y aceptados internacionalmente.³¹

Hacia los años de 1959, 1961 y 1963 Jhonson, Orlando y Wiedenbach, cada uno en su momento, consideraron que este proceso constaba de tres etapas; valoración, planeación y ejecución, puesto que la enfermería identificaba la ayuda necesaria, la planeaba y la prestaba. Finalmente, en 1967 Yura y Walch describieron cuatro fases, agregan una a las ya mencionadas, al referir que se verificaban los resultados obtenidos (evaluación) por el mismo profesional de enfermería.

El PE se ve establecido cuando Bloch en 1974, Roy en 1975, Mundinger y Jauronen en 1975, Aspinall en 1976 y algunos autores más, añadieron la etapa del diagnóstico al definir y justificarla existencia de un juicio clínico de enfermería que hacía explícito el problema existente; de ahí la conformación del PE con las cinco etapas que actualmente

³¹ Reina, N. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Diciembre 8, 2016, *Rev Redalyc*, 17(1), 18-23. Sitio web: <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/PAE.pdf>

conocemos, por otra parte, las investigaciones en el ámbito de enfermería comienzan a elaborarse alrededor del objeto de cuidado.³²

Este proceso consta de cinco fases que se describen a continuación:

Etapa de valoración

Consiste en el proceso organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud de una persona, familia o comunidad, a través de diferentes fuentes. El objetivo de esta etapa es identificar el estado de salud de la persona en un momento determinado, como afronta y da respuesta a esta situación. Se considera la fase más importante, ya que se recopilan los datos que permiten obtener una información amplia sobre el estado de salud-enfermedad. Fundamentalmente se buscan factores de riesgo que pueden ponerles en una situación de necesidad de cuidados. La obtención de dichos datos se obtiene a partir de fuentes primarias (del propio paciente) o secundarias (allegados del paciente o registros en la historia clínica.) y el tipo de datos pueden ser objetivos, es decir, se pueden recoger a partir de escalas o instrumentos, y subjetivos, que son los que el paciente expresa, sus propios sentimientos. La recogida se realiza a través de la entrevista anamnesis, exploración física, y de la observación, incluyéndose los aspectos biopsicosociales de la persona. Durante el proceso recopilatorio de información se realiza igualmente la validación de los mismos, ya que es imprescindible comprobar la coherencia entre lo que el paciente afirma y la enfermera observa para evitar información falsa o errónea.³³

Realizar la valoración a través de los once patrones funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas, ya que se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria tanto a nivel individual como familiar o comunitario, en situaciones de salud o enfermedad, facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero.

³² Reina, N. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Diciembre 8, 2016, *Rev Redalyc*, 17(1), 18-23. Sitio web: <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/PAE.pdf>

³³ González-Castillo, M. G., & Monroy-Rojas, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 124-129.

Etapa de diagnóstico.

Según la NANDA la define “como un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.”

Se clasifican en:

- ★ Reales: Hacen referencia a estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Está compuesto por los tres elementos: Problema, etiología y signos y síntomas (PES) y se formulan siguiendo las recomendaciones de NANDA, aplicando el formato PES de Gordon.
- ★ De riesgo: Describe respuestas humanas a procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad. En este caso están formados por el problema y etiología (PE). Al no haberse producido todavía la alteración del estado de salud no existen signos y síntomas.
- ★ De promoción de la salud: Basado en el comportamiento motivado por el deseo de la familia, persona o comunidad de aumentar su bienestar. Este tipo de diagnósticos no tiene factores relacionados por lo que la formulación del diagnóstico se realizara con el problema sustentado en signos y síntomas.³⁴

Etapa de planificación

Consiste en la elaboración de estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas de salud del paciente, identificadas en el diagnóstico de enfermería.

Esta etapa se desarrolla en diferentes fases: En primer lugar se realiza la priorización de los problemas, empleando el pensamiento crítico y razonamiento clínico, basándose en la pirámide de Maslow (1943), después para la formulación de resultados esperados la taxonomía NOC y para las intervenciones enfermeras la taxonomía NIC, orientadas a prevenir la aparición de la enfermedad.

³⁴ González-Castillo, M. G., & Monroy-Rojas, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 124-129. .

Etapa de la ejecución.

Es la cuarta etapa, donde se realizan todas las actuaciones enfermeras y se pondrá en práctica el plan de cuidados elaborado, así como la continuidad de la recogida y el registro de los cuidados aplicados. Los registros deben ser objetivos y estar diseñados correctamente para asegurar que responden a las necesidades del paciente. Además sirve para una buena defensa en caso querellas y retos legales. Los profesionales de enfermería deben ser capaces de utilizar el pensamiento crítico para resolver los problemas del paciente y tomar mejores decisiones ante posibles contingencias que se puedan presentar.

Etapa de la evaluación.

El profesional evalúa de forma continua el progreso hacia la independencia, desde su situación inicial, es decir, los logros de los resultados establecidos para el individuo. Determina en qué grado se ha cumplido y decide si es necesario realizar algún cambio en el Plan de Cuidados para que la atención resulte más efectiva.³⁵

V.- METODOLOGÍA

5.1 Estrategia de investigación:

Estudio de caso, éste es una de las metodologías utilizadas en la investigación en psicología, y sin duda, una de las más útiles desde el punto de vista aplicado, pues permite que los clínicos puedan transmitir su experiencia de una forma sistemática... lo que sin duda contribuye al acercamiento entre teoría y práctica...³⁶

Ésta metodología se ajusta perfectamente con la aplicación del PE, ya que como se mencionó anteriormente, permite suministrar alternativas de solución a los diferentes problemas, que las personas pueden implementar en su vida. Por lo anterior el abordaje metodológico desde enfermería se dio a través del PE.

³⁵ Ídem

³⁶ Buela-casal G., y Sierra J. C. 2012. Normas para la redacción de casos clínicos. Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud. SSN 1576-7329 2002, Vol. 2, N. 3, pp. 525-532. Sitio web: <http://www.aepc.es/ijchp/especial.php?especial=esp3>.

A continuación menciono algunas características del estudio de caso que realicé:

-  Observacional.
-  Método de investigación descriptivo y cualitativo.

5.2 Selección del caso y fuentes de información

-  A conveniencia, noviembre del 2016.

El presente estudio de caso durante la práctica clínica de la especialización en enfermería en salud mental realizada en el Hospital General Dr. Manuel Gea González del 28 de noviembre de 2016 al 13 de enero de 2017 en la paciente RAS que se encontraba en el servicio de Medicina Interna, debido a las diversas necesidades en salud mental en el hospital, se realizaron intervenciones especializadas en salud mental tanto a pacientes como familiares por alumnos de la especialización donde aplicamos de manera oportuna los conocimientos adquiridos durante el bloque teórico.

-  Primaria directa: Entrevista

Se realizaron seis entrevistas con la paciente, la primera el día 29 de noviembre de 2016, la segunda el día 30 de noviembre de 2016, la tercera el día 1 de diciembre de 2016, la cuarta el día 3 de diciembre de 2016, la quinta el día 4 de diciembre de 2016 y por último el día 6 de diciembre de 2016.

-  Primaria indirecta: Observación e interacción con la paciente.

-  Secundaria: Búsqueda de Enfermería Basada en Evidencia, mediante consulta bibliográfica de artículos indexados en bases de datos: scielo, pubmed, elsevier. páginas web, revistas electrónicas.

5.3 Consideraciones éticas

Principios de bioética: la relación enfermera-usuario debe estar fundamentada en sólidos principios éticos, válidos, vigentes y de aceptación general, que garanticen a

ambos protagonistas un correcto proceder y una armoniosa relación, dichos principios son: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía³⁷.

Principio de Beneficencia

Principio obliga al profesional de la salud a poner el máximo empeño en atender al paciente y hacer cuanto pueda para mejorar su salud, de la forma que considere más adecuada.

Principio de autonomía

Este principio se basa en la convicción de que el ser humano debe ser libre de todo control exterior y ser respetado en sus decisiones vitales básicas. Se refiere al respeto debido a los derechos fundamentales del hombre, incluida la autodeterminación.

Autonomía significa, en el terreno médico, que el paciente debe ser correctamente informado de su situación y de las posibles alternativas de tratamiento que se le podrían aplicar. Asimismo, significa que deben respetarse las decisiones de los pacientes que, después de una adecuada información, tienen la suficiente competencia para tomar la decisión.

Principio de justicia

Se refiere a la obligación de igualdad en los tratamientos y, respecto del Estado, en la distribución equitativa de los recursos para prestar los servicios de salud, investigación, etc. Tradicionalmente, la justicia se ha identificado con la equidad, con dar a cada uno lo que le corresponde. Esta justicia o equidad no significa que se deba tratar a todos los pacientes de la misma forma, pero sí que cada uno tenga acceso a los servicios médicos adecuados, dignos y básicos.

Principio de no-maleficencia

La práctica médica ha estado asociada con la máxima latina *primum non nocere*, “sobre todo, no hacer daño” que los médicos hipocráticos practicaban y enseñaban. Este principio es distinto a la beneficencia, ya que el deber de no dañar es más obligatorio que

³⁷ Principios fundamentales de la Bioética. UNAM- FES IZTACALA. 2013. Diciembre 10, 2016. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/rivas/NOTAS/Notas1Introduccion/etiprincipios.html>

la exigencia de promover el bien. Implica, sobre todo, el imperativo de hacer activamente el bien y de evitar el mal.³⁸

Para dar conformidad a la Ley General de Salud³⁹ en su ARTÍCULO 77 bis 37 en el derecho de los pacientes número X: Ser tratado con confidencialidad: se requirió la autorización de la paciente RAS por medio de un consentimiento informado y explicándole todo lo que este documento incluye entre otras cosas que toda información sería utilizada únicamente con fines académicos salvaguardando la confidencialidad de la paciente.

A sí mismo de la Ley General de Salud, ARTÍCULO 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.⁴⁰

VI.- PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1 Descripción del caso

El presente estudio de caso fue realizado a una paciente que se encuentra en el servicio de medicina interna de un Hospital General, cuya finalidad fue la aplicación del Proceso Enfermero mediante la valoración de los once patrones funcionales de Marjory Gordon, identificando una alteración en el décimo patrón funcional de “Adaptación - Tolerancia al estrés”, la cual se encuentra cursando por una crisis circunstancial ya que la Insuficiencia Renal Crónica que padece recientemente se ha agravado a fase terminal. Al encontrar alteración en el patrón funcional, uno de mis principales diagnósticos de Enfermería que realicé fue el de Afrontamiento individual ineficaz y con ello también una

³⁸ Principios fundamentales de la Bioética. UNAM- FES IZTACALA. 2013. Enero 5, 2017. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/rrivas/NOTAS/Notas1Introduccion/etiprincipios.html>

³⁹ de Salud, L. G. (1984). Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984. *Reforma del*, 7.

⁴⁰ ídem

de las intervenciones que encontré prioritarias de realizar es la de ampliar los recursos de afrontamiento.

6.2 Antecedentes generales de la persona

Mujer de 50 años de edad. Proviene de familia monoparental. A su padre lo mataron en una pelea al encontrarse en la calle con un arma de fuego cuando ella era pequeña, así que no recuerda mucho acerca de él, aunque refiere que “solo recuerdo cosas malas de él, cuando llegaba alcoholizado o drogado y todas las peleas que había en casa” sic.pac. Refirió recibir golpes ella y su hermana por parte de sus padres y también que vivieron ambas violencia tanto física como psicológica por parte de los mismos. Su madre después de la muerte de su padre tuvo otra pareja al que llevo a vivir con ellas, aunque menciona que é se iba mucho tiempo de la casa y luego regresaba a buscar a su madre, su hermana y ella siguieran viviendo violencia por su madre y pareja hasta la adolescencia cuando se salieron ambas de su casa, ya que él abuso sexualmente de ella cuando “Rosa” tenía 17 años, la pareja de su madre intento abusar sexualmente de su hermana, ella refiere que su madre no creyó lo que ellas le dijeron y las golpeó hasta que “Rosa” quedo inconsciente y menciona que “eso fue lo último que pude soportar, ya no podía más y no quise estar de nuevo con ella, mi hermana y yo nos fuimos con unas amigas” sic.pac. Refiere que durante ese tiempo empezó a consumir alcohol y drogas (sin especificar cuáles), su familia por parte de su madre se entero de lo sucedido y las busco pero ella no quiso ir con ellos a vivir pues mencionó “yo estaba muy enojada, ellos no hicieron algo antes cuando mi padre y madre nos maltrataban, además a mí me gustaba estar en la calle y tomar con mis amigos, andar de fiesta en fiesta” sic.pac. Su hermana si se fue con su familia y buscaba a “Rosa” para convencerla de que saliera de todo eso que estaba viviendo, que perdonara a su familia, pues ellos la querían y estaban arrepentidos de no haber hecho algo antes.

“Rosa” comenta que a los 22 años cuando conoció a su esposo ella quiso cambiar su vida y dejo de tomar alcohol y drogarse. A los 23 años contrae matrimonio, su esposo es tres años mayor que ella. A los 23 años tuvo a su primer hijo y tres años después a su hija, “Rosa” menciona que gracias al apoyo que le brindó su esposo retomo sus estudios, estudio para tener una carrera técnica como secretaria bilingüe y también le consiguió por medio de su familia de él un trabajo en el Colegio de Bachilleres. Su madre falleció por complicaciones de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Cuando su madre falleció refiere haber

pasado por un proceso complicado pues le costó trabajo regresar a su vida cotidiana, comenta que tenía mucho tiempo de no estar en contacto con su madre y que su relación no era muy buena, “siento que me quede con remordimiento de no verla antes de morir” sic.pac. Su familia y amigos apoyaron para recuperarse de la pérdida, menciona que “a partir de la muerte de mi mamá retomé el consumo de tabaco para tranquilizarme, a veces consumía media cajetilla diariamente” sic.pac. Tiene una hermana mayor a la cual frecuenta continuamente, pues viven en la misma colonia y refiere que tiene una muy buena relación con ella desde que eran niñas, refiere son muy cercanas ambas, así mismo, tener una relación muy cercana con sus sobrinos. La familia de “Rosa” está constituida por su esposo y dos hijas (la información de la familia de “Rosa” está más detallada en el familiograma que está ubicado en los anexos de éste trabajo).

Antecedentes personales patológicos

Diabetes Mellitus Tipo 2 desde hace 16 años, controlada actualmente con insulina 8 UI NPH y Metformina ½ tableta cada 12 hrs.

Hipertensión Arterial Sistémica de seis años de detección, controlada con Nifedipino 30 mg cada 12 hrs.

Padecimiento actual es IRC de un año seis meses de evolución, colocación de catéter Tenckhoff izquierdo, mediante tratamiento actual Homechoice con solución al 2.5%.

VII.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 Valoración

Ficha de identificación

Nombre: R. A. S. “Rosa” **Edad:** 50 años **Sexo:** Femenino **Estado civil:** Casado

Lugar de nacimiento: Ciudad de México **Lugar de residencia:** Ciudad de México

Escolaridad: Secundaria trunca **Religión:** Católica **Ocupación:** Secretaria

Signos vitales

Temperatura: 35.7 °C Frecuencia Cardíaca: 68 Lx´ Frecuencia Respiratoria: 16 Rx´

Tensión arterial: 127/90 mmHg

7.1.1 Valoración focalizada

Once patrones funcionales de Marjory Gordon

Patrón 1: Percepción – Mantenimiento de la salud

Sin datos de alteración

Se observa arreglo personal adecuado, buena adherencia al tratamiento, niega alergias alimentarias o medicamentos. Fecha de último Papanicolaou en junio de 2016, realiza autoexploración mamaria frecuentemente, última mastografía realizada en junio 2016, niega hábitos o conductas adictivas en éste momento.

No depende económicamente de su esposo, los dos trabajan y aportan a los gastos de su familia.

La paciente comprende cada una de las enfermedades que le han diagnosticado, sus familiares están involucrados en su estado de salud y cuentan con conocimientos acerca de la Insuficiencia Renal Crónica.

Patrón 2: Nutricional - Metabólico

Alterado

Peso: 65 kg Talla: 1.68 mts Constitución: media IMC: 23.01

Refiere apetito disminuido, realizando cuatro o cinco comidas al día (desayuno, colación, comida, colación y cena) con horario fijo siempre. No refiere molestias durante la ingestión de alimentos. Ingiere líquidos de aproximadamente 2 lts. al día, incluyendo: agua natural, agua de frutas, leche, te. Entre sus preferencias alimentarias son el pollo, frutas, verduras y pastas, lleva una dieta hipocalórica y reducida en sodio por prescripción médica. Tiene conocimientos suficientes sobre alimentos y dieta equilibrada. Refiere sentirse bien con su peso.

Patrón 3: Eliminación

Sin datos de alteración

Controla esfínteres. Eliminación intestinal sin molestias, evacua 1 - 2 veces al día, heces formadas, duras, color café. Eliminación vesical sin molestias, 9 veces al día aproximadamente. Color amarillo intenso, no refiere dolor o ardor al orinar. Los factores que alteran la eliminación son debidos a falla renal crónica.

Patrón 4: Actividad - Ejercicio

Alterado

Expresión facial tensa y triste. Características del habla normal. Al hablar agacha a veces la mirada, se muestra triste y refiere sentirse inferior. Comportamiento motor adecuado. Refiere pocos deseos de participar en actividades físicas, así como cambios en sus habilidades como apatía hacia las actividades físicas y socioculturales. La paciente presenta dificultad para deambular libremente, procura realizar actividad física como caminar dentro del área de hospitalización, pero no lo hace con regularidad pues no refiere no tener ganas de hacerlo.

Patrón 5: Sueño - Descanso

Sin datos de alteración

El tiempo de sueño nocturno es de aproximadamente 7 horas, la paciente refiere que su sueño es reparador. Durante el día no tiene otros descansos como siestas, “aunque a veces se siente cansada prefiere no dormir pues eso le hace que no pueda dormir bien por la noche” sic. pac. El ambiente en el que realiza su descanso lo percibe con bastante movimiento y ruido por los demás pacientes y personal que se encuentra en el servicio, pero cuando es así se pone unos taponcitos de papel para poder dormir y descansar.

Patrón 6: Cognitivo - Perceptual

Sin datos de alteración

Nivel de conciencia alerta, orientado en tiempo, espacio, persona y circunstancia. Reconociendo lugar donde se encuentra, su domicilio, año, a sus personas significativas (esposo, hijos y hermana), memoria inmediata reciente y remota sin alteraciones. Contenido del pensamiento es coherente y organizado. Lenguaje, velocidad normal, volumen normal, tono tranquilo. En cuanto a la vista usa anteojos.

Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto

Alterado

Refiere sentimientos de tristeza, temor y minusvalía. Refiere no tener ganas de hacer cosas que antes hacía. Recientemente recibió la información de que la Insuficiencia Renal Crónica estaba en etapa terminal, se ha sentido con mucha ansiedad, irritabilidad, desesperación, angustia y tristeza pues piensa que ya morirá, además considera que ya

no tiene solución si está en fase terminal y a pesar de que los médicos le han comentado que queda la opción de la hemodiálisis y trasplante de riñón, ella siente que ya no se puede hacer nada.

Patrón 8: Rol - Relaciones

Alterado

Actualmente vive con su familia, refiere sentir distinta la dinámica familiar a partir de su padecimiento y lo cual en ocasiones le generan sentimientos de impotencia, preocupación, tristeza y enojo por sentir que no es capaz de realizar muchas cosas como antes.

No depende económicamente de su esposo pues cuenta con su trabajo.

Dentro de su familia se genera un ambiente agradable de convivencia, sin embargo en ocasiones se generan conflictos entre ellos y hay discusiones que en ocasiones no llegan a solucionar, sino a evadir.

También refiere que hace un par de meses no quería ver a la gente que antes frecuentaba como amigos, compadres, vecinos, compañeros de trabajo pues no quería que la vieran mal o sintieran lástima de ella así que optó por no buscarlos como antes, me comentó la paciente que cuando llegan a ir a su casa si los recibe y platica con ellos. La mayoría de las veces su familia tiene que insistir para que salga a la calle con ellos a realizar compras, cuando antes ella iba sola.

Patrón 9: Sexualidad - Reproducción

Sin datos de alteración

Menarca a los 14 años de edad, inicio de vida sexual activa a los 15 años, tres parejas sexuales.

G: 2 P: 2 A: 0

Menciona que los métodos anticonceptivos que utilizó, fueron inyecciones y DIU. La paciente refiere estar satisfecha con respecto a la sexualidad en su vida.

Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al estrés

Alterado

Presenta poca tolerancia a situaciones estresantes y a la frustración, desde que recibió la noticia de que la Insuficiencia Renal Crónica estaba en etapa terminal se ha sentido con mucha ansiedad, irritabilidad, desesperación, angustia y tristeza pues piensa

que ya morirá, además considera que ya no tiene solución si está en fase terminal y a pesar de que los médicos le han comentado que queda la opción de la hemodiálisis y trasplante de riñón, ella siente que ya no se puede hacer nada, así mismo hace un año comenzó a tener miedo de salir pues le daban ataques de pánico, así como estar muy irritable, con cambios de humor drásticos, poco tolerante con sus hijos, discutiendo con los demás miembros de su familia. Comentó también “no quiero estar en el hospital yo deseo estar en casa, por si me toca morir muera tranquila” sic.pac.

Dentro de la convivencia en su hogar suelen suscitarse situaciones de conflicto entre ella y su esposo, así como entre la demás familia. También la familia responde con poca tolerancia al estrés, que la mayoría de las veces no expresan entre ellos.

Patrón 11: Valores - Creencias

Sin datos de alteración

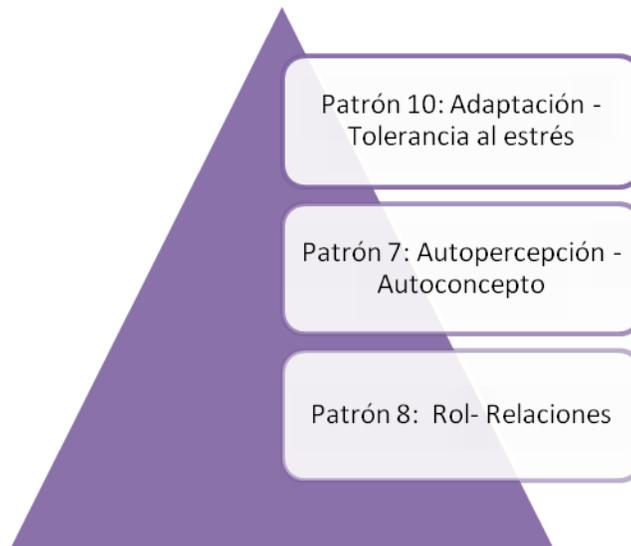
Practica la religión católica. Participa en actividades religiosas, da gracias a dios por las cosas que les ha brindado. Utilizan frases como “primero dios estaré bien cure” “primero y dios y salga todo bien”, etc.

Los valores más importantes de la historia personal de la paciente son los de amor, solidaridad, amistad, respeto y lealtad.

7.1.2. Análisis de estudios de laboratorio y gabinete

Los estudios de laboratorio y gabinete que se realizaron a “Rosa” no pude consultarlos en su expediente pues nunca logre encontrarlos en dicho lugar.

7.1.3 Jerarquización de problemas



7.2 Diagnósticos de enfermería

10. *Adaptación - Tolerancia al estrés*

- 🧠 Afrontamiento individual ineficaz relacionado con crisis circunstancial manifestado por expresar incapacidad para afrontar esta situación y que “quisiera esto fuera un sueño” sic.pac.
- 🧠 Ansiedad relacionada con amenaza de cambio en el estado de salud manifestado por inquietud y nerviosismo.
- 🧠 Duelo relacionado con pérdida de la salud manifestado por sentir constantemente amenaza de muerte.

7. *Autopercepción – Autoconcepto*

- 🧠 Baja autoestima situacional relacionado con la naturaleza amenazante para la vida del trastorno visceral manifestado por expresión negativa de si mismo, sentimientos de minusvalía y perdida de interés en cosas que hacia anteriormente.

8. Rol - Relaciones

- 👤 Afrontamiento familiar incapacitante relacionado con discrepancias en cuanto al afrontamiento de los familiares manifestado por conductas familiares que son perjudiciales para el bienestar de la paciente.

7.3 Problemas interdependientes

En el presente trabajo, no se encontró ningún problema interdependiente, es por ello que no se incorporó información al respecto.

7.4 Planeación de los cuidados

Con base en los datos recabados de la valoración a la paciente R.A.S. "Rosa" y los diagnósticos obtenidos de los patrones alterados realice la planeación de las siguientes actividades:

- 👤 Consultoría con duración de 45 a 60 min.
- 👤 Aplicación de intervención en crisis.
- 👤 Entrevista aplicando técnicas basadas en entrevista motivacional.
- 👤 Impartición de talleres psicoeducativos con base en los siguientes temas:
 - ★ Manejo del duelo.
 - ★ Autoestima.
 - ★ Adherencia al tratamiento.
 - ★ Conciencia de enfermedad.
 - ★ Cuidados al cuidador primario (familiares).
 - ★ Plan de alta.

7.4.1 Objetivo de la persona: “Quiero sentir que puedo llevar esta situación y salir de esto” sic.pac.

7.4.2 Objetivo de enfermería: Lograr que la paciente reconozca sus recursos de afrontamiento, así como fortalecer éstos mismos para que pueda llevar un afrontamiento de la situación más adecuado.

Diagnóstico de Enfermería: Afrontamiento individual ineficaz relacionado con falta de confianza en la capacidad de afrontar situaciones amenazantes m/p expresa incapacidad, solución inadecuada de los problemas.

Patrón Funcional de Marjory Gordon: 10 Adaptación-Tolerancia al estrés

7.4.3 Intervenciones de Fundamentación:
enfermería:

Se realiza intervención en crisis. Intervención de primer orden: primera ayuda psicológica

Realizar entrevista utilizando técnicas de entrevista motivacional.

Escucha activa: alentar a la paciente a la expresión de sentimientos y emociones.

La intervención en crisis se define como un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar sus efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones vitales) se incremente.⁴¹

La entrevista motivacional es una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes.⁴²

El aprovechamiento de los recursos de apoyo puede ayudar a la persona a llevar el proceso de la enfermedad.⁴³

7.6 Evaluación:

Se logró realizar la intervención en crisis así como el cumplimiento del objetivo de ésta, que es ayudar a la persona a restablecer su equilibrio, y otros dicen que en realidad la persona no vuelve a un equilibrio anterior sino a un nuevo equilibrio. Se logró asimismo que la paciente aprendiera nuevas formas de resolver problemas. Considerando que la paciente, reconoció sus recursos de afrontamiento y la importancia que tienen.

⁴¹ Slaikeu, K. A., & López, M. E. G. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México. Editorial El Manual Moderno.

⁴² Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona, España. Editorial Paidós.

⁴³ Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2013). *Enfermería psiquiátrica: planes de cuidados*. México. Editorial El Manual Moderno

7.4.1 Objetivo de la persona: “Quiero conocer que es el duelo y como se puede manejar” sic.pac.

7.4.2 Objetivo de enfermería: Incrementar el conocimiento sobre el proceso de duelo y a través del curso del tratamiento la paciente sea capaz de manejar el proceso de duelo y se evite que se complique.

Diagnóstico de Enfermería: Duelo relacionado con pérdida potencial percibida de bienestar fisio-psicosocial manifestado por sentir constantemente amenaza de muerte

Patrón Funcional de Marjory Gordon: 10 Adaptación-Tolerancia al estrés

7.4.3 Intervenciones de enfermería:

Fundamentación:

Psicoeducación de Manejo del Duelo:

Explicar a la paciente que es el proceso de duelo y que cabe esperar: tristeza, sentimiento de soledad, culpa, temor, rechazo, enojo.

Motivar a la expresión de los sentimientos y pensamientos en torno a la enfermedad.

Explicar cómo se puede manejar el proceso de duelo. Así como reconocer si el proceso de duelo se está complicando.

El proceso de duelo permite a la persona ajustarse a un cambio y comenzar a moverse hacia el futuro. Las fases del proceso del duelo son la negación, enojo, depresión, negociación y aceptación.⁴⁴

La expresión de sentimientos puede ayudar a la persona a avanzar en el proceso de duelo. Las emociones serán muy inestables inicialmente, y se irán estabilizando a medida que progresa el duelo. Es importante reforzar el trabajo del duelo según se requiera y resulte saludable. Durante las etapas de duelo, cada persona necesita de un apoyo para poder enfrentar los cambios que se presenten con alguna enfermedad o muerte, de esta forma mantener nuestra salud mental equilibrada.⁴⁵

7.6 Evaluación:

La paciente conoció y comprendió que es el proceso de duelo así como que se puede manejar e identificar si éste proceso se está complicando.

También a su familia se le brindó el mismo taller psicoeducativo, quedó el conocimiento de cómo manejar el duelo y también identificar si éste proceso se está complicando.

⁴⁴ www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/proceso_duelo.pdf Elisabeth Kübler. Ross son cinco; Consultado el 24/02/16; 22:10

⁴⁵ Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2013). *Enfermería psiquiátrica: planes de cuidados*. México. Editorial El Manual Moderno.

7.4.1 Objetivo de la persona: “No sentirme tan nerviosa por estar aquí en el hospital” sic.pac.

7.4.2 Objetivo de enfermería: Disminuir la ansiedad por medio de control de la misma y así mismo utilizar una técnica de relajación la paciente logre autorregularse.

Diagnóstico de Enfermería: Ansiedad relacionada con amenaza de cambio en el estado de salud manifestado por inquietud y nerviosismo.

Patrón Funcional de Marjory Gordon: 10 Adaptación-Tolerancia al estrés.

7.4.3 Intervenciones de enfermería:

Fundamentación:

7.6 Evaluación:

Escucha activa: Animar la expresión de los sentimientos de la paciente y dar apoyo cuando se expresen emociones, en particular las que son difíciles.

Fomento del uso de técnicas de relajación: Se proporciona a la paciente y sus familiares información acerca de cómo realizar técnicas de respiración, además de incluir las técnicas de tensión muscular.

La expresión verbal de los sentimientos y pensamientos constituye un paso inicial enfrentarlos de manera apropiada. Los ejercicios de relajación son opciones efectivas, que no requieren sustancias químicas para atenuar la ansiedad. El uso de técnicas de relajación puede dar a la paciente confianza acerca del control de la ansiedad.⁴⁶

Se logró reducir la ansiedad con las técnicas de relajación recomendadas, se les brindó la información a sus familiares acerca de las técnicas de relajación y favorecieron el que la paciente realizara los ejercicios al hacerlo juntos.

La paciente en la tercer consultoría refirió que estaba usando la técnica de respiración profunda y tensión- relajación muscular, la paciente refirió “me siento más tranquila, me gusta realizar la tensión- relajación muscular” sic.pac.

⁴⁶ Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2013). *Enfermería psiquiátrica: planes de cuidados*. Editorial El Manual Moderno.

7.4.1 Objetivo de la persona: “Me gustaría sentir que valgo para seguir viviendo” sic.pac.

7.4.2 Objetivo de enfermería: Incrementar la autoestima de la paciente y pueda llegar a tener un adecuado nivel de la misma, por medio de conocer algunas actividades para potenciar la autoestima y realice autoafirmación.

Diagnóstico de Enfermería: Baja autoestima situacional relacionado con la naturaleza amenazante para la vida del trastorno visceral manifestado por expresión de sentimientos de minusvalía y perdida de interés en cosas que hacia anteriormente.

Patrón Funcional de Marjory Gordon7: Autopercepción –Autoconcepto.

7.4.3 Intervenciones de enfermería:

Fundamentación:

7.6 Evaluación:

Potenciación de la autoestima y retroalimentación positiva.

Se realiza mediante la creación de un cuadro de virtudes y capacidades que logra identificar ella misma, estableciendo metas a corto plazo con la finalidad de observar gráficamente sus cualidades.

Retroalimentar y señalar de manera positiva las habilidades y fortalezas que muestre.

En una libreta para trabajar realizar tres listas: En una recopilar los elogios que recuerde que le hayan dicho otras personas a lo largo de su vida. En otra enumera las capacidades y fortalezas que la persona considera que posee. En un tercer listado enumerar cosas que le hagan sentirse orgulloso de sí mismo pueden ser logros,

Ayuda a las personas a que mejoren el juicio personal de su autovalía.⁴⁷ La retroalimentación positiva puede potenciar la autoestima. Ser consciente de sí mismo implica conocer los propios pensamientos y los sentimientos. Examinar nuestras emociones con sinceridad y observar cómo afrontamos las situaciones será esencial para conocernos y querernos.⁴⁸

Se logró que la paciente manifestara sus sentimientos y emociones, también que realizara las afirmaciones positivas y la paciente refirió “tenía mucho sin mirarme al espejo y decirme cosas bellas a mí misma, estoy orgullosa de haberlo hecho, aunque fue difícil no quería verme a mí en el espejo pero lo hice” sic.pac. Comenzó a realizar una actividad (leer) con sus familiares,

⁴⁷ Vives, J. F. (2003). Enfermería de salud mental. Cuidados para la mejora de la autoestima. *Psiquiatría. com*, 7(3).

⁴⁸ Ídem

actitudes ante alguna situación, entre otras.

Enseñar ejercicios de afirmaciones positivas: cada día frente al espejo se debe mirar a los ojos, y decirse en voz alta una afirmación positiva.

El sorteo de autoregalos: Este ejercicio tiene como finalidad fomentar el autocuidado, autorrespeto y el que se mire la persona así misma. Comienza haciendo un listado de pequeñas cosas agradables que podemos hacer por nosotros mismos en el día a día. Se trataría de cosas que impliquen “mimarte”, cuidarte y fomentar actividades agradables o que le causen bienestar a la persona.

Motivar a la paciente para que realice actividades recreativas, pasatiempos o algún tipo de ejercicio si es capaz de hacerlo.

Motivar a la paciente para que entre en contacto con amigos y familiares.

es algo que le gustaba hacer anteriormente.

“Rosa” refirió estar realizando los ejercicios que se le recomendaron, lo cual ha ayudado a que reconociera sus virtudes, capacidades, habilidades y fortalezas.

La paciente en la cuarta consultoría refiere sentirse de mejor ánimo.

7.4.1 Objetivo de la persona: **“Quiero que mi familia siga unida y se comprendan” sic.pac.**

7.4.2 Objetivo de enfermería: Incrementar el afrontamiento y la comunicación asertiva entre la familia y así logren el mayor bienestar para la paciente.

Diagnóstico de Enfermería: Afrontamiento familiar incapacitante relacionado con discrepancias en cuanto al afrontamiento de los familiares manifestado por conductas familiares que son perjudiciales para el bienestar de la paciente.

Patrón Funcional de Marjory Gordon: 10 Adaptación-Tolerancia al estrés.

7.4.3 Intervenciones de enfermería: Fundamentación:

Psicoeducación.

Se imparte taller psicoeducativo “La familia como factor protector”, para que continúe con la integridad familiar y aumentar el afrontamiento de la misma.

Alentar a la paciente expresar con su familia sentimientos y emociones así como gustos e incomodidades.

La familia como núcleo social básico determina en el ser humano actitudes, conocimientos y conductas que pueden afectar positiva o negativamente su salud⁴⁹. Hay actitudes que potencian la salud psíquica entre los miembros de la familia. Se desarrolla y acrecienta la salud en la medida en que somos capaces de pasar progresivamente de actitudes de resentimiento a actitudes de reconciliación, con nosotros mismos, con los demás, con las cosas y las situaciones. Pasar progresivamente de actitudes de suspicacia y recelo a actitudes de confianza.⁵⁰

7.6 Evaluación:

Los integrantes de la familia lograron entender la importancia de la familia como factor protector, comentaron en la consultoría posterior a que se les brindo el taller, estaban llevando a cabo con más frecuencia la comunicación asertiva. “Me preocupa menos que mi familia tenga diferencias en su forma de pensar” sic.pac.

⁴⁹Casanova-Rodas, L., Rascón-Gasca, M. L., Alcántara-Chabelas, H., & Soriano-Rodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental*, 37(5), 443-448.

⁵⁰Mangano C. (2011). La familia desde el punto de vista sistemático y evolutivo. 19/08/2016, de Psicología evolutiva Sitio web: http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/39c.pdf

VIII.- PLAN DE ALTA

Indicar un plan de alta sistémico, con el propósito de fortalecer la salud mental de la paciente y con ello evitar así recaídas, deterioro y cronicidad en la misma.

- 👤 Continúe fortaleciendo su autoestima por medio de las autoafirmaciones y con ello aumente la seguridad en ella misma para reforzar sus capacidades y virtudes.
- 👤 Continúe con la regulación de la ansiedad por sí misma utilizando las técnicas de relajación.
- 👤 Recuerden el aprendizaje del taller psicoeducativo de Manejo del Duelo y conserven el tríptico que se les brindó para detectar si el duelo se complica.
- 👤 Se le recomienda la expresión de sentimientos y emociones.
- 👤 Realice actividades que le gusten, así como, actividades donde pueda involucrarse su familia.
- 👤 Se les recuerda que la comunicación entre ellos de manera asertiva es importante para una adecuada relación familiar y así evitar los conflictos.
- 👤 Continúe con su tratamiento integral tanto médico como psicológico.
- 👤 Se le recomienda a la paciente que continúe con su dieta especial ó terapéutica que le indiquen, la cual ayudará a mejorar su estado de salud.

X.- CONCLUSIONES

El objetivo de éste estudio de caso fue, describir la atención especializada de Enfermería en Salud Mental, aplicando para ello, los conocimientos y habilidades adquiridos durante la teoría y práctica para que se traduzcan en acciones especializadas en el campo de Enfermería en Salud Mental en beneficio de una paciente que se encontraba hospitalizada en el servicio de medicina interna de un Hospital General ubicado al sur de la Ciudad de México donde tuvieron lugar las prácticas de la especialidad. El presente estudio de caso permitió aplicar los conocimientos adquiridos en la etapa teórica de la especialización y valorar la importancia que tiene trabajar con los pacientes y familiares que se encuentran en el hospital. Considero que el aplicar las intervenciones especializadas en salud mental en la paciente como en sus familiares tuvo resultados favorables para su salud, ya que con el aprendizaje de las técnicas de relajación (respiración profunda y tensión-relajación muscular), ella pudo regular la ansiedad además de que tuvo la posibilidad de ampliar sus recursos de afrontamiento ante su padecimiento para un manejo más adecuado de la enfermedad.

Personalmente me fue de gran utilidad, ya que puse en práctica los conocimientos adquiridos en la teoría, además de que tuve la oportunidad de aprender muchísimo no solo de ésta paciente, a quien elegí para realizar el estudio de caso, sino de todas las personas con quienes realicé mis intervenciones, tanto en pacientes como en familiares, cada día en el hospital fue de valioso aprendizaje al brindar ya fueran cuidados de enfermería general, como por primera vez en mi experiencia profesional actividades especializadas en salud mental con todo el conocimiento y sobre todo con calidad y humanismo.

De las intervenciones más importantes que realicé fue intervención en crisis. La crisis se define como: “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (Slaikau, 1996, p. 16)⁵¹.

⁵¹ Slaikau, K. A., & López, M. E. G. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: Manual moderno. Capítulo 6.

Las crisis circunstanciales (enfermedad infantil, secuestro, terremoto, etc.) tienen poca o ninguna relación con la edad del individuo y a diferencia de la crisis de desarrollo, las crisis circunstanciales pueden sobrevenir en cualquier momento de la vida y poseer cinco características:

- 1) Es repentina: aparece de golpe.
- 2) Es inesperada: no puede ser anticipada.
- 3) Es urgente, pues amenazan el bienestar físico o psicológico.
- 4) Masiva: muchas crisis circunstanciales afectan a muchas personas al mismo tiempo (por ejemplo desastres naturales).
- 5) Peligro y oportunidad: la crisis puede desembocar en un mejoramiento o empeoramiento de la situación de la persona.⁵²

La informante que elegí para participar en el presente estudio de caso, es “Rosa”, quien se encontraba cursando por una crisis circunstancial, lo que representó para ella un periodo de vulnerabilidad, pues recientemente recibió el diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica en fase terminal y ella piensa que ya morirá, además considera que ya no tiene solución si está en fase terminal. Por esta razón decidí que era la persona indicada para hacer mi intervención, además de que ella aceptó colaborar conmigo en esta actividad. Primero me enfoqué en brindar los primeros auxilios psicológicos, recordemos, citando a Slaikeu (1996) que la intervención en crisis constituye: “un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que sus efectos (estigmas, daño emocional o físico) se aminoren y en la adquisición de nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones vitales (Slaikeu, 1996, p. 114).⁵³

De igual manera, me fue de gran ayuda el comenzar haciendo contacto psicológico con “Rosa” pues el comunicar interés por lo que estaba pasando, llevo a que se sintiera escuchada y comprendida, para así seguir brindando la intervención en crisis ya que tuvo confianza en mí y eso permitió realizar dicha intervención. A continuación deseo retomar los componentes de la intervención de primer orden.

⁵² Slaikeu, K. A., & López, M. E. G. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: Manual moderno. Capítulo 6.

⁵³ *idem*

Intervención de primer orden: primera ayuda psicológica

Tiene cinco componentes básicos, que son:

- 1) Hacer contacto psicológico: hacer sentir al paciente que es escuchado, comprendido, aceptado y apoyado. Comunicar interés, simpatía, invitar a dialogar, resumir y reflejar hechos y sentimientos.
- 2) Examinar las dimensiones del problema: centrarse en el pasado, presente y futuro inmediatos a la crisis en las 5 áreas CASIC.
- 3) Examinar las soluciones posibles: El objetivo aquí es identificar una o más soluciones o necesidades inmediatas y posteriores.
- 4) Ayudar a tomar una acción concreta: el objetivo es implementar soluciones inmediatas intentadas al encontrar necesidades inmediatas.
- 5) Seguimiento: O registrar la evolución posterior del paciente. El seguimiento concluye cuando nos aseguramos que el paciente hizo un enlace con necesidades posteriores.⁵⁴

Cabe señalar que no fue tarea sencilla abordar a la paciente, al llegar al servicio donde estaba internada la paciente, recibí comentarios de las (os) enfermeras (os) que habían estado con “Rosa” brindándole atención, quienes la describían como una persona irritable: “que estaba de pésimo humor, insoportable casi todo el tiempo, que contestaba muy de malas o no contestaba, además de que golpea la cama”, por lo que me sugirieron me aproximara a ella con mucho cuidado. Al principio no supe como acercarme a ella, fue mi primera intervención en crisis, pensé que me iba a rechazar, sin embargo decidí ir con ella, seguí el encuadre que más o menos use con los demás pacientes y fui desarrollando mi intervención, poco a poco ella fue accediendo a colaborar conmigo en las intervenciones y después olvide todo lo que me dijeron de ella para así seguir trabajando con “Rosa”.

Dicho trabajo no solo se quedo en la intervención en crisis brindada a ella, sino que, además realicé otras intervenciones, entre ellas, enseñar técnicas de relajación (respiración profunda y tensión-relajación muscular), fortalecimiento de autoestima, psicoeducación, entrevistas utilizando técnicas de entrevista motivacional. Ahora bien, retomando intervención en crisis, anteriormente mencione fue una intervención que

⁵⁴ Slaikeu, K. A., & López, M. E. G. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: Manual moderno. Capítulo 6.

consideraré prioritaria para “Rosa” y puedo decir que se cumplió el objetivo de ésta, que es ayudar a la persona a restablecer su equilibrio, y otros dicen que en realidad la persona no vuelve a un equilibrio anterior sino a un nuevo equilibrio, por lo tanto aquí la meta es ayudar al individuo en su aprendizaje de nuevas formas de resolver problemas.⁵⁵

Las técnicas de entrevista motivacional me ayudaron a lograr este primer acercamiento con la paciente, asimismo, fueron clave importante para que hubiese beneficios en “Rosa”, a continuación ahondare en algunos aspectos de la entrevista motivacional que me fueron de gran ayuda. Algo fundamental que aprendí acerca de la entrevista motivacional es que la relación terapéutica es más una relación entre personas y el cómo ayuda el actuar como facilitador de procesos de cambio más que imponer un rol autoritario como experto. “El terapeuta no asume un rol autoritario. Se evita el mensaje de que «Soy un experto y voy a decirle qué es lo que usted necesita para que le funcione su vida». La responsabilidad para el cambio se deja a manos del individuo (que es por cierto donde creemos que debe estar)” (Miller, 1999, p.51).⁵⁶

Quiero mencionar también que al llevar a cabo la entrevista utilizando técnicas de entrevista motivacional a “Rosa” fue una de mis primeras experiencias de la misma, si bien “Rosa” no se encontraba en ambivalencia, en las circunstancias que estaba viviendo ella requería ampliar sus recursos de afrontamiento y puedo decir que eso se logró, ya que la entrevista motivacional “se apoya en la identificación y la movilización de los valores y metas intrínsecas del cliente para estimular el cambio” (Miller, 1999, p.50).⁵⁷

En cuanto a las técnicas de entrevista motivacional me parece que fueron bastante útiles y las ocupe durante toda la entrevista, creo que una de las que más utilice fue la de afirmar. Con dichas afirmaciones pude comunicar a “Rosa” el reconocimiento a sus fortalezas, esfuerzos, a sus propias soluciones a sus problemas, además posibilitó el que se percatara de mi escucha activa, pues estaba siguiendo su discurso y comprendiendo lo que ella relataba. Otras técnicas que también utilice durante la entrevista fueron la de

⁵⁵ Slaikou, K. A., & López, M. E. G. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: Manual moderno. Capítulo 6.

⁵⁶ Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. 1ª edición. Barcelona, España. Editorial Paidós.

⁵⁷ Ídem

resignificar y el resumen. En algunos momentos también me fue útil el realizar preguntas neutras pues en esas ocasiones se presentaba labilidad emocional y me pareció oportuno darle tiempo a “Rosa” para que pudiera expresar sus emociones y posteriormente regresar con la entrevista.

En cuanto a las habilidades que a mi sentir puse en práctica durante todo el trabajo que realice con “Rosa” fue el de la escucha activa, creo de manera muy particular es la principal, también la de no hacer juicios de valor, lo anterior lo considero imprescindible, pues si se llegara a realizar uno, la persona entrevistada puede sentirse enjuiciada y podría ser una barrera para el dialogo así como para conocer el proceso por el que está pasando la persona y él como lo está afrontando, otra habilidad que pienso se dio bastante en esta entrevista es la de empatía, pues logre crear ese ambiente de empatía con la persona entrevista.

Por otra parte, el aplicar la valoración de enfermería, es fundamental para establecer un buen diagnóstico durante las intervenciones, lo que me permitió obtener conocimiento del proceso de salud-enfermedad de “Rosa” de carácter más integral. El objetivo de esta etapa es identificar el estado de salud de la persona en un momento determinado, como afronta y da respuesta a esta situación⁵⁸. La valoración del usuario tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del usuario para llegar al diagnóstico enfermero.

Para llevar a efecto ésta valoración, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. Así se eligió el de Marjory Gordon con sus once patrones funcionales (1982). Los patrones funcionales son 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, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. La utilización de los patrones funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos relevantes del usuario (físicos, psíquicos,

⁵⁸ Kozier, B., Berman, A., Snyder, S. J., & Erb, G. L. (2013). Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y prácticas. México. McGraw-Hill.

sociales y del entorno) de una manera ordenada lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta⁵⁹. El usar éste modelo de Marjory Gordon y los once patrones funcionales, fue de gran ayuda, me permitió realizar una valoración exhaustiva de “Rosa”, su entorno, algo muy importante también fue el identificar que estaba pasando por una crisis circunstancial y la forma en cómo estaba afrontando la situación en ese momento, lo cual me dio pauta para realizar las intervenciones especializadas de enfermería en salud mental.

Adicionalmente, logré identificar algunas necesidades en “Rosa”, lo que me permitió hacer psicoeducación no solo con ella, sino con sus familiares. El ofrecer psicoeducación fue muy importante, pues se fortalecieron temas significativos para beneficio de ellos con los temas de adherencia al tratamiento, conciencia de enfermedad, manejo del duelo, autoestima, cuidados al cuidador primario (familiares) y plan de alta. Considero se logró el objetivo de la psicoeducación ya que “Rosa” y su familia expresaron haber conocido puntos importantes de los temas y el que les haya brindado dichos talleres había sido muy bueno.

Ahora bien, en los alcances de éste trabajo considero que no solo fueron beneficios para la paciente, también en su familia y aunque éste estudio de caso comprende el trabajo realizado con “Rosa”, cabe mencionar, esto en gran parte fue posible al ambiente del Hospital General donde realizamos ésta práctica clínica, considero hubo apertura por parte de la mayoría del personal para que pudiera realizar las intervenciones especializadas, en el servicio que estuve, la jefa de enfermeras de dicho servicio me brindó la confianza para realizar entrevistas, dar talleres psicoeducativos, realizar dinámicas de integración, animación, evaluación, ejercicios tanto relajantes como de estiramiento. Pude observar, que las enfermeras (os) en los primeros días se mostraban un cuanto escépticos, se asombraban por lo que yo hacía, que fuera enfermera, me preguntaron varias veces que hacíamos nosotros como enfermeras (os) en salud mental, después de varios días de estar en el Hospital algunos pocos si me preguntaban que había trabajado ese día o me comentaban con que paciente podría ir, me daban el espacio para realizar entrevistas.

⁵⁹ Ídem

En cuanto a limitaciones, algo de lo que pude percatarme, es que existe mucho estigma tanto en el personal, familiares y entre los mismos pacientes, en el personal pienso lo note más, pues es muy común el escuchar cómo se refieren a los pacientes por su diagnóstico médico, o el cómo hacen juicios de valor acerca de los pacientes, el que minimizan el por qué están internados, a las personas que tuvieron un intento suicida fue muy frecuente el que los etiquetaran como manipuladores, puedo decir que en un principio pensaba como pueden hablar así ó no lo sé, pensé que sería menos frecuente y al menos lo que pude escuchar y observar es que lo hacen con mucha frecuencia, creó que hubiese sido muy bueno que difundiéramos el taller psicoeducativo de prevención de estigma mis compañeros y yo pues si existe el estigma y el que sepan cómo prevenirlo es muy bueno, el que sepan que todos estamos en susceptibilidad de pasar por una experiencia en la que nosotros mismos tengamos algún padecimiento mental o alguien cercano a nosotros y también en cualquier momento podemos estigmatizar a alguna persona y las consecuencias que esto puede tener es muy importante estar atentos a lo que expresamos, pensamos acerca de este y otros muchos temas, creó hace falta se trabaje más esa parte con el personal y con la familia. Pienso en base a lo vivido en éste Hospital, que el estigma es un obstáculo y sigue siendo una barrera para brindar un cuidado integral y en beneficio a la persona, incluida la salud mental.

Ahora bien, con base en la experiencia vivida, no solo en esta práctica clínica sino en todas las prácticas de la especialidad, algo constante que se vivía es el estigma, lo cual considero, un tema en lo que debemos trabajar para combatir, en este caso como enfermeras (os) y pienso que el conocimiento de éste tema es imprescindible para combatirlo, sería ideal que desde nuestra formación académica como licenciatura o técnica también tuviésemos oportunidad de conocer que es el estigma, como prevenirlo y las consecuencias que tiene. Al menos desde mi propia experiencia es un tema que no conocía hasta llegar a la especialidad y de forma muy particular me hizo consciente del mismo, recordando las experiencias que tuve como estudiante al realizar prácticas en clínicas, hospitales y al trabajar también, es algo que se vive frecuentemente, pienso en el daño que podemos hacer en las personas, al estigmatizarlas y en que realmente es un tema se debe trabajar en estas áreas de la salud y muchas otras también.

Asimismo, deseo retomar un punto que es parte crucial de nosotros como profesionales de enfermería y es, el cuidado, ese cuidado incluye el cuidado de la salud mental y dicha salud mental se puede afectar si estigmatizamos a una persona. El cuidado surge cuando la existencia de otro adquiere importancia para mí, en consecuencia, me dispongo a participar de su existencia; es ese modo-de-ser mediante el cual salgo de mí para centrarme en el otro con desvelo y solicitud, desplazo la preocupación por mí misma y hago que el otro tome prevalencia. El cuidado incluye dos significados íntimamente ligados: el primero, la actitud de desvelo, de solicitud, de atención hacia el otro; el segundo, la preocupación, la inquietud, la involucración, porque supone una implicación afectiva con el otro cuya condición conmueve mi actitud y moviliza mi acción. Pero cuidar también es pensar; cuidar proviene de *cogitare* que significa pensar este segundo significado de preocupación e inquietud se vincula con el concepto de cuidado como pensamiento en el otro. La historia del cuidado humano es tan extensa como la historia de la humanidad, sin embargo, el proceso de profesionalización del cuidado se liga a la historia de la atención de la enfermedad, más específicamente al desarrollo de las instituciones de atención médica y al de la medicina como ciencia. La historia le ha dado a la enfermería el incomparable compromiso social del cuidado profesional. No entender estas raíces y la trascendencia de este compromiso, significa no entender la misión social de la enfermería como profesión⁶⁰.

Considero imprescindible expresar que el cuidado profesional que brindamos a las personas siempre debe estar fundamentado en el código de bioética, el discriminar, maltratar de cualquier forma, realizar prejuicios o ignorar a un paciente, es algo que va en contra del código de bioética y pienso como enfermeras (os) es algo que debemos siempre tener en consideración, enseñarnos unos a otros como profesionales en el cuidado de las personas que se debe ante todo brindar un cuidado de máxima calidad y sobre todo con trato digno y respetuoso.

Me gustaría realizar propuestas para mejorar la calidad de las intervenciones de la enfermera especialista en salud mental ya que considero sería para beneficio de todas las futuras generaciones. Mis propuestas serían, se amplíen los ejercicios prácticos utilizando técnicas de entrevista motivacional con usuarios ficticios durante la fase teórica

⁶⁰ Malvárez, S. (2007). El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(3).

del semestre. Tuve la oportunidad de realizar una entrevista y aprendí muchísimo pues fue mi primer experiencia casi real antes de ir a práctica y me dejó aprendizaje de las habilidades que tenía y cuáles ir adquiriendo o fortaleciendo, también sería muy bueno el que pudiésemos practicar los primeros auxilios psicológicos igual en simulaciones y se pudiese dar más tiempo para retroalimentar ese trabajo y así poder fortalecer lo que ya dominamos durante la intervención ó saber que habilidades necesitamos trabajar más para brindar una mejor intervención.

También considero, sería muy bueno que conociéramos más acerca del tema de estigma desde la fase teórica del primer semestre, pues se tendrían más herramientas para brindar psicoeducación a las personas durante las prácticas del mismo semestre.

X. BIBLIOGRAFÍA

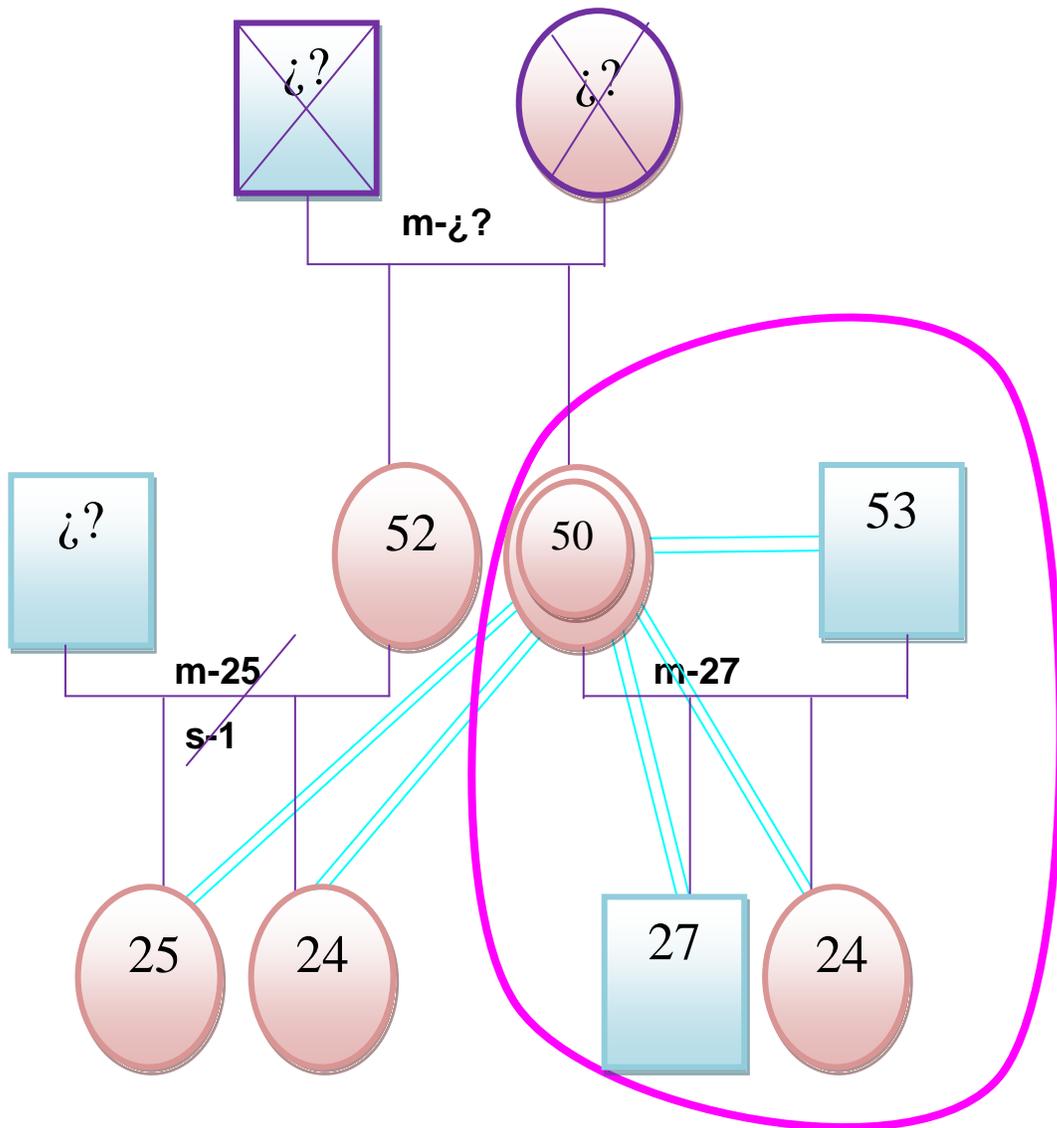
- 📖 Buela-casal G., y Sierra J. C. 2012. Normas para la redacción de casos clínicos. Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud. Diciembre 12, 2016, SSN 1576-7329 2002, Vol. 2, N. 3, pp. 525-532. Sitio web: <http://www.aepc.es/ijchp/especial.php?especial=esp3>.
- 📖 Casanova-Rodas, L., Rascón-Gasca, M. L., Alcántara-Chabelas, H., & Soriano-Rodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental*, 37(5), 443-448.
- 📖 de Salud, L. G. (1984). Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984. *Reforma del, 7*
- 📖 González-Castillo, M. G., & Monroy-Rojas, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 124-129. Diciembre 12, 2016.
- 📖 González, L. Olvera, G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* 2011; 19 (2): 105-108. Diciembre 12, 2016. Sitio web: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=31760>
- 📖 Kersner, P. (2013). Aspectos Psicosociales del paciente en Hemodiálisis. *Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol*, 7(1). Diciembre 12, 2016. Sitio web: <http://hpc.org.ar/images/revista/219-v3p142.pdf>
- 📖 Kozier, B., Berman, A., Snyder, S. J., & Erb, G. L. (2013). *Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y prácticas*. 9ª edición. Madrid, España. Editorial Pearson Educación.
- 📖 Malvárez, S. (2007). El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(3).

- 👤 Manganó C. (2011). La familia desde el punto de vista sistemático y evolutivo. 19/08/2016, de Psicología evolutiva Sitio web: http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/39c.pdf
- 👤 Milena, A; Quiceno, J; Vinacia, S; Martínez, L; Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión, *Terapia psicológica*, 2009, Vol. 27, No. 1, 5-13, consultado el 18/01/17. Sitio web: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100001
- 👤 Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. 1ª edición. Barcelona, España. Editorial Paidós.
- 👤 Organización Mundial de la Salud. Enfermería definición; 2014. Diciembre 8, 2016, Sitio web: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
- 👤 Parentini, M. R. (2002). *Historia de la enfermería: aspectos relevantes desde sus orígenes hasta el siglo XX*. Montevideo, Uruguay. Ediciones Trilce.
- 👤 Principios fundamentales de la Bioética. UNAM- FES IZTACALA (2013). Diciembre 10, 2016, Sitio web: <http://www.iztacala.unam.mx/rrivas/NOTAS/Notas1Introduccion/etiprincipios.html>
- 👤 Reina, N. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Diciembre 8, 2016, *Rev Redalyc*, 17(1), 18-23. Sitio web: <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/PAE.pdf>
- 👤 Rivera-Ledesma, A., Montero-López Lena, M., & Sandoval-Ávila, R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud mental*, 35(4), 329-337. Diciembre 15, 2016. Sitio web: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000400008&script=sci_arttext
- 👤 Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2013). *Enfermería psiquiátrica: planes de cuidados*. Editorial El Manual Moderno.

- 📄 Slaikau, K. A., & López, M. E. G. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México. Editorial El Manual Moderno.
- 📄 Triviño, Z. Sanhueza, A. (2005). Paradigmas de investigación en enfermería. CIENCIA Y ENFERMERIA XI (1): 17-24. Diciembre 12, 2016. Sitio web: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532005000100003&script=sci_arttext&tlng=pt.
- 📄 UNAM. Teorías y Modelos de Enfermería. Bases Teóricas para el cuidado especializado. 2 Edición. México D. F.
- 📄 www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/proceso_duelo.pdf Elisabeth Kübler. Ross son cinco; 24/02/16; 22:10

ANEXOS

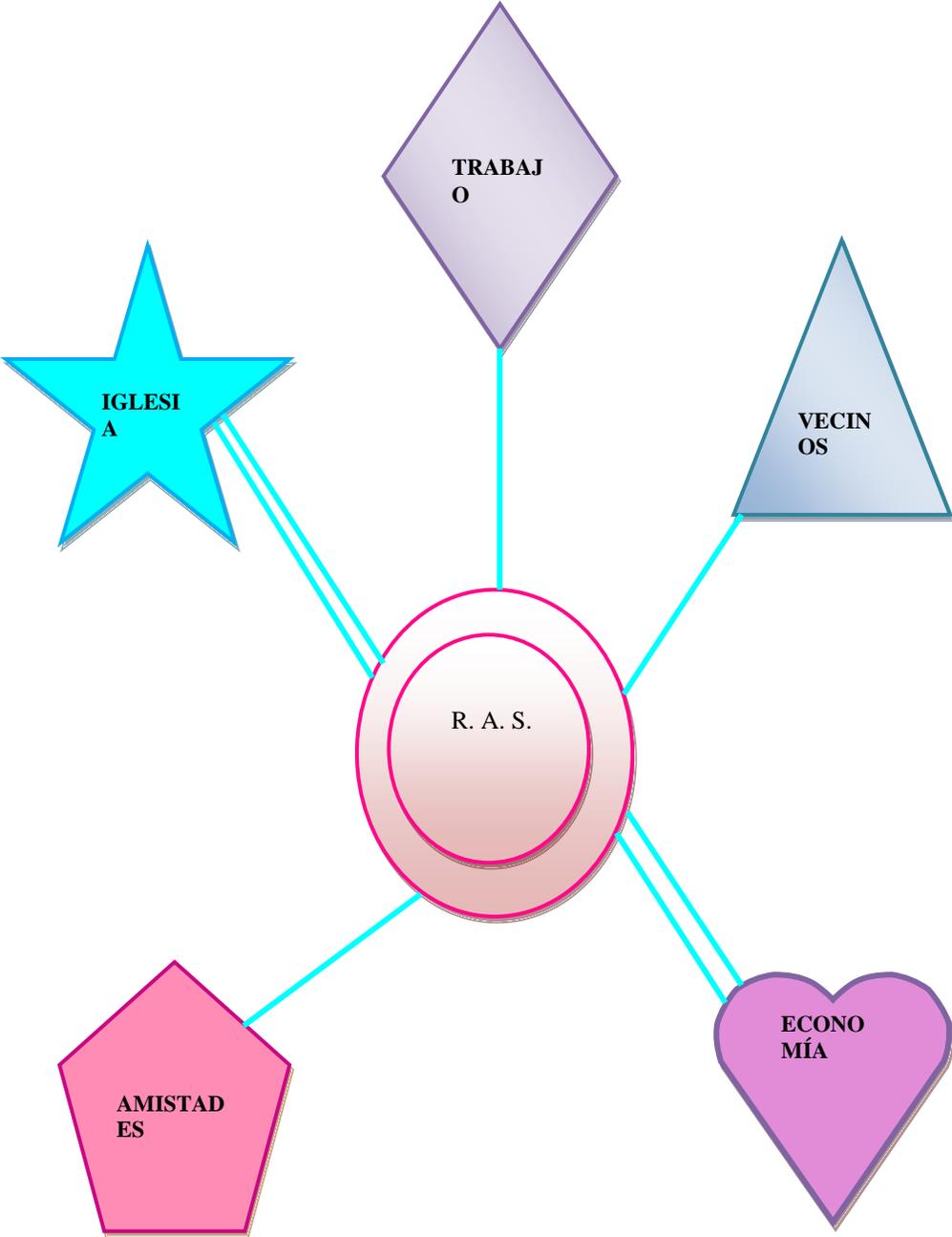
FAMILIOGRAMA



Paciente		Mujer		Hombre		Finado	
Separación		Relación estrecha	muy	Integrantes viven juntos	que	Relación estrecha	

ELABORADO EN DICIEMBRE DE 2016

ECOMAPA



Formato de Consentimiento Informado

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Prácticas profesionales para los alumnos del Posgrado de Enfermería en Salud
Mental

Fecha: 29/11/16

Por este conducto se hace constar que el alumno(a) de la especialidad de Enfermería en Salud Mental Sheila Grandani Carrasco Doran, cuya sede académica se ubica en el Instituto Nacional de Psiquiatría 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.
- Para facilitar el registro de la información es necesario tomar algunas notas, la información es estrictamente CONFIDENCIAL y anónima, es decir que no será identificado y la información que brinde se empleará únicamente para fines académicos.
- (La profesora de la asignatura de la especialidad en salud mental, Dra. Elia Jazmín Mora estará presente durante la entrevista.
- Si me incomodan algunas preguntas, estoy en libertad de no responderlas y de abandonar la entrevista, si así lo decido sin que de ninguna manera afecte mi proceso de atención en la institución.

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

Sheila Grandani Carrasco Doran
Nombre y Firma del entrevistador

Nombre y firma de testigo 1

Nombre y firma de testigo 2

FE DE ERRATAS

DICE	DEBE DECIR
Consentimiento informado	Consentimiento informado
“La profesora de la asignatura de la especialidad en salud mental Dr. Elia Jazmín Mora estará presente durante la entrevista”	“Durante la entrevista solo estaremos presentes la paciente y la persona entrevistadora con fin de conservar la confidencialidad, a menos que la paciente quiera que alguien más esté presente”

VALORACIÓN DE LOS 11 PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: R. A. S.

Diagnóstico médico: Insuficiencia Renal crónica en fase Terminal

Fecha de la entrevista: 30 de Noviembre de 2016

Fecha de nacimiento: 22/02/1966 Edad: 50 años

Edo. Civil actual: Soltero: Casado: Viudo: Unión libre:

Lugar de origen: Ciudad de México

Lugar de residencia: Ciudad de México

Domicilio actual: Delegación Miguel Hidalgo

Teléfono: Privado Escolaridad: Preparatoria trunca Ocupación: Empleada

Nivel de estudios o grado académico: Preparatoria trunca

Idiomas o lenguas: Español

Nombre del responsable legal: J.A.P.P.

Motivo de Ingreso o solicitud de Consultoría: Síndrome de retención hidrica

Antecedentes Heredo-Familiares: Madre finada por complicaciones de DM2

Situación laboral y/o escolar actual: Se encuentra de permiso en el trabajo

VALORACIÓN GENERAL

Número de expediente: 702829

Signos vitales: Temperatura: 35.7°C Frecuencia cardiaca: 68 x'
Frecuencia respiratoria: 16 x' Tensión Arterial: 127/90 mm/hg

Piel y mucosas (coloración y aspecto): Palidez generalizada, mucosas semihidratadas

Lesión: No

Alteración de los sentidos: Vista: X Oído: Tacto: Gusto: Olfato:
 Prótesis: Si: No: X Especificar tipo y ubicación:

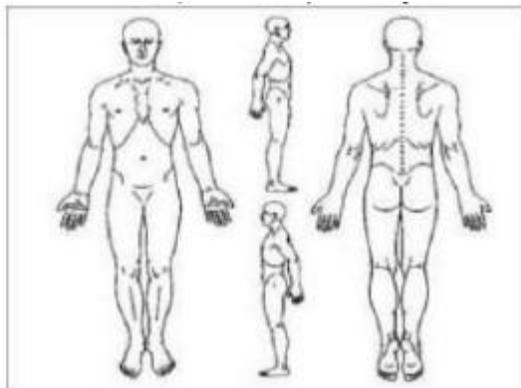
Funcionamiento motor: Bueno: X Limitado: Especificar:
 Actitud durante la entrevista: Colabora: X No colabora:
 Tratamiento médico: Si: X No: Especificar:

8 UI de insulina NPH y Metformina ½ tableta cada 12 horas.	Nifedipino 30mg cada 12 horas.
---	--------------------------------

Presencia de dolor: No: X Si: Especificar:



Localización física del dolor (marca con pluma roja la localización)



Alteraciones o datos de interés que desee profundizar:

1. PATRÓN DE PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD

Aspecto general (vestido/arreglo personal): Adecuado Descuidado _____

Extravagante _____ Exagerado _____ Meticuloso _____

Otro (especificar) _____

Actitud y comportamiento frente a su enfermedad: Aceptación _____ Rechazo _____

Indiferencia _____ Sobrevaloración _____ Reivindicativa _____ Otras se

encuentra en negación del diagnóstico de fase terminal de su enfermedad

Comportamientos realizados al respecto (describir) Piensa que esto es un

sueño Recomendaciones terapéuticas: Ninguna _____

Seguimiento correcto a su enfermedad (Describe) _____

Seguimiento incorrecto (describalo) _____

Hábitos y/o Conductas adictivas:

Consumo	Substancia	Cuál	Edad de inicio	Frecuencia Dosis Día / semana	Alguna vez en la vida	Actualmente
No	Tabaco					
No	Bebidas alcohólicas					
No	Cafeína					
No	Cannabis					
No	Cocaína					
No	Anfetaminas					
No	Inhalantes					
No	Tranquilizantes					
No	Alucinógenos					
No	Opiáceos					
	Otras					

Solvencia económica: Buena

Otras alteraciones o datos de interés _____

2. PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO

Peso 1.68 Talla 65 Constitución Media IMC 23

Apetito: Normal _____ Aumentado _____ Disminuido X

Consumo diario habitual: fruta, verdura, pollo, cereales, lácteos,

Ingesta de líquidos (cantidad y tipo) 2 L agua simple de sabor, leche, jugos, te

Nauseas/vómitos (espontáneos o provocados) No X Si _____ Especificar

Preferencias alimentarias: fruta y pastas Restricciones / Evitación (motivos)

dieta hipocalórica y reducido en sodio por DM2, HTA y IRC

¿Come entre comidas? o ¿Cuándo está nervioso (a)? No X Si _____

Especifique que es lo que consume:

Conocimientos sobre alimentos y dieta equilibrada: Suficientes X

Insuficientes _____

Especificar: _____

¿Se siente bien con su peso?

Si

Otras alteraciones o datos de interés:

3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Eliminación intestinal: Frecuencia: 1-2 día Características:

Normales

Malestar: No Control: Si Motivos no control: _____

Intensidad: _____ Duración: _____
Condiciones que lo aumentan o reducen: _____
Características del comportamiento motor: Controlable: X
Limitante: _____ Incapacitante: _____
Opinión / emoción respecto al comportamiento motor: Indiferente: _____ Aceptado: X
Preocupado: _____
Deseos o participación en actividades de consumo de energía (especificar): _____
 Si
Factores que intervienen en este patrón (especificar): Hospitalización y agravamiento de la IRC
Tipo de ayuda requerida: _____
Habilidades manifestadas en las actividades descritas (nula, baja, alta): _____
 Baja
Cambio notable de habilidades o funciones (físicas, intelectuales, socioculturales): _____
 Ha dejado de realizar las actividades que antes hacía
Otras alteraciones o cambios de interés: _____

5. PATRÓN DE SUEÑO DESCANSO

Horas de sueño nocturno: 7 horas Otros descansos: _____
 No Problemas de sueño (al inicio, interrumpido, al despertar temprano, somnolencia excesiva, pesadillas, otros): _____
 No
Antecedentes de alteraciones de sueño: _____
 No
Factores que alteren el patrón del sueño: _____
 Hospitalización
¿Qué hace para favorecerlo? Duerme en el día una siesta
Percepción personal del patrón: Adecuado: X
Excesivo: _____ Disminuido: _____

Otras alteraciones o datos de interés:

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: No

Otros (especificar): _____

Atención-orientación (espacio, tiempo, persona) Atención fluctuante: No

Distractibilidad: No

Orientación, reconoce: Lugar donde se encuentra: X Domicilio: _____

X

Cd. / país: X Día/mes: X Año: X

Estación del año: X

Nombre completo: X

Edad y/o fecha de nacimiento: X Profesión: _____

X Personas significativas: X Grado de relación:

X Alteraciones perceptivas (especificar): Auditivas: No

Visuales: No Táctiles: No Olfativas: No Gustativas: No

Ilusiones: No Otros (especificar):

Localización de la percepción: _____

Interna: _____ Externa: _____

Memoria e inteligencia: Memoria inmediata reciente: X

Memoria remota: X Descripción de la posible alteración: _____

Retrasos intelectuales: No

Tipo de ayuda requerida: _____

Organización de pensamiento-lenguaje: Contenido: Coherente y organizado: Si: _____

X No: _____ Delirante: Si: _____ No: X

Descripción breve de la alteración (especificar):

Comportamiento adoptado frente al tema (ritualismo, defensivo, violento, etc.):

Otras ideas o pensamientos recurrentes molestos:

No

Posible relación de los pensamientos anteriores: _____

Curso: _____

Inhibición:

Aceleración:

Perseverancia:

Disgregación/incoherencia: _____

Otros (especificar): _____

Expresión de lenguaje: Velocidad (normal, rápida, lenta, paroxística): Normal

Cantidad (normal, abundante, escaso): Normal

Volumen (normal, alto, bajo): Normal

Tono y modulación (tranquilo, nervioso, hostil): _____

Otras alteraciones (tartamudez, logoclonia, verberación, ecolalia, mutismo, etc.): No

Otras alteraciones o datos de interés _____

7. PATRÒN AUTOPERCEPCIÒN-AUTOCONCEPTO

Reactividad emocional: Adecuada al contexto: _____ Pobreza de sentimientos: _____

Expansión afectiva: X Tonalidad afectiva: Agradable: _____ Desagradable:

X

Posibles síntomas afectivos de interés (especificar)

Percepción imagen corporal: Ajustada a la realidad

Ajustada a la realidad: X Confusa: _____ Equivocada: _____

Actitud frente a su cuerpo: Aceptación: X Rechazo: _____

Otros: _____

Auto descripción de sí mismo:

Ajustada a la realidad: Sentimientos de minusvalía

Sobrevaloración capacidades y logros personales: No

Exageración a errores y desgracias/infravaloración a éxitos: Si

Otros especificar: _____

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

Sentimientos con respecto a la autoevaluación personal: Tristeza: _____

Inferioridad: X Culpabilidad: X Inutilidad: X

Impotencia: X Euforia: _____ Ansiedad: X Rabia: X Superioridad: _____ otras: _____

Ideas de suicidio (describir plan si existe): No

Comportamientos adoptados para afrontar/compensar los sentimientos: Ir a su grupo religioso, estar con su familia y amigos pero se ha alejado de sus amigos y demás gente cercana a ella

Percepción de exigencias o presiones: Origen (personas, ideas, sensaciones): _____ Ámbito (lugar): _____

Percepción sobre su estado de salud: Piensa que ya va a morir, los tratamientos que le han dicho no funcionaran

Otras alteraciones o datos de interés: _____

8. PATRÓN DE ROL-RELACIONES

Nivel de independencia de la persona: Física, total: ____ Parcial: X

(Motivo de ayuda requerida): requiere le ayuden para poder realizarse la diálisis

Económica, total: X Parcial: ____ (motivos ayuda requerida):
____ Psicosocial, total: X Parcial: ____ (motivos ayuda
requerida): _____

¿Con quién vive? Esposo y dos hijos

¿Depende alguien de usted en algún aspecto?
No

¿Pertenece a algún grupo social? grupo religioso con quien camina una virgen

¿Tiene amigos cercanos? si, pero hace unos meses se ha alejado de ellos, ya no los busca como antes

Personas que le generan sentimientos positivos o significativos: familia, amigo, compadres, vecinos, compañeros de trabajo

Responsabilidades dentro del núcleo familiar: Comparte las responsabilidades de la casa con su familia

Percepción sobre responsabilidad: le gusta cooperar en su hogar

Sentimientos respecto a relaciones familiares:

Ansiedad: ____ Miedo: ____ Culpa: X Tristeza: ____ Inutilidad: X Inferioridad: ____

Rabia: ____ Superioridad: ____ Seguridad: X

Otros: _____

9. PATRÓN SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN

Menarca: 14 años IVSA: 20 años

Número de parejas sexuales: 3 Exhibicionismo: No

Libido aumentada: No Vasectomía: No

Fecha de último Papanicolaou: junio de 2016

FUM: 2012 G: 2 P: 2 A: 0 C: 0

¿Qué tipo de método anticonceptivo utiliza?: Condón: No Parche: No Pastillas:
No

DIU: No OTB: No Chip: No

Sentimientos hacia la maternidad: amor, ternura, felicidad

Sentimientos hacia el embarazo: siempre deseo ser mamá

10. PATRÒN DE ADAPTACIÒN TOLERANCIA AL ESTRÉS

Ante una situación de estrés responde con:

Conducta evitativa: Ansiedad: X

Inquietud: X Tensión muscular: X Postura rígida: Hiperhidrosis
palmar: Boca reseca: Negación del problema: X

Poca tolerancia a la frustración: X Autocompasión: Grado de incapacitación
(de acuerdo a la respuesta):

Personal: Grave: X Medio: Leve:

Familiar: Grave: X Medio: Leve:

Laboral: Grave: Medio: X Leve:

Social: Grave: Medio: X Leve:

Respuesta ante su enfermedad: Se encuentra en negación sobre el la fase terminal
de la Insuficiencia Renal Crónica que padece, piensa que los tratamientos ya no servirán
de nada

11. VALORES Y CREENCIAS

Valores o creencias importantes de la historia personal: Religión católica

Antecedentes de prácticas o cultos religiosos: acude a la iglesia, tiene un altar a la virgen
de Guadalupe en su casa que era de su madre, camina a una virgen junto con un grupo
de la iglesia

¿El paciente presenta actitud religiosa?, describa:

si, menciona frases como "primero Dios todo estará bien y Dios me
ayudara"

¿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) su familia le ha traído una imagen religiosa que ella deseaba tener y también un rosario

PROPUESTAS

Para una valoración más amplia me hubiese gustado aplicar las siguientes escalas en la paciente:

La Escala de Autoestima de Rosenberg

Introducción: La Escala de Autoestima de Rosenberg se presentó por primera vez en la primera de las siguientes publicaciones, siendo posteriormente revisada por su autor en la segunda de ellas:

Éste test es una escala profesional utilizada en la práctica clínica para valorar el nivel de autoestima (Test de Rosenberg). La autoestima es la valoración que tenemos de nosotros mismos, de nuestra manera de ser, de quienes somos. Es la valoración que hacemos del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad.

Instrucciones

A continuación se muestra un test con 10 apartados. En cada pregunta ha de elegir una sola respuesta. Mientras realiza el test, ha de sumar los puntos que hay a la derecha de cada respuesta elegida. La suma final es el resultado que ha obtenido en el test y se corrige al final de la página.

Intente responder el test de forma sincera, es a usted mismo a quien ayuda con su propia sinceridad. COMIENZA EL TEST:

1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.

- A. Muy de acuerdo 4 puntos
- B. De acuerdo 3 puntos
- C. En desacuerdo 2 puntos
- D. Muy en desacuerdo 1 punto

2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.

- A. Muy de acuerdo 4 puntos
- B. De acuerdo 3 puntos

- C. En desacuerdo 2 puntos
- D. Muy en desacuerdo 1 punto

3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.

- A. Muy de acuerdo 4 puntos
- B. De acuerdo 3 puntos
- C. En desacuerdo 2 puntos
- D. Muy en desacuerdo 1 punto

4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.

- A. Muy de acuerdo 4 puntos
- B. De acuerdo 3 puntos
- C. En desacuerdo 2 puntos
- D. Muy en desacuerdo 1 punto

5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.

- A. Muy de acuerdo 4 puntos
- B. De acuerdo 3 puntos
- C. En desacuerdo 2 puntos
- D. Muy en desacuerdo 1 punto

6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.

- A. Muy de acuerdo 1 punto
- B. De acuerdo 2 puntos
- C. En desacuerdo 3 puntos
- D. Muy en desacuerdo 4 puntos

7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.

- A. Muy de acuerdo 1 punto
- B. De acuerdo 2 puntos
- C. En desacuerdo 3 puntos
- D. Muy en desacuerdo 4 puntos

8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.

- A. Muy de acuerdo 1 punto
- B. De acuerdo 2 puntos
- C. En desacuerdo 3 puntos
- D. Muy en desacuerdo 4 puntos

9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.

- A. Muy de acuerdo 1 punto
- B. De acuerdo 2 puntos
- C. En desacuerdo 3 puntos
- D. Muy en desacuerdo 4 puntos

10. A menudo creo que no soy una buena persona.

- A. Muy de acuerdo 1 punto
- B. De acuerdo 2 puntos
- C. En desacuerdo 3 puntos
- D. Muy en desacuerdo 4 puntos

Soluciones al test:

Puntuación entre 0 y 25: Tu autoestima es baja. Piensa que al sentirte de esta manera estás poniéndote trabas a ti mismo, lo que no te ayudará a conseguir tus metas. Intenta ver tu lado positivo y recuerda que el primer paso para que los demás te valoren, es que tú encuentres atractiva tu forma de ser.

Puntuación entre 26 y 29: Tu autoestima es normal. El resultado indica que tienes suficiente confianza en ti mismo. Eso te permitirá afrontar la vida con cierto equilibrio, imprescindible para asumir las dificultades del camino. No cambies, sigue así.

Puntuación entre 30 y 40: Tu autoestima es buena, incluso excesiva. Crees plenamente en ti y en tu trabajo; esto te da bastante fuerza. Sin embargo, ten cuidado, quererte excesivamente a ti mismo y poco a los demás puede resultar contraproducente, ya que puede conducirte a tener conflictos y ser rechazado. Intenta ser humilde de vez en cuando, haciendo un esfuerzo por ver la parte positiva de ellos sin sentir envidia, eso te ayudará a mejorar aún más para desarrollar mejor tus propias capacidades y la de la gente que te acompaña.

Recuerde que los resultados del test tienen un valor orientativo y no pueden reemplazar una valoración completa realizada por un psiquiatra o psicólogo en una entrevista clínica convencional. Si quiere tener una mayor certeza sobre el resultado, consúltenos por e-mail o acuda a su psiquiatra de referencia

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

El Cuestionario de Goldberg, o E.A.D.G. en la versión española (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg), fue desarrollado por este autor en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de cribaje. La versión en castellano ha sido validada por Montón C. y cols. (1993).

Consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (Si / No); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. Su aplicación es hetero-administrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado *en las últimas dos semanas* alguno de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad. Puede ser aplicado incluso por personal no médico, sin precisar estandarización.

Interpretación:

Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. Existe una clara mejora de la sensibilidad al aumentar la gravedad del trastorno psicopatológico, obteniendo puntuaciones más altas que pueden proporcionar una medida dimensional de la gravedad de cada trastorno por separado. La elevación de los puntos de corte a ≥ 5 y ≥ 3 mejora la

especificidad y la capacidad discriminante de las escalas, con una ligera disminución de la sensibilidad (especificidad 93 %, sensibilidad 74 %).

Como cualquier instrumento de su género, el EADG está diseñado para detectar “probables casos”, no para diagnosticarlos; su capacidad discriminativa ayuda a orientar el diagnóstico, pero no puede sustituir al juicio clínico. El hecho de que las respuestas sean dicotómicas, obliga a interpretar la respuesta en los casos de intensidad leve en función de su significación clínica. Algunas situaciones, tales como acontecimientos vitales estresantes, problemática social, y enfermedad somática grave, pueden producir falsos positivos al reflejar el malestar del paciente en las contestaciones a algunos items, pero sin que ello comporte un estado psicopatológico con relevancia clínica. Otras situaciones (trastornos crónicos, trastornos de la personalidad, alcoholismo, conductas de negación) pueden producir falsos negativos.

Su sencillez, unida a los buenos índices de sensibilidad y especificidad, a su capacidad discriminante entre ansiedad y depresión y a su capacidad de aportar información dimensional sobre gravedad, han hecho que esta escala haya sido ampliamente recomendada como instrumento de cribaje, tanto con fines asistenciales como epidemiológicos, y/o como guía de la entrevista clínica en el ámbito de la Atención Primaria. Su utilidad en población geriátrica está peor establecida.

SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
 3. ¿Se ha sentido muy irritable?
 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?
- (Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
 8. ¿Ha estado preocupado por su salud?

9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD= _____

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?

2. ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas?

3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?

4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?

6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)

7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?

8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?

9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN= _____