



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI

INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



PROCESO CUIDADO ENFERMERO “TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR
GRAVE, SIN SINTOMAS PSICOTICOS (F32.2), INTENTO DE SUICIDIO Y
DISTIMIA.”

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA
PRESENTA

SAMANTHA ALEJANDRA PATIÑO FAJARDO

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



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.



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI

INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



PROCESO CUIDADO ENFERMERO “TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR
GRAVE, SIN SINTOMAS PSICOTICOS (F32.2), INTENTO DE SUICIDIO Y
DISTIMIA.”

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA
PRESENTA

SAMANTHA ALEJANDRA PATIÑO FAJARDO

ASESOR

L.E.O. Miguel Ángel Pérez López

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

CARTA DE ACEPTACIÓN DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO
PARA LA TITULACIÓN DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Los suscritos miembros del proceso de titulación de:

SAMANTHA ALEJANDRA PATIÑO FAJARDO

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

PROCESO CUIDADO ENFERMERO “TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR GRAVE, SIN
SINTOMAS PSICOTICOS (F32.2), INTENTO DE SUICIDIO Y DISTIMIA.”

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea
sustentado en examen de grado de Licenciatura en Enfermería.

L.E.O. Miguel Ángel Pérez López
Tutor

M.E.y.A.S. Clara Elena Infante Granja
Presidente

M.E.y.A.S. Rita de Guadalupe Martínez Rocha
Secretaria

L.E.O. Luz Esperanza Hernández Terrazas
Vocal

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	9
II. JUSTIFICACIÓN	10
III. OBJETIVOS	11
3.1 Objetivo general	11
3.2 Objetivos específicos	11
IV. MARCO TEORICO	12
4.1 Enfermería como profesión disciplinaria	12
4.2 El cuidado como objeto de estudio	13
4.3 Proceso de atención de Enfermería	14
4.4 Teoría psicodinámica de Peplau	15
4.4.1 Conceptos metaparadigmáticos de Hildergard Peplau	16
4.5 Etapas del Proceso Cuidado Enfermero	17
4.5.1 Valoración	17
4.5.2 Diagnóstico	18
4.5.2.1 Elementos del diagnóstico	19
4.5.3 Planeación	20
4.5.4 Ejecución	21
4.5.5 Evaluación	21



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

4.5.6 Problemática de salud de la persona “trastorno depresivo mayor episodio grave, sin síntomas psicóticos (F32.2), intento de suicidio y distimia.	22
4.5.6.1 Definición	22
4.5.6.2 Epidemiología	23
4.5.6.3 Etiología	24
4.5.6.4 Hipótesis monoaminérgica de la depresión	24
4.5.6.5 Áreas del cerebro afectadas y sus síntomas	24
4.5.6.6 Clasificación	25
4.5.6.7 Trastorno depresivo persistente	25
4.5.6.8 Diagnostico	27
4.5.6.8.1 Criterios diagnósticos de la depresión mayor según DSM-V	27
4.5.6.8.2 Criterios diagnósticos de la depresión mayor según CIE-10	28
4.5.6.9 Tratamiento	29
4.5.6.9.1 Psicoterapia	30
4.5.6.9.2 Tratamiento farmacológico	30
4.5.6.9.3 Terapia electroconvulsiva (TEC)	31
V. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO	33
5.1 Patrones funcionales alterados	35



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

5.2	Valoración	36
5.3	Plan de cuidados de enfermería	38
VI	PLAN DE ALTA	50
VII	CONCLUSIONES	52
VIII	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53
IX	GLOSARIO DE TERMINOS	58
X	ANEXOS	64
10.1	ANEXO 1 VALORACION POR PRATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON	64
10.2	ANEXO 2 INDICE DE BARTHEL	72
10.3	ANEXO 3 EVALUACION DEL RIESGO SUICIDA DE SHEPARD PRATT	73



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A mi familia, ustedes han sido siempre el motor que impulsa mis sueños y esperanzas, quienes estuvieron siempre a mi lado en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudio. Les dedico a ustedes este logro amados hijos y esposo, como una meta más conquistada.

Gracias por ser quienes son y por creer en mí, los amo.

Agradezco a la clínica psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña" por permitirme ingresar a cada área y aprender a realizar las actividades que se llevan a cabo.

A los profesionales, colegas encargadas/os de cada servicio que me apoyaron durante mi servicio social, valoro considerablemente su labor, atención y disposición en el cuidado de sus pacientes.

Samantha P.



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La teoría de las relaciones interpersonales de Peplau busca aplicar en la práctica concreta de la enfermería en Salud Mental y Psiquiátrica, un abordaje que se basa en la relación enfermera-paciente. Una acción importante del proceso de cuidado de enfermería es el uso de estrategias de intervención educativa, para las personas con enfermedad mental y su familia, en el sentido que representa un aporte significativo frente a su proceso de recuperación y como herramienta que permita favorecer el uso del proceso enfermero en este tipo de abordajes.

METODOLOGIA: Se realiza un proceso cuidado enfermero en una paciente con trastorno depresivo mayor, que incluyó la valoración integral con los patrones de Marjory Gordon, la ejecución de las cinco etapas del proceso cuidado enfermero, donde se priorizan las necesidades de salud, para emitir un juicio clínico, planificar y ejecutar las intervenciones de enfermería y finalmente, evaluar la efectividad de las actividades realizadas a la paciente y su familia. Además, elaborar un plan de alta que sirva como guía en su hogar.

CONCLUSIÓN: Realizar el proceso cuidado enfermero a paciente con trastorno depresivo mayor fue positivo, por el abordaje de enfermera, el uso del instrumento metodológico y la interacción que se efectúa con base en la comunicación, para lograr el objetivo, con la revisión bibliográfica, se enriqueció el conocimiento y la información fue valiosa para poder ejecutar y evaluar los resultados eficazmente al paciente, sin olvidar el crecimiento personal.

PALABRAS CLAVE: Proceso cuidado enfermero, Depresión, Valoración por patrones funcionales, Plan de cuidado enfermero.



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI

INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



I. INTRODUCCIÓN

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Pese al impacto que tiene este trastorno, una proporción alta de personas no acude a tratamiento, retrasa la búsqueda de ayuda, o bien, no recibe la asistencia adecuada.

De acuerdo con el Plan de Acción Sobre Salud Mental de la organización mundial de la salud (OMS), las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura del 40 al 60% mayor que la población general, debido a problemas de salud física, que a menudo no son atendidos (por ejemplo, cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes), y al suicidio.

La importancia del proceso cuidado enfermero, radica en que enfermería necesita un lugar para registrar sus acciones de tal forma que puedan ser discutidas, analizadas y evaluadas. Esto significa un reto para la enfermería, ya que, actualmente deben planearse estrategias de atención para lograr la independencia del paciente, y sobre todo, fomentar su autocuidado. Es trascendental que enfermería, en coordinación con el equipo de salud, se involucre en programas y guíen al paciente sobre la importancia que tiene la depresión.

El siguiente proceso cuidado enfermero abarcara puntos como la definición, prevalencia, criterios diagnósticos, tipos de tratamientos, así como, la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, un plan de cuidados enfermeros, ejecutar las intervenciones, dar a conocer su evaluación y finalmente, generar un plan de alta dirigido al paciente con trastorno depresivo y familiar.



II. JUSTIFICACIÓN

La OMS calcula que más del 75% de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (entre ellos cerca de 95 millones de pacientes con depresión) que viven en países en desarrollo, no reciben ningún tipo de tratamiento o atención. En México, 80% de los pacientes son tratados en sus hogares, lo que demuestra la importancia de apoyar a la familia y orientarla en cuestiones relativas al cuidado de los enfermos.

Se han encontrado pocos artículos, ponencias o libros cuyo objeto sea el cuidado de enfermería en personas con sufrimiento Psíquico o enfermedad mental, en los que se enuncien modelos y teorías de Enfermería usados en la práctica, por esto, de ahí la importancia de elaborar un proceso cuidado enfermero, para proponer herramientas que ayuden a los profesionales de enfermería a brindar el cuidado integral característico sustentado en el conocimiento disciplinar.

Para la aplicación del proceso de atención enfermero es primordial la aceptación del seguimiento por parte del paciente, ya que, implica un compromiso voluntario del que dependerá el éxito para lograr su independencia y autocuidado.

Para abordar el tema de la depresión se recurrió a la teoría de Hildergar E. Peplau aplicada a las relaciones interpersonales centrada en la relación enfermera-paciente. Existen medidas básicas necesarias a atenderse en estos casos, y es justamente en este proceso que se mencionan.

La investigación para elaborar el proceso cuidado enfermero sobre el trastorno depresivo mayor, episodio grave, ideación de suicidio y distimia, tiene importancia y un impacto significativo, para facilitar su eficaz ejecución, con el objeto de disminuir el tiempo de estancia hospitalaria, evitar episodios recurrentes, brindar educación al paciente, con el propósito de mejorar la calidad de vida en la población de personas con depresión y su familia.



III OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Elaborar el proceso cuidado enfermero en paciente femenina con trastorno depresivo mayor grave, sin síntomas psicóticos, intento de suicidio y distimia (F32.2).

3.2 ESPECIFICOS:

1. Analizar la base teórica que sustenta el proceso cuidado enfermero, la resignificación del cuidado y la conceptualización del trastorno depresivo mayor, sin síntomas psicóticos (F32.2), intento de suicidio y distimia para generar la fundamentación científica de las intervenciones de enfermería.
2. Realizar una valoración integral con el modelo de los patrones funcionales de salud M. Gordon para detectar las necesidades de salud y alteraciones prioritarias a través del modelo teórico de H. Peplau.
3. Elaborar un plan de cuidados para el adulto relacionado al trastorno depresivo mayor, sin síntomas psicóticos (F32.2), intento de suicidio y distimia de acuerdo con sus necesidades de salud para el manejo hospitalario.
4. Proporcionar un plan de alta al paciente con trastorno depresivo mayor para que sea su guía de tratamiento en domicilio.



IV MARCO TEORICO

4.1 Enfermería como profesión disciplinaria

Una profesión se identifica como aquel fenómeno sociocultural en el cual intervienen un conjunto de conocimientos, habilidades, costumbres y prácticas que dependen del contexto económico, social y cultural en el que se desarrolla. La esencia de la enfermería ha estado desde la existencia de la humanidad, pues, se ha requerido de alguien que cuide de aquel que no puede hacerlo por sí mismo (Santiago, 2009).

La Enfermería a lo largo de los años, ha ido evolucionando hasta llegar a ser la profesión que es reconocida como pilar fundamental en el equipo de salud como se conoce actualmente. En esta profesión desde sus inicios predominaba únicamente la mujer, ya que se consideraba natural a su esencia. La función de las diaconisas era cuidar a los enfermos, alimentarlos, proporcionarles atención tanto física como emocional e incluso se aseguraban de que tuviesen ropa y dinero (ídem).

Actualmente la profesión de enfermería es inclusiva, en sus filas se puede observar a hombres y mujeres otorgando el cuidado de la salud de la población, en los diferentes estadios de vida, desde el cuidado de la mujer en etapa de gestación, hasta el adulto mayor y en los diferentes escenarios (escuela, empresa, comunidad, hospitalario), lo cual le da una versatilidad y campo de acción amplio (ídem).

En 1898, durante el gobierno de Porfirio Díaz, se estableció la Escuela Práctica y Gratuita de Enfermeras, ahí la enseñanza consistía en limpieza y uso del uniforme, preparación de la unidad del paciente, registro de signos vitales, cuidado en la limpieza personal del paciente, administración de alimentos y medicamentos, curaciones, entre otros; todo lo anterior establecido en un plan de estudios basado en el modelo de Nightingale creado por Rose Crowder (Martinez, 2018).



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

La enfermería en el país, amplió sus funciones no solo el cuidado de las personas enfermas y heridas, si no también, se enfocó en la prevención y protección de la salud de la población (Instituto Nacional de Salud Pública, 2021).

4.2 Cuidado como objeto de estudio

Fue hasta la aparición de Florence Nightingale donde surge en la época moderna y es quien marca por completo el sentido del cuidado, ya que la práctica médica, nunca pudo conceptualizar el cuidado de los enfermos, al igual que no logró estructurarlo realmente para que pudiera tener un impacto significativo como terapéutica (Martínez M. d., 2018).

Por lo tanto, el cuidado se enfoca específicamente a que las enfermeras profesionales sean las responsables de planificar y ejecutar cuidados. Ellas poseen el conocimiento y valoran, que cuidados ofrecer, desde que están en contacto con el sujeto que solicita el cuidado. Así hablar de un método para su aplicación, nos lleva a la reflexión de que se requiere de un marco conceptual para construir la organización del proceso cuidado enfermero (Campos, 2009).

La meta final del desarrollo teórico de enfermería es el desarrollo de teorías que guíen el cuidado que se brinda a los pacientes. Varios modelos y conceptualizaciones teóricas hacen referencia a este aspecto terapéutico, dentro de sus desarrollos encontramos: el uso de la empatía, la estimulación por tacto (toque terapéutico), el rol suplementario, la manipulación de los estímulos residuales, focales y contextuales, por ejemplo (Mora, 2010).

Con ello, se establece que el Cuidado Profesional de Enfermería se define, como: la esencia de la disciplina tiene como fin el cuidado integral del paciente en condiciones de salud y enfermedad, mediante acciones de cuidado y enseñanza en el mantenimiento y conservación de la vida, con conocimientos científicos y humanísticos que permiten mantener el bienestar del ser humano. (Campos, 2009).



4.3 Proceso de atención de enfermería

Segun el material complementario de enfermería comunitaria, es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el proceso de atención de enfermería (PAE), configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

Las características que posee el proceso cuidado enfermero son:

1. **Tiene una finalidad:** Se dirige a un objetivo.
2. **Sistemático:** Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
3. **Dinámico:** Responde a un cambio continuo.
4. **Interactivo:** Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera, el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
5. **Flexible:** Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
6. **Base teórica:** El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

Las grandes teoristas de la enfermería además de Nightingale, están las aportaciones de Peplau, Henderson, Orem, Rogers por mencionar algunas que han impulsado el desarrollo intelectual y la profesionalización de la enfermería, y tienen como finalidad principal “la formación de enfermeras científicas, aptas, competentes, comprometidas y con un alto sentido humanístico, con el objetivo de brindar cuidados enfermeros de alta calidad” (Lizárraga, 2011).



4.4 Teoría psicodinámica de Peplau

Hildegard Elizabeth Peplau se la considera la madre de la enfermería psiquiátrica. Desarrollo la teoría de las relaciones interpersonales, centrada en la relación enfermera-paciente (Rodríguez, 2020).

La enfermería psicodinámica, es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y, aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia”. Peplau describe cuatro fases en la relación enfermera/o paciente:

1. **Orientación:** El profesional de enfermería ayuda al paciente a reconocer y entender su problema y a determinar qué tipo de ayuda necesita.
2. **Identificación:** el paciente se identifica con aquellos que pueden ayudarlo (relación).
3. **Explotación:** el paciente intenta obtener todo lo que se le ofrece a través de la relación.
4. **Resolución:** durante este proceso, el paciente se libera de su identificación con el enfermero/a (López, 2015).

Peplau describe seis papeles diferentes de la enfermería que surgen durante las distintas fases de la relación enfermera/o paciente:

1. **Rol de Extraño:** El paciente y la enfermera no se conocen, el profesional de enfermería evita juzgar, sino aceptarlo como persona, considerándole emocionalmente capacitado, si no hay evidencias claras de lo contrario.
2. **Rol de suministradora de recursos:** El profesional de enfermería ofrece respuestas específicas, explicando al paciente, el plan de tratamiento a seguir tomando en cuenta la situación o entorno en el que se



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

encuentra, para posibilitar elegir la respuesta más adecuada dirigida a un aprendizaje constructivo.

3. **Rol de educadora:** Es una combinación de todos los roles que tiene el paciente y partir de la recogida de datos que obtiene del paciente, y en función de su interés y capacidad para usar la información.
4. **Rol de Líder:** El profesional de enfermería, ayuda al paciente a asumir las tareas que están a su alcance, mediante una relación de cooperación y participación.
5. **Rol de sustituta:** El paciente, sitúa a la enfermera en un rol de sustituta, aprecia las actitudes, conductas y sensaciones que le reactivan los sentimientos generados en relaciones anteriores. La enfermera, ayuda al paciente a identificar las diferencias entre las personas que recuerda y el rol profesional que desempeña.
6. **Rol de consejera:** El profesional de Enfermería ayuda al paciente a recordar y entender de manera integral, lo que le sucede en su entorno actual, para que la experiencia se pueda integrar, a otras experiencias de la vida. Este es el rol más importante en la enfermería psiquiátrica. (idem).

4.4.1 Conceptos metaparadigmáticos de Hildegard Peplau

Es una teoría cuya esencia es la relación humana entre un individuo enfermo o que requiere un servicio de salud y una enfermera, capacitada en reconocer y responder a la necesidad de ayuda. Esta teoría permite a los profesionales de enfermería explorar los sentimientos y conductas propias y del otro, frente a la enfermedad, para participar a través de las intervenciones de enfermería en su cuidado. De esta manera, se logrará una relación entre



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

el profesional de enfermería y la persona, con el objeto de que puedan afrontar los problemas relacionados con sus sentimientos y conductas, de modo conjunto y se deje de centrar la atención en el aspecto biológico de la enfermedad: (Fernández, 2011).

Enfermería: Se define como “un proceso significativo, terapéutico e interpersonal. Funciona en cooperación con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en las comunidades” (ídem).

Persona: Peplau denomina a la persona con el término de hombre. El hombre es un organismo que vive en un equilibrio inestable (ídem).

Salud: Peplau define la salud como “una palabra simbólica que implica el avance de la personalidad y de otros procesos humanos en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva” (ídem).

Entorno: Peplau define el entorno de manera implícita como “las fuerzas que existen fuera del organismo y en el contexto de las culturas”, y de las cuales se adquieren gustos, costumbres y creencias. “Sin embargo, las condiciones generales que normalmente determinan la salud incluyen siempre el proceso interpersonal” (ídem).

4.5 Etapas del proceso cuidado enfermero

El Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica (G., 2010).

4.5.1 Valoración

Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente. Se hace basándose en distintos criterios, siguiendo un orden:



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

"sistemas y aparatos", "patrones funcionales de salud" o cefalocaudal. Se recogen los datos, que han de ser validados, organizados y registrados (García, 2011).

Existen diferentes tipos de datos para recopilar información obtenida del paciente o su familia:

1. **Datos objetivos:** que son medibles, la enfermera tiene garantía de que existen ya que los puede comprobar (signos vitales, somatometría, heridas).
2. **Datos subjetivos:** no existe garantía de que realmente existen, solo se basan en la opinión o percepción del paciente (nauseas, mareos, fatiga).
3. **Datos históricos Antecedentes:** (Acontecimientos o situaciones que han ocurrido en el pasado).
4. **Datos actuales:** datos sobre el problema de salud actual.

4.5.2 Diagnóstico

Según el material complementario de enfermería comunitaria, es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

Los pasos de esta fase son:

1. **Identificación de problemas:** análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis o síntesis, es la confirmación o la eliminación de las alternativas.
2. **Formulación de problemas:** diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Existen diferentes maneras de expresar el diagnóstico enfermero, el cual va a depender de los datos obtenidos, así como de la priorización de atención que tienen y el



impacto que tienen en las condiciones y necesidades de salud de la persona valorada, las maneras de expresar el diagnóstico son:

1. **Diagnóstico Real:** consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología (E) + signos/síntomas (S).
2. **Diagnóstico de Alto riesgo:** es un juicio clínico que consta de dos fases, formato PE: problema + etiología.
3. **Diagnóstico de bienestar:** que describen un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado que pretende alcanzar el paciente
4. **Síndromes diagnósticos** Se usa cuando el diagnóstico se asocia a otros diagnósticos de idéntico peso dentro del problema, formando un grupo. Ejemplo: Síndrome traumático de violación. (Gálvez, 2011).

4.5.2.1 Elementos del diagnóstico

Actualmente los diagnósticos de enfermería están compuestos por una serie de elementos para ayudar en la identificación y ejecución del proceso cuidado enfermero:

- **Etiqueta:** proporciona el nombre del diagnóstico, describe el problema real o potencial.
- **Definición:** Define el significado de la etiqueta en forma clara y precisa para ayudar a diferenciar diagnósticos similares.
- **Factores relacionados:** Es la etiología, son situaciones clínicas y personales que pueden modificar el estado de salud e interferir en el desarrollo del problema. Pueden ser causas fisiopatológicas, relacionadas con el tratamiento, circunstanciales y de desarrollo o madurez (Gálvez, 2011).
-



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

- **Características definitorias:** Son las evidencias clínicas que describen conductas o signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica.
- **Factores de riesgo:** Son factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable.
- **Código:** Serie de números, sirve para identificar y diferenciar los diagnósticos de enfermería y permite su captura informática.

4.5.3 Planeación

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados (Sánchez, 2011).

La planeación consta de 3 partes para su elaboración:

1. **Orden de prioridades en el tratamiento de los problemas:** Respecto a esta fase, habrá que priorizar los cuidados, identificando correctamente cuales son más urgentes y prioritarios para la salud del paciente.
2. **Objetivos por conseguir:** se centra en la toma de las medidas preventivas oportunas y vigilar la evolución. Para elaborar los objetivos, el profesional de enfermería toma en cuenta el patrón funcional o la respuesta humana alterada, y centrar los objetivos directamente en el paciente.
3. **Acciones de enfermería:** En esta fase se ponen en marcha las Intervenciones de enfermería, que son los cuidados que van dirigidas a promover pautas de



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

comportamiento favorecedoras de la salud, preventivas de enfermedad y protectoras de los riesgos medioambientales

4.5.4 Ejecución

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, en esta etapa, es cuando se realizarán todas las intervenciones enfermeras, dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada paciente. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

1. Continuar con la recogida y valoración de datos.
2. Realizar las actividades de enfermería.
3. Anotar los cuidados de enfermería.
4. Dar los informes verbales de enfermería.
5. Mantener el plan de cuidados actualizado.

El profesional de enfermería asume la responsabilidad de la ejecución del plan, pero incluye al paciente, a la familia y a otros miembros del equipo interdisciplinario de salud (Gálvez, 2011).

4.5.5 Evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios según el material complementario de enfermería comunitaria de 2013.



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

El proceso de evaluación consta de dos partes:

1. Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico a evaluar.
2. Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La valoración consta de 3 fases con el fin de poder establecer conclusiones, que sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio como son:

1. El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
2. El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
3. El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir.

4.5.7 Problemática de salud de la persona:

Trastorno depresivo mayor grave, sin síntomas psicóticos (F32.2), intento de suicidio y distimia.

4.5.6.1 Definición

El término depresión se utiliza a menudo para describir un estado de ánimo bajo o de desánimo que es consecuencia de las decepciones vividas (crisis financieras, catástrofes naturales, enfermedades graves) o pérdidas (fallecimiento de un ser querido, una relación, un bien material). Sin embargo, los términos más adecuados para estos estados de ánimo son la desmoralización y la pena (Coryell, 2020).



4.5.6.2 Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS), clasifica al trastorno depresivo mayor (TDM) Como la décima causa de discapacidad y mortalidad en el mundo, entre 291 enfermedades y lesiones (Sancho, 2020)

Prevalencia: Las cifras de la organización mundial de la salud destacan que la depresión constituye un problema importante de la salud pública. Más del 4% de la población mundial vive con depresión y los más propensos a padecerla son las mujeres, jóvenes y los ancianos (ídem).

En México, ocupa el primer lugar de discapacidad en las mujeres y el noveno en hombres. El instituto nacional de estadística geografía e informática (INEGI) documento que 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas; de las cuales 14.48 millones eran hombres y 20.37 millones eran mujeres. También, destaca el hecho que del total de personas se han sentido deprimidas, únicamente 1.63 millones toman antidepresivos, mientras que 33.19 millones no lo hace (Martínez, 2017).

El 44% de la población en San Luis Potosí indica que ha sentido o sufrido depresión, es decir, que se tiene a 742 mil 430 potosinos con este padecimiento, además de estar incluso arriba de la media nacional de 43% esto según datos de la Encuesta Nacional de los Hogares (ENH) realizada por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (ídem).

Sexo: Se estima que la manifestación de la enfermedad en mujeres es el doble que, en hombres, sin importar el lugar del mundo en que se encuentre, esto, podría explicar porque la etiología del trastorno depresivo mayor (TMD) es diferente para cada sexo (Sancho, 2020).

Edad: De acuerdo con los estudios realizados, muestran que se presenta en adultos jóvenes (entre más edad, menos prevalencia de depresión). Existen factores de riesgo



en adultos mayores, que aumentan la manifestación del trastorno depresivo mayor: la presencia de enfermedad crónica con deterioro progresivo, dependientes de las actividades básicas de la vida diaria, entre otros. (Ídem).

4.5.6.3 Etiología

Se desconoce la causa de los trastornos depresivos. En décadas pasadas se suponía que la disminución de noradrenalina o de serotonina en la hendidura sináptica, era el principal y posiblemente, el único factor implicado en la inducción del trastorno depresivo mayor (TDM). (Castillo, 2020).

4.5.6.4 Hipótesis monoaminérgica de la depresión

En esta hipótesis se propone que la enfermedad se debe a una deficiencia de la actividad monoaminérgica cerebral (déficit en la transmisión de serotonina, noradrenalina y dopamina en sitios cerebrales clave) y que puede ser tratada con drogas que incrementen esta actividad. De hecho, varios tipos de antidepresivos facilitan la transmisión monoaminérgica reduciendo los síntomas depresivos.

4.5.6.5 Áreas del cerebro afectadas y sus síntomas:

1. Hipocampo: la alteración de la memoria, sentimientos de inutilidad, desesperanza y culpa.
2. Amígdala: anhedonia, ansiedad, motivación reducida.



3. Hipotálamo: aumento o disminución del sueño y del apetito, disminución de la energía y la libido.
4. Otras estructuras límbicas: alteraciones emocionales.
5. Corteza frontal: estado de ánimo deprimido, problemas para concentrarse.
6. Cerebelo: retraso psicomotor / agitación (Castillo, 2020).

4.5.6.6 Clasificación

La depresión puede clasificarse en leve, moderada o grave, dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas:

1. **LEVE** los síntomas afectan poco la vida diaria o lo hacen solo en algún aspecto específico.
2. **GRAVE** pueden presentarse muchos síntomas que pueden llegar a causar deterioro o incapacidad en diferentes aspectos de la vida cotidiana.
3. **MODERADA** cuando los síntomas y las limitaciones no son ni tan específicos como en la primera, ni tan generalizados como en la segunda.

4.5.6.7 Trastorno depresivo persistente

Los síntomas depresivos que persisten durante ≥ 2 años sin remisión, se clasifican como trastorno depresivo persistente, una categoría que consolida trastornos anteriormente denominados trastorno depresivo mayor crónico y trastorno distímico (Coryell, 2020).



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI

INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



Los síntomas generalmente comienzan de forma insidiosa durante la adolescencia y pueden durar muchos años o décadas. La serie de síntomas a menudo fluctúa por encima y por debajo del umbral del episodio depresivo mayor (idem).

La depresión mayor y el trastorno depresivo persistente pueden incluir una o más de las manifestaciones adicionales durante un episodio depresivo:

1. **Angustia con ansiedad:** Los pacientes se sienten tensos e inusualmente inquietos; tienen dificultad para concentrarse porque se preocupan o tienen miedo de que algo terrible pueda suceder, o sienten que pueden perder el control de sí mismos.
2. **Características mixtas:** Los pacientes también tienen ≥ 3 síntomas maníacos o hipomaníacos (estado de ánimo elevado, grandiosidad, mayor locuacidad de lo habitual, fuga de ideas, disminución del sueño).
3. **Melancolía:** Los pacientes han perdido el placer en casi todas las actividades o no responder a estímulos habitualmente placenteros. Pueden sentirse abatidos y desesperanzados, sentir culpa excesiva o inapropiada, despertarse temprano en la mañana, presentar marcado retraso o agitación psicomotriz, anorexia o pérdida de peso significativas.
4. **Atípico:** El estado de ánimo de los pacientes mejora temporalmente en respuesta a acontecimientos positivos (la visita de los hijos). También presentan ≥ 2 de los siguientes síntomas: reacción exagerada a la crítica o el rechazo percibido, sensación de parálisis aplomada (una sensación de pesadez, por lo general en las extremidades), aumento de peso o aumento del apetito e hipersomnia.
5. **Psicótico:** Los pacientes tienen delirios y/o alucinaciones. Las alucinaciones pueden ser auditivas (oír voces acusatorias o condenatorias) o visuales. Cuando sólo se describen voces, debe considerarse cuidadosamente si éstas representan verdaderas alucinaciones. La neurobiología de la depresión mayor incluye desregulación del eje hipotálamo-hipofisarioadrenal (Coryell, 2020).



4.5.6.8 Diagnóstico

El diagnóstico de los trastornos depresivos se basa en la identificación de los signos y síntomas. Para poder diferenciar los trastornos depresivos de los cambios de ánimo normales, debe existir angustia significativa o deterioro en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes (Coryell, 2020).

Existen cuestionarios breves disponibles para el examen de detección sistemática que ayudan a identificar los síntomas de depresión, inclusive no sólo para su diagnóstico. Las preguntas cerradas específicas ayudan a determinar, si los pacientes tienen los síntomas del manual diagnóstico de trastornos mentales, quinta edición (DSM-5) para el diagnóstico de depresión mayor (ídem).

La gravedad se determina por el grado de dolor, discapacidad (físico, social, ocupacional) y duración de los síntomas. Se desarrolla la habilidad de preguntar delicada pero directamente a los pacientes, sobre pensamientos o planes de dañarse a sí mismos o a otros, cualquier amenaza o intento de suicidio previo y detectar factores de riesgo. La psicosis y catatonía indican depresión grave. Las características melancólicas indican depresión grave o moderada. Los problemas físicos coexistentes, los trastornos por abuso de sustancias y ansiedad agravan el cuadro (ídem).

4.5.6.8.1 Los criterios diagnósticos de la depresión mayor según DSM-5

La quinta edición del manual diagnóstico de trastornos mentales (DSM-5) se divide en “trastornos del estado de ánimo”, “trastornos depresivos” y, “trastorno bipolar y trastornos relacionados”. (Biblioteca de guías de practica clinica del sistema nacional de salud , 2020). Para el episodio de depresión mayor se manifiesta:



A. Tener cinco o más de los síntomas que han estado presentes durante el mismo periodo (dos semanas) y representan un cambio del funcionamiento previo.

1. Estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o de placer.
2. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día o casi todos los días. (según la información subjetiva)
3. Disminución importante del interés, del placer por todas o casi todas las actividades en la mayor parte del día.
4. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso.
5. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
6. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros)
7. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
8. Sentimiento de inutilidad, culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no solo el autorreproche o culpa por estar enfermo).
9. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse, o para tomar decisiones.
10. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo (Bastardas, 2019).

4.5.6.8.2 Los criterios diagnósticos de la depresión mayor según CIE.10

El Código Internacional de Enfermedades (CIE 10), elaborado por la Organización Mundial de la Salud, se utiliza para convertir los términos diagnósticos y problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información.

El código internacional de enfermedades (CIE-10) clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

1. F32.0 Episodio depresivo leve.
2. F32.1 Episodio depresivo moderado.
3. F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
4. F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
5. F32.8 Otros episodios depresivos.
6. F32.9 Episodio depresivo, no especificado.

Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:

1. Anhedonia y/o apatía: Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día. Apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas.
2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad (salud, 2018)

4.5.6.9 Tratamiento

Los síntomas pueden remitir espontáneamente, sobre todo cuando son leves o de corta duración. La depresión leve puede ser tratada con medidas generales y psicoterapia. La depresión moderada o grave se trata con fármacos o psicoterapia, a veces con terapia electroconvulsiva. Algunos pacientes requieren una combinación de fármacos. La mejoría puede necesitar entre 1 y 4 semanas de tratamiento farmacológico (Coryell, 2020).

La mayoría de las personas con depresión se tratan de forma ambulatoria. Los pacientes con ideación suicida, en particular cuando carecen de apoyo familiar, requieren hospitalización, al igual que los que tienen síntomas psicóticos o están físicamente debilitados (ídem).



4.5.6.9.1 Psicoterapia

La psicoterapia, en particular la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, es eficaz en pacientes con trastorno depresivo mayor, tanto para el tratamiento de los síntomas agudos como para disminuir la probabilidad de recaída. Los pacientes con depresión leve tienden a tener mejor pronóstico que aquellos con depresión más grave, la magnitud de la mejora es mayor en las personas con depresión grave (Castillo, 2020).

Estas psicoterapias son de 6 a 20 sesiones, de frecuencia semanal y se basan en identificar y resolver algunos de los problemas psicosociales asociados a la depresión.

Los tipos de psicoterapia son:

1. **La psicoterapia interpersonal:** se enfoca en limitaciones en las habilidades interpersonales, dificultad para asumir el nuevo rol y disputas interpersonales.
2. **La terapia cognitivo conductual:** trata de modificar las cogniciones negativas y los comportamientos desadaptativos que contribuyen a mantener la depresión.

4.5.6.9.2 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico, se reserva para casos de moderados a severos, los antidepresivos en su acción, su efecto sobre el sistema monoaminérgico, regulando alguno de sus neurotransmisores, Serotonina (5-HT), dopamina (DA), noradrenalina (NA), independientemente de su mecanismo de acción (Castillo, 2020).

La eficacia global de los antidepresivos actuales es similar entre ellos, las guías de tratamiento enfatizan la necesidad de seleccionar el fármaco de manera individualizada, de acuerdo a:



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI

INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



1. Síntomas del trastorno depresivo
2. Comorbilidades
3. Efectos secundarios
4. Interacciones farmacológicas
5. Disponibilidad y acceso al medicamento

El tratamiento farmacológico de un primer episodio de trastorno depresivo mayor (TDM) es entre 6 y 12 meses, después, de la remisión de los síntomas, con el fin de evitar la recurrencia de los síntomas (Castillo, 2020).

Los fármacos utilizados en el tratamiento del trastorno depresivo mayor (TMD), agrupados de acuerdo con su mecanismo de acción (ídem):

1. **Inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS)**
2. **Inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina (IRSN)**
3. **Inhibidores de la recaptura de noradrenalina y dopamina (IRND)**
4. **Inhibidores selectivos de recaptura de noradrenalina (ISRN)**
5. **Agonistas de melatonina**
6. **Antagonistas alfa-2**
7. **Moduladores de la serotonina**
8. **Inhibidores de la monoaminoxidada (IMAO)**
9. **Antidepresivos triciclicos (ATC)**

4.5.6.9.3 Terapia electroconvulsiva (TEC)

Cuando el tratamiento farmacológico es ineficaz, se tratan con terapia electroconvulsiva (TEC), el paciente presenta datos de:



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI

INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



1. Depresión suicida grave
2. Depresión con agitación o retraso psicomotor
3. Depresión delirante
4. Depresión durante el embarazo

La terapia electroconvulsiva es un procedimiento que se lleva a cabo con anestesia general y se administran pequeñas corrientes eléctricas a través del cerebro, para desencadenar una convulsión breve de manera intencional. La terapia electroconvulsiva provoca cambios en la neuroquímica cerebral que pueden revertir los síntomas de algunas enfermedades mentales (Coryell, 2020).

La respuesta suele ser positiva después de 6 a 10 sesiones de terapia electroconvulsiva. La recidiva es frecuente, se recomienda mantenerse el tratamiento farmacológico después de interrumpir la terapia electroconvulsiva (ídem).



V. RESUMEN DEL CASO CLINICO

Ficha de identificación

Nombre del paciente: C.G.B.B.

Edad: 48 años

Sexo: femenino

Religión: católica

Domicilio: circuito Valladolid 125, quinta de Valladolid, SDGS. SLP

Estado civil: soltera

Escolaridad: licenciatura en medicina

Ocupación: medico

Motivo de la consulta: enviada por subrogación del IMSS para hospitalización por ideación suicida persistente

Diagnóstico: Trastorno mayor episodio grave sin síntomas psicóticos (F32.2), intento de suicidio y distimia

Fecha de nacimiento: 26/08/71

Fecha de ingreso: 02/09/19

Padecimiento actual:

La paciente víctima de violación sexual (a los 3 años) que a consecuencia ha desarrollado de manera insidiosa, síntomas depresivos caracterizados por apatía, abulia, anhedonia, labilidad emocional e incontinencia afectiva. Posterior al nacimiento de su



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI

INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



primogénita presentó ideación homicida hacia ella “cuando estaba chiquita yo quería matarla con diazepam, ella tiene trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y por eso no quería que sufriera lo mismo que yo sufrí” (sic paciente).

Ha tenido 3 intentos suicidas:

1. A los 9 años (salto al vacío).
2. Con sobre ingesta de sulfas (no recuerda la fecha).
3. En el 2015 por envenenamiento (raticida).

Es traída por el IMSS para hospitalización de mediana estancia por ideación y planeación suicida en 2019. Envenenamiento por exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas.



5.1 Patrones Funcionales alterados

Mediante la valoración del modelo de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon se identificó siguientes patrones alterados (Anexo 1).

Patrón 4: actividad/ ejercicio:

La paciente refiere no tener suficiente energía para realizar las actividades cotidianas, sin embargo, tiene un completo autocuidado en su persona.

Patrón 5: sueño/descanso

Presenta insomnio tardío con una mala calidad y cantidad de sueño, se observa dormir solo 4 horas por noche despertando a las 3:00 am. Permanece en su cama sin obtener resultado.

Mantiene el pensamiento de ideas referenciales de daño auto dirigida y hacia su familiar (hija) asociadas a la falta de sueño.

Patrón 7: autopercepción/autoconcepto

Presenta sentimientos de minusvalía, muerte y tristeza, llega al llanto, refiere no valer como madre y como persona. Manifiesta ideas de planeación suicida y de autolesión (acudirá al sanitario a la hora que despierta y con 16 ligas y una bolsa que ella guarda intentará ahorcarse) para quitarse la vida.

Patrón 11: valores/creencias

Se reconoce enferma, desea modificar su conducta y apego adecuado al tratamiento, con proyección a futuro de ayudar a su hija a incorporarse en su escuela, mejorar el binomio madre e hija y seguir laborando en el IMSS. Cuenta con escaso apoyo familiar para afrontar su enfermedad.



5.2 Valoración

Valoración inicial

Paciente femenino, de 48 años, aparente a la cronológica, constitución ectomorfica, cooperadora, de acuerdo con el índice de Barthel (Anexo 2) tiene total independencia para realizar las actividades de la vida cotidiana. Es enviada a hospitalización de mediana estancia.

Se encuentra alerta, euproséxica, orientada en persona, lugar, tiempo y circunstancia. Su discurso es coherente y congruente. Emite un lenguaje con velocidad media, volumen bajo. Su pensamiento es de origen lógico. Llega a metas sin ayuda con juicios apegados a la realidad. Conciencia crítica de la enfermedad; de acuerdo con la evaluación del riesgo suicida de Sheppard Pratt (Anexo 3) al ingreso, es de alto grado de vigilancia.

Presenta sentimientos de minusvalía, muerte y tristeza con llanto, sentimiento de minusvalía como madre y persona. Con pensamiento de ideación suicida auto dirigida y hacia su familiar (hija).

Refiere sentirse cansada la mayor parte del día, escasa actividad física, llevando una vida sedentaria con peso de 80 kg y un índice de masa corporal (IMC) de 26.7kg/m².

Presenta insomnio tardío, sueño de mala calidad y cantidad, se observa dormir 4 horas por noche, vigilia a partir de las 3:00 am. Permanece en su cama sin obtener resultado. Hay ausencia de siestas por la tarde.

Valoración intermedia

Juicios apegados a la realidad. Contenido del pensamiento; **“estoy aquí porque me quería matar y a mi hija también” sic pac.** Con conciencia crítica de la enfermedad.

Presenta contenido de ideas de planeación suicida e ideas de autolesión mencionando que acudirá al sanitario a la hora que despierta y con 16 ligas y una bolsa que ella guarda intentará ahorcarse perdiendo la vida.



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI

INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



Valoración final

Paciente logra adaptarse a incluir actividad física y regulando la cantidad y selección de alimento por nutrición dentro de su estancia clínica; logrando una disminución de peso a 78 kg con IMC de 26kg/m²

Se reconoce enferma y desea modificar su conducta y apego adecuado al tratamiento, con proyección a futuro de ayudar a su hija a incorporarse en su escuela estar más unidas como madre e hija y seguir laborando en el IMSS. Cuenta con escaso apoyo familiar para afrontar su enfermedad.

Se observa con facies de tristeza sin llegar al llanto se le brinda escucha-activa refiriere la paciente que cuando su hija la visitó menciono que le “deprimía” ver en qué circunstancias estaba y que no volvería más a visitarla dentro de su estancia en la clínica.

Se retiran 16 ligas ocultas en su cama en conjunto con una bolsa de plástico y se resguardan en central de enfermería de la sala. Se mantiene con vigilancia estrecha por ideación, planeación y ejecución suicida.



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

5.3 Plan de cuidados de enfermería

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN				
<p>Patrón (es):</p> <p>07: Autopercepción/ auto concepto</p> <p>Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Evaluación del riesgo suicida de Sheppard Pratt: puntaje 10 (riesgo suicida severo)</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>1.- Llanto</p> <p>2.- Sentimientos de minusvalía, muerte y tristeza</p>	<p>Dominio:09</p> <p>Afrontamiento/tolerancia al estrés</p> <p>Forma de hacer frente a los acontecimientos/ procesos vitales.</p> <p>Clase: 02 Respuestas de afrontamiento</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>00241 Deterioro de la regulación del estado de animo</p> <p>Estado mental caracterizado por cambios de humor o afecto, formado por una constelación de manifestaciones afectivas, cognitivas, somáticas y/o fisiológicas que varían de leves a graves.</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o</p> <p>Factor(es) de riesgo:</p> <p>Actitud triste</p> <p>Características definitorias:</p> <p>Pensamientos recurrentes de muerte</p>	<p>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</p>				
		<p>Dominio: 03:</p> <p>Salud psicosocial</p>		<p>Clase: O:</p> <p>Autocontrol</p>		
		<p>Criterio de resultado: 1408 Autocontrol del impulso suicida</p> <p>Acciones personales para contener acciones e intentos de suicidio.</p> <p>ESCALA M: Desde NUNCA DEMOSTRADO hasta SIEMPRE DEMOSTRADO</p>				
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*		
<p>140804:</p> <p>Verbaliza ideas de suicidio</p>	<p>A veces demostrado (3)</p>	<p>Frecuentemente demostrado (4)</p>				
<p>140810:</p> <p>Revela planes de suicidio</p>	<p>A veces demostrado (3)</p>	<p>Frecuentemente demostrado (4)</p>				



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
 ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
 DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
 CLAVE 8715/12

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 03: Conductual</p> <p>Clase: O: Terapia conductual</p> <p>INTERVENCION: 4354 Manejo de la conducta: autolesión</p> <p>ACTIVIDADES: 435412 Animar al paciente a que hable con los cuidadores cuando surja el impulso de autolesionarse. 435404 Retirar los objetos peligrosos del entorno del paciente. 435406 Disponer de vigilancia continua del paciente y su entorno</p>	<p>435412 Hoy en día hay datos suficientes para afirmar que las emociones negativas tienen un efecto negativo sobre la salud. Así, algunos autores afirman que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla (Rodríguez, 2009)</p> <p>435404 Al retirar objetos que favorecen la autolesión, se adoptan medidas de protección y seguridad que impidan la fuga, auto o heteroagresividad. (Guia de practica clinica de prevencion y tratamiento de la conducta suicida , 2014)</p> <p>435406 Evitar dejar a la persona sola y/o asegurar la supervisión y contacto regular con algún profesional del Servicio. (Guia de practica clinica de prevencion y tratamiento de la conducta suicida , 2014).</p>	<p>Criterio de resultado: 1408 Autocontrol del impulso suicida</p> <p>Acciones personales para contener acciones e intentos de suicidio.</p> <p>ESCALA M: Desde NUNCA DEMOSTRADO hasta SIEMPRE DEMOSTRADO</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>140804 Verbaliza ideas de suicidio mantener a: A veces demostrado (3)</p> <p>140810 Revela planes de suicidio mantener a: A veces demostrado (3)</p>	<p>Aumentar a: Frecuentemente demostrado (4)</p> <p>Aumentar a: Frecuentemente demostrado (4)</p>



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

Plan de cuidados de enfermería

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es):</p> <p>04: Actividad/ejercicio</p> <p>Incluye: Actividades de la vida diaria. Cantidad y tipo de ejercicio y deporte. Actividades recreativas. Factores que interfieren en la realización de las actividades deseadas.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Sobrepeso (80 kg, IMC 26.7 kg/m²)</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cansancio 2. Anhedonia 3. Sedentarismo 4. Abulia 	<p>Dominio:</p> <p>04: Actividad/reposo</p> <p>Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.</p> <p>Clase: 03 Equilibrio de energía</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>00093 Fatiga</p> <p>Sensación abrumadora y sostenida de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental habitual.</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <p>Cansancio</p> <p>Energía insuficiente</p> <p>Características definitorias:</p> <p>Depresión.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO			
		(NOC)			
		<p>Dominio:</p> <p>04: Conocimiento y conducta de salud</p>	<p>Clase:</p> <p>O: Conducta de salud</p>		
		<p>Criterio de resultado:</p> <p style="text-align: center;">1633 Participación en el ejercicio</p> <p>Acciones personales para llevar a cabo un régimen auto-planificado, estructurado y repetitivo para mantener o elevar el nivel de condición física y la salud.</p> <p style="text-align: center;">ESCALA M: Desde NUNCA DEMOSTRADO hasta SIEMPRE DEMOSTRADO</p>			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		<p>163306:</p> <p>Equilibra la rutina de vida para incluir el equilibrio.</p>	<p>Nunca demostrado (1)</p> <p>Nunca demostrado (1)</p>	<p>A veces demostrado (3)</p> <p>Frecuentemente demostrado (4)</p>	
		<p>163308:</p> <p>Participa en ejercicio con regularidad</p>			



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
 ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
 DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
 CLAVE 8715/12

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 03: Conductual</p> <p>Clase: O: Terapia conductual</p> <p>INTERVENCION: 4310 Terapia de actividad</p> <p>Prescripción de actividades físicas cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar, frecuencia o duración de la actividad de un individuo, así como ayuda con ellas.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>431002 Colaborar con los terapeutas ocupacionales, recreacionales y/o fisioterapeutas en la planificación y control de un programa de actividades.</p>	<p>431002</p> <p>El aumento de la actividad física mejora el estado de ánimo. La primera intervención ante una persona que presenta depresión deberá ser la recomendación de buscar estilos de vida saludables y la recomendación de la práctica rigurosa de actividad física.</p> <p>Los individuos con síntomas depresivos tienden a tener bajos niveles de actividad física, falta de interés y motivación para unirse a movimientos que pudieran ayudar a sobrellevar la rutina de la vida diaria. Tienen un estilo de vida sedentario lo que aumenta el porcentaje de padecer síntomas depresivos y ansiedad.</p> <p>(Sánchez A. M., 2016).</p>	<p>Criterio de resultado: 1633 Participación en el ejercicio</p> <p>Acciones personales para llevar a cabo un régimen auto-planificado, estructurado y repetitivo para mantener o elevar el nivel de condición física y la salud.</p> <p>ESCALA M: Desde NUNCA DEMOSTRADO hasta SIEMPRE DEMOSTRADO.</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>163306:</p> <p>Equilibra la rutina de vida para incluir el equilibrio.</p> <p>Nunca demostrado (1)</p>	<p>Aumenta a:</p> <p>A veces demostrado (3)</p>
<p>163308:</p> <p>Participa en ejercicio con regularidad</p> <p>Nunca demostrado (1)</p>	<p>Aumenta a:</p> <p>Frecuentemente demostrado (4)</p>		



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

Plan de cuidados de enfermería

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es):</p> <p>5: Sueño/descanso</p> <p>Describe los patrones de sueño, reposo y relajación. Incluye: Cantidad y calidad percibida de sueño y reposo. Ayudas para el sueño y el descanso.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Cantidad de sueño: 4 horas en 24 horas</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>1. Insomnio tardío 2. Depresión</p>	<p>Dominio:</p> <p>04: Actividad/reposo</p> <p>Producción, conservación, gasto o equilibrio.</p> <p>Clase:</p> <p>01: Sueño/reposo</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>00095 Insomnio</p> <p>Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o</p> <p>Factor(es) de riesgo:</p> <p>Depresión</p> <p>Características definitorias:</p> <p>Dificultad para mantener el sueño</p>	CRITERIOS DE RESULTADO		
		(NOC)		
		Dominio:	Clase:	
		01: Salud funcional	A: Mantenimiento de la energía.	
		<p>Criterio de resultado: 0004 Sueño</p> <p>Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.</p> <p>ESCALA A: Desde GRAVEMENTE COMPROMETIDO hasta NO COMPROMETIDO</p>		
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*
		401 Horas de descanso	Sustancialmente comprometido (2)	Levemente comprometido (4)
		404 Calidad del sueño	Sustancialmente comprometido (2)	Moderadamente comprometido (3)
		421 Dificultad para conciliar el sueño	Gravemente comprometido (1)	Levemente comprometido (4)



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
 ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
 DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
 CLAVE 8715/12

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 02: Fisiológico/complejo</p> <p>Clase: H: Control de fármacos</p> <p>INTERVENCION: 2300 ADMINISTRACION DE MEDICACIÓN</p> <p>Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>230019: Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.</p> <p>230023: Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente.</p>	<p>230019: Las benzodiacepinas suelen usarse con frecuencia ya que acortan la latencia del sueño y aumentan la cantidad total de sueño; es preferible usar aquellas de vida corta o intermedia como por ejemplo: Midazolam, Alprazolam, Lorazepam, Clonazepam, etc.</p> <p>(GPC diagnóstico y tratamiento de los diagnósticos del sueño IMSS-385-10)</p> <p>230023: Los correctos son el conjunto de requerimientos asumidos como normas o estándares por los profesionales de enfermería, en la administración de medicamentos, para prevenir errores en su administración y que deben aplicarse de manera universal (Agip, 2014)</p>	<p style="text-align: center;">Criterio de resultado: 0004 Sueño</p> <p>Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo</p> <p>Desde GRAVEMENTE COMPROMETIDO hasta NO COMPROMETIDO</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>401 Horas de descanso</p> <p>mantener a: Sustancialmente comprometido (2)</p>	<p>Aumentar a: Levemente comprometido (4)</p>
		<p>404 Calidad de sueño</p> <p>mantener a: Sustancialmente comprometido (2)</p>	<p>Aumentar a: Moderadamente comprometido (3)</p>
		<p>421 Dificultad para conciliar el sueño</p> <p>mantener a: Gravemente comprometido (1)</p>	<p>Aumentar a: Levemente comprometido (4)</p>



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

Plan de cuidados de enfermería

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN	
<p>Patrón (es):</p> <p>Patrón 6: Cognitivo perceptual</p> <p>Incluye: Situación de los sentidos sensoriales. Utilización de sistemas de compensación o prótesis</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Ideas referenciales de daño auto dirigida y hacia su familiar (hija).</p>	<p>Dominio:</p> <p>11: Seguridad/protección</p> <p>Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; percepción de pérdidas y de la seguridad y la protección.</p> <p>Clase:</p> <p>03: Violencia</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>00138 Riesgo de violencia dirigida a otros</p> <p>Vulnerable a conductas en que la persona demuestra que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para otros.</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o Factor(es) de riesgo:</p> <p>Conducta suicida</p> <p>Patrón de violencia dirigida a otros</p> <p>Características definitorias:</p>	<p>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</p>	
		<p>Dominio:</p> <p>03: psicosocial</p>	<p>Clase:</p> <p>M: Bienestar psicológico</p>
		<p>Criterio de resultado:</p> <p style="text-align: center;">1212 Nivel de estrés</p> <p>Gravedad de la atención física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.</p> <p>ESCALA N: Desde GRAVE hasta NINGUNO</p>	
		<p>Indicador (es)</p> <p>121214 Trastornos del sueño</p> <p>121221 Depresión</p>	<p>Puntuación inicial *</p> <p>Grave (1)</p> <p>Grave (1)</p>



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
 ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
 DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
 CLAVE 8715/12

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN		
Campo: 05: Familia Clase: X: Cuidados durante la vida INTERVENCION: 7110 Fomentar la implicación familiar Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente. ACTIVIDADES 71109: Observar la estructura familiar y sus roles	71109 La familia es considerada como uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida. Más que la estructura familiar es el funcionamiento familiar el que tendría alguna relación con la aparición de ansiedad y depresión en los miembros de la familia. Cuando el funcionamiento familiar se altera debido a situaciones emergentes o a la presencia de un miembro identificado con el padecimiento, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito individual (cada miembro de la familia), grupal (la familia como un todo) y social (las relaciones del grupo con su entorno). Es importante lograr una relación terapéutica de colaboración que genere en la familia un sentimiento de control realista y favorezca la movilización de las capacidades del sistema para que promueva la mejoría (H., 2014).	criterio de resultado: 1212 Nivel de estrés Gravedad de la atención física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente ESCALA N: Desde GRAVE hasta NINGUNO		
		Indicador (es)	Puntuación final	
		121214 Trastornos del sueño Mantener a: Grave (1)	Aumentar a: Moderado (3)	
121221 Depresión Mantener a: Grave (1)	Aumentar a: Moderado (3)			



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
 ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
 DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
 CLAVE 8715/12

Plan de cuidados de enfermería

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es):</p> <p>7: Autopercepción/ autoconcepto</p> <p>Incluye: Actitud de la persona hacia sí misma y hacia su valía. Imagen corporal y patrón emocional. Patrón de comunicación no verbal: postura y movimiento corporal, contacto ocular. Patrón de comunicación verbal: voz y patrón del habla.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Posesión de 16 ligas y bolsa de plástico</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Ideas de autolesión</p> <p>Ideas de planeación suicida</p> <p>Disforia</p> <p>Anhedonia</p>	<p>Dominio:</p> <p>11: Seguridad /protección</p> <p>Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; percepción de pérdidas y de la seguridad y la protección.</p> <p>Clase:</p> <p>03: Violencia</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>00150 Riesgo de suicidio</p> <p>Vulnerable a una lesión autoinfligida que amenaza la vida.</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o</p> <p>Factor(es) de riesgo:</p> <p>Antecedentes de intento de suicidio.</p> <p>Amenazas de muerte</p> <p>Características definitorias:</p>	CRITERIOS DE RESULTADO			
		(NOC)			
		Dominio:	03: Salud psicosocial	Clase:	M: Bienestar psicológico
		Criterio de resultado:			
1206 Deseo de vivir					
Deseo, determinación y esfuerzo por sobrevivir.					
ESCALA A: desde GRAVEMENTE COMPROMETIDO hasta NO COMPROMETIDO					
	Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*		
	120605 Expresión de sentimientos.	Gravemente comprometido (1)	Moderadamente comprometido (3)		
	120614 Depresión	Sustancialmente comprometido (2)	Moderadamente comprometido (3)		
	120615 Pensamientos suicidas	Gravemente comprometido (1)	Moderadamente comprometido (3)		



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
 ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
 DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
 CLAVE 8715/12

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN			
<p>Campo: 03: Conductual</p> <p>Clase: R: Ayuda para el afrontamiento</p> <p>INTERVENCION: 5330: Control del estado de animo</p> <p>Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>533002: Administrar cuestionarios autocomplementados (escalas) según corresponda.</p> <p>533024: Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y/o darle la oportunidad de hablar acerca de sus sentimientos.</p>	<p>533002:</p> <p>La evaluación del riesgo suicida de Sheppard Pratt. Este cuestionario para la evaluación del riesgo suicida, fue elaborado por el Sistema de Salud del Hospital Sheppard Pratt. Actualmente se utiliza para la identificación y la asesoría hospitalaria dirigida a la mitigación del riesgo suicida. Consta de 13 preguntas a ser evaluadas y su clasificación consta de 4 resultados inexistentes, leve, moderado y severo (Nanni, 2019).</p> <p>533024: se recomienda favorecer la comunicación de los sentimientos y emociones en un ambiente empático y basado en el respeto.</p> <p>(Recomendación y evidencia de GPC diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto IMSS 161-09).</p>	<p>Criterio de resultado:</p> <p style="text-align: center;">1206 Deseo de vivir</p> <p>Deseo, determinación y esfuerzo por sobrevivir.</p> <p>ESCALA A: desde GRAVEMENTE COMPROMETIDO hasta NO COMPROMETIDO</p>			
		Indicador (es)	Puntuación final		
		<p>120605 Expresión de sentimientos</p> <p>mantener a:</p> <p>Gravemente comprometido (1)</p>	<p>120614: Depresión</p> <p>mantener a:</p> <p>Sustancialmente comprometido (2)</p>	<p>Aumentar a:</p> <p>Moderadamente comprometido (3)</p>	<p>Aumentar a:</p> <p>Moderadamente comprometido (3)</p>
<p>120615 Pensamientos suicidas</p> <p>mantener a:</p> <p>Gravemente Comprometido (1)</p>		<p>Aumentar a:</p> <p>Moderadamente comprometido (3)</p>			



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
 ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
 DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
 CLAVE 8715/12

Plan de cuidados de enfermería

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es):</p> <p>11: Valores/creencias</p> <p>Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.</p> <p>Incluye: Cosas percibidas como importantes en la vida. La percepción de la calidad de vida. Conflicto con los valores o creencias importantes Las expectativas relacionadas con la salud.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Peso actual: 78kg, IMC 26 kg/m²</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>1. Actitud positiva 2. Activación física</p>	<p>Dominio:</p> <p>01: Promoción a la salud</p> <p>Toma de conciencia de bienestar o normalidad de las funciones y estrategias utilizadas para mantener el control y fomentar el bienestar o la normalidad de la función.</p> <p>Clase:</p> <p>02: Gestión a la salud</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>00162 Disposición para mejorar la gestión de salud</p> <p>Patrón de regulación e interpretación en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que puede ser reforzado.</p> <p>Factor(es) relacionado(s) o</p> <p>Factor(es) de riesgo:</p> <p>Características definitorias:</p> <p>Expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad</p> <p>Expresa deseo de mejorar las elecciones de la vida diaria para alcanzar objetivos.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO		
		(NOC)		
		<p>Dominio:</p> <p>04: Conocimiento y conducta de salud.</p>	<p>Clase:</p> <p>Q: Conducta de salud</p>	
		<p>Criterio de resultado: 1601 Conducta de cumplimiento</p> <p>Acciones personales para seguir las recomendaciones de un profesional sanitario para una condición de salud específica</p> <p>ESCALA M: desde NUNCA DEMOSTRADO hasta SIEMPRE DEMOSTRADO</p>		
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*
		160102: Analiza régimen de tratamiento	A veces demostrado (3)	Frecuentemente demostrado (4)
		160104: Acepta el diagnóstico	Frecuentemente demostrado (4)	Siempre demostrado (5)



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
 ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
 DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
 CLAVE 8715/12

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 03: Conductual</p> <p>Clase: O: Terapia conductual</p> <p>INTERVENCION: .4470 Ayuda en las modificaciones de sí mismo</p> <p>Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>44705: Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado.</p>	<p>44705</p> <p>La psicoeducación persigue la adaptación del enfermo a su enfermedad, incorpora sencillas intervenciones conductuales y tareas adaptadas a su etapa de la enfermedad para ayudarle en la recuperación y a evitar las recaídas. En la cual se proporciona al paciente y sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basados en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de la patología. En la medida que los pacientes y sus familiares son capaces de reconocer las características y sintomatología de su enfermedad, pueden recurrir de manera temprana a centros de atención (Godoy, 2020)</p>	<p>Criterio de resultado: 1601 Conducta de cumplimiento</p> <p>Acciones personales para seguir las recomendaciones de un profesional sanitario para una condición de salud específica</p> <p>ESCALA M: desde NUNCA DEMOSTRADO hasta SIEMPRE DEMOSTRADO</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>160102: Analiza el régimen de tratamiento</p> <p>mantener a:</p> <p>A veces demostrado (3)</p>	<p>Aumentar a:</p> <p>Frecuentemente demostrado (4)</p>
		<p>160104: Acepta el diagnóstico</p> <p>Mantener a:</p> <p>Frecuentemente demostrado (4)</p>	<p>Aumentar a:</p> <p>Siempre demostrado (5)</p>



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

VI. PLAN DE ALTA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: _____ C.G.B.B. _____

EDAD: 48 AÑOS SEXO: FEMENINO

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO: TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE, SIN SINTOMAS PSICOTICOS, INTENTO DE SUICIDIO Y DISTIMIA (F32.2)

FECHA DE ELABORACIÓN: 12 JULIO 2021

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)	Clínica psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”, área de triage.
URGENTE (Identificación de signos de alarma o recaída)	Enojo constante, falta de concentración, desinterés en actividades, sueño e insomnio, ideas recurrentes de muerte o suicidio.
INFORMACIÓN (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)	La depresión se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades que normalmente disfruta. No es signo de debilidad, fragilidad de carácter o falta de voluntad. Lo puede padecer cualquier persona, a cualquier edad. No hay ninguna razón por sentirse culpable o avergonzado.
DIETA (Información relativa a la nutrición)	Consuma una alimentación balanceada, que incluya frutas y verduras, cereales, pescado, etc. evite el consume de frituras, salsas y comidas rápidas.
AMBIENTE (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)	Invitar a la paciente a que tenga espacios donde pueda hablar y expresar sus sentimientos con su familia, amigos o colegas de su empleo para lograr disminuir los sentimientos de muerte o soledad.
RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE (Prácticas recreativas saludables)	Mantener una actividad física de 30 minutos de ejercicio diario como caminar, trotar, aerobics.
MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO NO FACOMACOLÓGICO	Es importante cumplir con el tratamiento, sin aumentar o disminuir la dosis, y mucho menos suspenderla, a pesar de sentir una mejoría ya que



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
 ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
 DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
 CLAVE 8715/12

	<p>se tendría el riesgo de volver a sentir los sentimientos de muerte y tristeza.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #4F81BD; color: white;"> <th style="text-align: left;">medicamento</th> <th style="text-align: left;">Presentación</th> <th style="text-align: left;">Vía</th> <th style="text-align: left;">Horario/Dosis Mañana- Tarde- Noche</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lamotrigina</td> <td>Tab. 100mg</td> <td>Oral</td> <td>200mg – 0 – 200mg</td> </tr> <tr> <td>Topiramato</td> <td>Tab. 100mg</td> <td>Oral</td> <td>200mg – 0 – 200mg</td> </tr> <tr> <td>Venlafaxina</td> <td>Cap. 75mg</td> <td>Oral</td> <td>0 – 0 – 150mg</td> </tr> <tr> <td>Clonazepam</td> <td>Tab. 2mg</td> <td>Oral</td> <td>0.5mg – 0 – 2mg</td> </tr> <tr> <td>Mirtazapina</td> <td>Tab. 30mg</td> <td>Oral</td> <td>0 – 0 – 7.5mg</td> </tr> <tr> <td>Risperidona</td> <td>Tab. 2mg</td> <td>Oral</td> <td>0 – 0 – 2mg</td> </tr> <tr> <td>Memantina</td> <td>Tab. 10mg</td> <td>Oral</td> <td>10mg – 0 -0</td> </tr> </tbody> </table>	medicamento	Presentación	Vía	Horario/Dosis Mañana- Tarde- Noche	Lamotrigina	Tab. 100mg	Oral	200mg – 0 – 200mg	Topiramato	Tab. 100mg	Oral	200mg – 0 – 200mg	Venlafaxina	Cap. 75mg	Oral	0 – 0 – 150mg	Clonazepam	Tab. 2mg	Oral	0.5mg – 0 – 2mg	Mirtazapina	Tab. 30mg	Oral	0 – 0 – 7.5mg	Risperidona	Tab. 2mg	Oral	0 – 0 – 2mg	Memantina	Tab. 10mg	Oral	10mg – 0 -0
medicamento	Presentación	Vía	Horario/Dosis Mañana- Tarde- Noche																														
Lamotrigina	Tab. 100mg	Oral	200mg – 0 – 200mg																														
Topiramato	Tab. 100mg	Oral	200mg – 0 – 200mg																														
Venlafaxina	Cap. 75mg	Oral	0 – 0 – 150mg																														
Clonazepam	Tab. 2mg	Oral	0.5mg – 0 – 2mg																														
Mirtazapina	Tab. 30mg	Oral	0 – 0 – 7.5mg																														
Risperidona	Tab. 2mg	Oral	0 – 0 – 2mg																														
Memantina	Tab. 10mg	Oral	10mg – 0 -0																														
<p>ESPIRITUALIDAD (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)</p>	<p>En caso de tener ideas de muerte o de querer agredirse a usted mismo o a otras personas, procure hablar con su médico o algún profesional de salud.</p> <p>También puede dirigirse al centro de urgencias más cercano.</p>																																



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI

INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



VII. CONCLUSIONES

La relevancia de un análisis documentado puede ser un objeto de transformación de aquellos documentos originales como una revista científica, un reportaje de revista o una página web en secundarios de los cuales gracias a eso, se hace posible la recuperación de estos tanto como su difusión.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes y es que al no ser diagnosticada y tratada, esta aumenta su morbilidad. El reconocimiento temprano adecuado oportunamente ayudara a prevenir los sentimientos de muerte frecuentes y que estos puedan llegar hasta el suicidio que esta enfermedad genera. Por ello es recomendable la difusión de esta información ya que es donde se actuaría de forma preventiva y realizar la canalización correspondiente a profesionales de salud.

Se fortaleció el conocimiento de poder realizar un proceso cuidado enfermero basado en los trastornos depresivos ya que es una herramienta potente para afrontar situaciones adversas del equipo de enfermería y así poder evaluar a nuestro paciente de forma individual y eficaz para lograr una favorecedora recuperación en su estancia en la cual la enfermera es un instrumento terapéutico y la interacción se efectúa para lograr un objetivo con base en la comunicación como un elemento importante.

Finalmente durante el proceso de este trabajo aprendí que la educación al paciente es de vital importancia para prevenir remisiones, mejorar la calidad de vida, basado al apoyo familiar o del entorno y potencializar su autorresponsabilidad dirigido a su diagnóstico por medio de una relación respetuosa y empática enfermera/o-paciente.



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI

INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Agip, D. (2014). Más allá de los cinco correctos en la administración de medicamentos desde la percepción de los profesionales de enfermería H.N.A.A.A 2012. Recuperado el 30 agosto 2021 de: <https://core.ac.uk/download/pdf/71999904.pdf>.
- Arratia F. (2005). **Investigación y documentación histórica en enfermería**. Scielo. 14 (4), 567-574. Recuperado el 14 de julio 2021 de: <https://www.scielo.br/j/tce/a/NYMtZ9wfmvfT684MydnBNDy/?lang=es&format=pdf>.
- Carretero Colomer, M. (2007). **Depresión mayor**. Recuperado el 3 Agosto 2021 de: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-depresion-mayor-13109821>.
- Chagala M. (2010). **Antología**. Julio 20, 2021, de Colegio de Enfermeras (os) del Estado de Veracruz A. C. Sitio web: <https://www.uv.mx/personal/pedlopez/files/2012/01/ANTOLOGIA-PLACES-b.pdf>.
- Coryell W. (2020). **Trastornos depresivos**. Recuperado el 24 julio 2021 de:
- Elso R., Solis L. (2015). **El Proceso de Atención de Enfermería en Urgencias Extrahospitalarias**. Julio16, 2021, de SESCAM Sitio web: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8c06b7e5-ca29-40c6-ab63-f84959a87362/c618e862-974d-4faf-8093-66eae984e3da/TRABAJO CONGRESO GRAFICA AJUSTADA.pdf>
- Fawed Reyes O. (2016). **Uso crónico y sobreindicación de benzodiazepinas en pacientes del hospital Mendoza, Honduras 2016**. Imedpubjournals.vol 12 (3), 1-8. <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/uso-croacutenico-y-sobreindicacioacuten-de-benzodiazepinas-en-pacientes-del-hospital-mario-mendoza-honduras-2016.pdf>.



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

- Fernández Fernández M.L (2011). **Bases históricas y teóricas de la enfermería.** Recuperado el 25 de julio 2021 de: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1149/course/section/1385/Enfermeria-Tema11%2528II%2529.pdf>.
- Galvis López M.A (2015). **Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica.** Recuperado el 25 de julio 2021 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a12.pdf>
- González Sánchez J. (2011). **Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral.** Recuperado el 20 de julio 2021 de: <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n222/especial2.pdf>.
- González, J. (2011). **Aplicación del Proceso de Atención a Enfermería a la Salud Laboral.** Julio 16, 2021, de Medicina y Seguridad del Trabajo Sitio web: 1. <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n222/especial2.pdf>.
- **Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia.** Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico. (2018). Guías de Práctica Clínica en el SNS. Recuperado el día 26 de julio 2021 de https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2020/10/gpc_575_depresion_infancia_avaliat_compl.pdf.
- Guía de buena práctica clínica. (2014). **Guía de buena práctica clínica en psicoeducación en pacientes con depresión.** Recuperado el 16 de agosto 2021 de: <http://www.cuidadorascronicos.com/wp-content/uploads/2014/03/Gu%C3%ADa-de-buena-pr%C3%A1ctica-cl%C3%ADnica-en-Psicoeducaci%C3%B3n-en-pacientes-con-depresi%C3%B3n.pdf>.
- Guía de práctica clínica. (2014). **Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sueño, referencia rápida IMSS- 385-10.** Recuperado el 2 de agosto de 2021 de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/385GRR.pdf>.



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI

INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



- Guía de práctica clínica. (2015). **Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto evidencias y recomendaciones IMSS-161-09**. Recuperado el 31 de julio 2021 de:
<http://www.educads.salud.gob.mx/sitio/recursos/Depresi%C3%B3n/Diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20del%20trastorno%20depresivo%20en%20el%20adulto%20-%20GER.pdf>.
- Guía de práctica clínica. (2017). **Intervención de enfermería para la detección oportuna y control del episodio depresivo mayor sin síntomas psicóticos en mayores de 18 años SS-819-17**. Recuperado el 31 de julio 2021 de:
<http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-819-17/ER.pdf>.
- Guías de práctica clínica. (2011). **Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida**. Recuperado el 16 de agosto 2021 de:
<https://consaludmental.org/publicaciones/GPCprevencionconductasuicida.pdf>
<https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2021). **La enfermería en México, una profesión con historia**. Recuperado el día 15 de Julio 2021 de: <https://insp.mx/avisos/4866-dia-enfermeria-historia.html>.
- Juárez Rodríguez P. A (2009). **La importancia del cuidado de enfermería**. Recuperado el 19 de julio 2021 de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>.
- Manual CTO, oposiciones de enfermería, (2018). **Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teorías**. Recuperado el 10 agosto 2021 de:
<https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%20E2%80%9A%20Vol%C3%BAmen%201/9788417470050>.



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

- Matezans Santiago M.A, (2009). **Pasado presente y futuro de la enfermería: una aptitud constante**. Elsevier, 7(2), 243-260. Recuperado el 15 de julio de 2021 de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-pasado-presente-futuro-enfermeria-una-13139761>.
- Nanni Arias A. D. (2019). **Prevalencia de la agitación y del riesgo suicida en pacientes con trastorno por uso de sustancias atendidas en el área de triage, en la unidad para la intervención en crisis y en hospitalización en la clínica psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña**. Recuperado el 3 de agosto 2021 de: <https://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/6078/TesisE.FM.2019.Prevalencia.Nanni.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- NOM-025-SSA2-2014. **Para la prestación de los servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiatra**. Recuperado el 30 de junio 2021 de <https://www.gob.mx/salud/documentos/norma-oficial-mexicana-nom-025-ssa2-2014-secretariado-tecnico-del-consejo-nacional-de-salud-mental>.
- Olguin Martínez M. d L. (2018). **Historia de la enfermería en México: una práctica infravalorada. Universitarios potosinos**. 229, 18-21. Recuperado el 13 de julio de 202 de: <http://www.uaslp.mx/Comunicacion-Social/Documents/Divulgacion/Revista/Quince/229/229-4.pdf>.
- Ortega Sánchez A.M. (2016). **La depresión y la actividad física ¿Qué tipo de actividad física es más efectiva para reducir los síntomas depresivos?**. Recuperado el 13 de agosto 2021 de: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4205/Ortega_Sanchez_Ana_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Ortiz, L (2015). **¿Qué son las benzodiacepinas y cómo usarlas correctamente?**. Recuperado el 3 de agosto 2021 de: <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Especialidades/Psiquiatria/Noticias/Te-puede-interesar/%C2%BFQue-son-las-Benzodiazepinas-y-como-usarlas.aspx>.



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

- Piñar Sancho G, Suárez Brenes G, de la Cruz Villalobos N. (2020). **Actualización sobre el trastorno depresivo mayor**. Recuperado el 26 de julio 2021 de: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/610/1057>.
- Reyes Castillo A. (2020). **Bases neurobiológicas de los trastornos mentales en psicología**. España: Heriberto Daniel Camacho Fernández, (p. 71,87).
- Salomé Díaz Ma. Pareja J. A. (2008). **Tratamiento del insomnio**. IT del sistema nacional de salud. Vol 32 (4), 116-122. https://www.msrebs.gov.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol32_4TratInsomnio.pdf.
- Servicio andaluz de salud/consejería de salud. (2008). **Autonomía para las actividades de la vida diaria-Barthel-**. Recuperado el 3 de agosto 2021 de: <https://hvn.es/enfermeria/ficheros/barthel.pdf>.
- Tomen Bastardas M. (2019). **Depresión mayor: criterios DSM V, síntomas, causas y tratamiento**. Recuperado el 24 de julio de 2021 de: <https://www.psicologia-online.com/depresion-mayor-criterios-dsm-v-sintomas-causas-y-tratamiento-4559.html>.
- Torres Barrera S., Zambrano-Lizarraga E. (2010). **Breve historia de la educación de la enfermería en México**. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc.18 (2), 105-110. Recuperado el 15 de julio 2021 de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim102h.pdf>.
- Vargas H. (2014). **Tipo de familia y ansiedad y depresión**. Revista Med Hered. 25. 57-59. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v25n2/v25n2e1.pdf>.
- Velandia Mora A. L (2010). **El cuidado de enfermería como objeto de estudio**. Recuperado el 17 de julio 2021 de: <http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.com/2010/09/el-cuidado-de-enfermeria-como-objeto-de.html>.



IX. GLOSARIO DE TERMINOS

Abulia: falta de voluntad o de energía para hacer algo o para moverse.

Alucinaciones: Consisten en percibir cosas como visiones, sonidos u olores que parecen reales, pero no lo son. Estas cosas son creadas por la mente.

Anhedonia: Incapacidad para experimentar placer, la perdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades.

Anodino: Que es insustancial o que carece de interés o importancia.

Asistencial: Perteneiente o relativo a la asistencia, especialmente la médica o la social.

Brecha sináptica: Es el espacio que queda en la sinapsis entre dos neuronas.

Catatonía: Síndrome conductual caracterizado por una incapacidad para moverse normalmente.

Congruencia: Es la relación lógica que se establece entre distintas cosas.

Constipación: Se refiere al tránsito intestinal poco frecuente, la sensación de evacuación incompleta, o la necesidad de enemas, supositorios o laxantes para mantener cierta regularidad.

Cuidado integral: Consiste en un cuidado competente y compasivo. Proponen cuidar a las personas en esos momentos tan especiales en que se encuentran ante una enfermedad terminal. Se trata de un equipo de profesionales que se ponen al servicio y que entrenan para eso.

Curación: El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI

INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



Delirios: Creencia o realidad alterada que se mantiene de manera constante a pesar de que existe evidencia o consenso sobre lo contrario, generalmente relacionada con un trastorno mental.

Demarcación: Determinación y señalización de los límites de algo.

Dendritas: Ramificaciones en forma de árboles que nacen del cuerpo de la neurona.

Derechohabiente: Se refiere a aquella persona cuyos derechos derivan de otra.

Desesperanza: Estado de ánimo del que no tiene esperanza o la ha perdido.

Desmoralización: Pérdida del valor o de la confianza en sí mismo.

Diaconisas: Mujer virgen o viuda que, en los primeros siglos del cristianismo.

Distimia: Es un trastorno depresivo persistente; es decir, un tipo de depresión continua y crónica.

Edema: Presencia de un exceso de líquido en algún órgano o tejido del cuerpo que, en ocasiones, puede ofrecer el aspecto de una hinchazón blanda.

Efectividad: Es la capacidad de conseguir el resultado que se busca.

Eficaz: Que produce el efecto esperado, que va bien para determinada cosa.

Empatía: Participación afectiva de una persona en una realidad ajena a ella, generalmente en los sentimientos de otra persona.

Enfermería: Abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos.

Enfermo: Que tiene o padece una enfermedad.

Estandarizar: Es el proceso de ajustar o adaptar características en un producto, servicio o procedimiento; con el objetivo de que éstos se asemejen a un tipo, modelo o norma en común.



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI

INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



Estimulo residual: Son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual.

Estimulo contextual: Son los factores del entorno que surgen en el interior o exterior de la persona sin convertirse en el centro de atención de su energía o ambas.

Estimulo focal: Es el estímulo interno o externo al que ha de enfrentarse la persona de forma inmediata; el hecho u objeto que capta su atención.

Evento desencadenante: Acontecimiento de cierta importancia.

Gestación: Período de 9 meses lunares en el que tiene lugar el desarrollo del embrión o feto hasta su formación completa y durante el cual tiene lugar la formación y el desarrollo de todos los órganos.

Gestora: Que se encarga de dirigir, gestionar o administrar una empresa, sociedad u otra entidad.

Glía: La glía es el grupo de células del sistema nervioso más abundante en el cerebro. Estas no transmiten el impulso nervioso, pero sirven de sostén a las neuronas, las aíslan, las defienden y las nutren, desempeñando un papel fundamental para mantener a las neuronas en las condiciones óptimas que aseguren su supervivencia, lo que es muy importante, ya que las neuronas no pueden ser reemplazadas.

Hipersomnia: Es decir, es una facilidad excesiva para conciliar el sueño durante el día, en situaciones que a la mayoría de las personas no le sucede.

Hipomaniaco: Se define como un período delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos 4 días.

Hiporexia: Es un trastorno alimenticio que consiste en la pérdida gradual del apetito, lo que genera que la persona que lo padece deje de comer.



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI

INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



Incontinencia afectiva: las emociones se exteriorizan de una manera exagerada esto origina crisis patológicas de risa o llanto. Los pacientes suelen reír o llorar a la menor provocación.

Interdependencia: La interdependencia es la acción de ser dependiente de una persona y de compartir un punto común de principios con otros y del mismo significado.

Interpersonal: Hace referencia a aquello que se establece o se lleva a cabo entre, al menos, dos personas.

Intervención: En el campo de la medicina, un tratamiento, un procedimiento u otra acción que sirven para prevenir o tratar una enfermedad, o para mejorar la salud de otras formas.

Labilidad emocional: se refiere a cambios rápidos en el estado de ánimo, **que** pueden estar provocados o no, por estímulos externos.

Maniaco: Humor muy elevado y alborotado, generalmente asociado con el trastorno de bipolaridad.

Monoterapia: Tratamiento en el que se usa un solo tipo de terapia, como radioterapia o cirugía, para tratar determinada enfermedad o afección.

Morfología: Es la disciplina encargada del estudio de la estructura de un organismo y sus componentes o características.

Neurotransmisor: La transmisión de información desde una neurona hacia otra neurona, una célula muscular o una glándula, mediante la sinapsis que las separa.

Oleada: Movimiento de gran cantidad de personas en grupo.

Paciente: Es aquella persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y, está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud.



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI

INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



Partería: Se define como los servicios de salud y el personal de salud necesarios para prestar apoyo y atención de calidad a las mujeres durante su vida sexual y reproductiva, incluyendo el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención del recién nacido.

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.

Plasticidad neuronal: También llamada neuroplasticidad, plasticidad neural o plasticidad sináptica, es una propiedad que emerge del cerebro y es el funcionamiento de las neuronas cuando estas establecen comunicación, y que modula la percepción de los estímulos del medio, tanto los que entran como los que salen.

Practica: Ejercicio o realización de una actividad de forma continuada y conforme a sus reglas.

Prevención: Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa.

Profesionalización: Es el proceso social por el cual se mejoran las habilidades de una persona para hacerla competitiva en términos de su profesión u oficio.

Protección: Acción de proteger o impedir que una persona o una cosa reciba daño o que llegue hasta ella algo que lo produzca.

Psicodinámica: En su sentido más amplio, es un enfoque de la psicología que enfatiza el estudio sistemático de las fuerzas psicológicas que subyacen en el comportamiento humano, los sentimientos y las emociones y cómo pueden relacionarse con la experiencia temprana.

Psicosis: Trastorno mental caracterizado por una desconexión de la realidad. La persona con el trastorno no suele ser consciente de su comportamiento.



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI

INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



Remisión: Es la atenuación o desaparición completa en el paciente de los signos y síntomas de su enfermedad, ya sea como consecuencia del tratamiento o de forma espontánea.

Recidiva: O recaída es aquella situación en la que un paciente se ve aquejado nuevamente por la enfermedad de la que estaba convaleciente. Puede tratarse de una afección física, de un padecimiento psicológico, o bien de la adicción a una sustancia.

Signos vitales: Son medidas de varias características fisiológicas humanas, generalmente tomadas por profesionales de la salud, para valorar las funciones corporales más básicas.

Sinapsis: Espacio entre el extremo de una neurona y otra célula.

Teoría: Conjunto organizado de ideas que explican un fenómeno, deducidas a partir de la observación, la experiencia o el razonamiento lógico.

Terapéutica: Parte de la medicina que se ocupa de los medios empleados en el tratamiento de las enfermedades y de la forma de aplicarlos.

Transducción intracelular: Ocurre cuando una molécula de señalización de fluido extracelular activa un receptor de superficie de la célula.

Tratamiento: Es el conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.

Versatilidad: Es la cualidad de hacer cosas distintas.



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
 ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
 DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
 CLAVE 8715/12

X. ANEXO

10.1 ANEXO 1 VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

1. Datos generales

Nombre: _____ C.G.B.B. _____ Edad: 48 Sexo: F Estado civil: Soltera

Domicilio: circuito Valladolid #125, quinta Valladolid, SDGS. SLP Procedencia: San Luis Potosí

Fecha de nacimiento: 26/08/1971

Diagnóstico por CIE-10: F 32.2 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS

Escolaridad: Licenciatura en medicina

Alergias: Clindamicina Esquema de vacunación: completa

Fecha de ingreso: 02/09/2019

Historia laboral: Su primer empleo lo tuvo a los 25 años, como médico general y nunca ha tenido más empleos. Actualmente se encuentra laborando la misma profesión.

2. Somatometría y Signos Vitales:

Peso: 80 kg Talla: 173 cm IMC: 26.7 kg/m²

Presión Arterial: 125/80 mmhg Frecuencia Cardíaca: 68 lpm Frecuencia Respiratoria: 21 rpm

Temperatura: 36.2 °C

3. Antecedentes Heredo Familiares (tanto físicos como mentales, incluir familiares en primer y segundo grado, antecedentes de consumo de sustancias, patologías psiquiátricas, suicidios o intentos de suicidio):

Abuelos: paterna con Alz-heimer, demencia. MUERTO

Madre: negadas

Padre: Alz-heimer, demencia. VIVO

Hermanos: mayor con discapacidad intelectual. VIVO

4. Antecedentes Personales Patológicos (Enfermedades propias de la infancia, accidentes: gravedad, cronicidad o secuelas, trastornos psicopatológicos, consumo de alcohol, tabaco, u otro tipo de drogas patrón de consumo):

Epilepsia en lóbulo temporal, parietal y frontal, bilateral del tipo parcial desde los 12 años. Tratada con anticonvulsivantes, cirugía previa de 1 cesárea y colecistectomía hace 16 años, TCE severo a los 17 años, fractura de pubis a los 17 años por accidente.



**CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI**



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

5. Apariencia General:

Higiene y aliño : Adecuada Regular Deficiente Aliñado Desaliñado
 Actitud: Cooperador Poco cooperador No coopera Suspica
 Hipervigilante Somnoliento Indiferente
 Compleción: Ectomórfica Endomórfica Mesomórfica
 Bien conformado Mal conformado por: _____
 Lesiones aparentes: No presentes

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

1. Percepción -Manejo de Salud (Toma de conciencia, manejo de salud)

¿Cómo considera su estado de salud? No adecuada
 Actitud y comportamiento frente a la enfermedad: Aceptación Rechazo Indiferencia
 Negación:
 ¿Qué actividades realiza para cuidar su salud?: ninguna
 ¿Qué actividades realiza para evitar recaídas de su enfermedad? ninguna.

Actitud y comportamiento hacia la medicación: indiferencia

Conocimiento de la enfermedad: con conciencia crítica de su enfermedad

2. Nutricional-Metabólico (ingestión, digestión, absorción, metabolismo, hidratación)

Describe tipo de alimentos que consume: Frutas, verduras, pescado, pollo, atún, frijol, arroz, pastas, huevo, leche.

Numero de comidas al día: 3 Utiliza suplementos alimenticios y cuales No

Cantidad de consumo de agua al día: 2 L

Antecedentes de: Gastritis Colitis Úlcera gástrica Náusea Vómito

Desórdenes alimenticios: Hiporexia Anorexia Bulimia Anorexia y bulimia

Presencia de líquidos parenterales: No

Explorar integridad de la piel mucosas:

Hidratado Sequedad Signo de lienzo húmedo Palidez Ictericia acantosis

Cianosis Piel fría Piel caliente Rubicundez Edema



**CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI**



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

Integridad: Si No Especificar: _____

Cabeza, cabello: Implantación normal Fragilidad, caída Pediculosis Caspa o seborrea

Signo de bandera Exostosis Endostosis

Integridad de ojos, nariz y oídos: _____ Integros

Presencia de sonda nasogástrica: _____ No

Cavidad Oral: Anodoncia parcial Anodoncia total Caries Sarro Candidiasis

Amígdalas: Normales Hipertróficas Hiperémicas Ausentes Presencia de puntilleo

3. Eliminación (sistema urinario, intestinal, tegumentario, pulmonar)

Eliminación intestinal (Frecuencia, características): 3 veces al día, color café, regular cantidad con restos alimenticios.

Presencia de : Diarrea Estreñimiento Encopresis

Eliminación vesical: (Frecuencia, características): Color amarilla ambar y con frecuencia de 4 veces al día.

Presencia de: Disuria Poliuria Poliaquiuria Enuresis Cálculos renales

infección de vías urinarias frecuentes

Piel: Sudoración normal Diaforesis Sudoración escasa Hiperhidrosis Mal olor

Edema:

Drenajes y tipo: _____ Negados

Ostomías: _____ Negados

Exploración:

Abdomen: Plano Globoso Simetría: Integridad de la piel

Peristaltismo : Presente Ausente Frecuencia por minuto: _____ 3 por minuto

Timpanismo Matidez

Dolor presencia de masas Ascitis Otros: _____

Giordano Positivo Negativo

Hemorroides: Presentes Ausentes

Hallazgos en la exploración genital: _____ Sin datos



**CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI**



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

4. Actividad ejercicio (actividad/ ejercicio, equilibrio de la energía, respuestas cardiovasculares / respiratorias)

¿Considera que cuenta con la energía suficiente para realizar las actividades cotidianas?: No

Capacidad para realizar actividades de rutina (bañarse, comer, vestirse) : completo

1. Completo autocuidado 1. Necesita uso de un equipo especial 2. Requiere supervisión 3. Requiere ayuda de otra persona
4. Es dependiente y no colabora

Índice de Katz o Barthel: 100-Independiente

Exploración Física:

Marcha: Eubásica Disbásica Inmovilidad Presencia de sujeción mecánica

Tono y fuerza de extremidades: Tonicidad normal Atonía

Movimientos anormales: Acatisia Temblor Distonía Disquinesia Rigidez

Agitación motriz Crisis Convulsivas Manerismos

Claudicación Uso de aditamentos para la deambulación

Respiración: (Ritmo, Frecuencia, Profundidad, Simetría, describir localización de los fenómenos agregados)

21 respiraciones por minuto, no presenta ninguna sibilancia en torax, ruidos cardiacos de buena intensidad y ritmo.

Cianosis Palidez Hipoxia Hipoxemia Hipercapnia

Intolerancia a la actividad: Fatiga Cansancio

Alteraciones respiratorias durante la actividad: Taquipnea Bradipnea Disnea Aleteo

Uso de músculos accesorios Estertores Sibilancias Roncus Estridor

Función cardiaca: Frecuencia 68 lpm Ritmo Arritmias Soplos Ritmo de galope

Pulsos: Frecuencia 68 lpm Ritmo: Regular Irregular Amplitud : Alternante de Corrigan

Filiforme Paradójico Débil Imperceptible o ausente

Ingurgitación yugular:

Realiza alguna rutina de ejercicios (tipo, duración y frecuencia): ninguna.

Sedentarismo: Si No

Como emplea su tiempo libre: leyendo libros.

Actividades recreativas que realiza, tipo y frecuencia: sale pocas veces a terapia física y juega básquet ball.



5. Sueño -descanso.

Calidad y cantidad de sueño: Total de horas que duerme diariamente: 4 horas

¿Acostumbra tomar siestas?: Si No

Alteraciones del sueño:

Insomnio inicial Insomnio tardío Insomnio intermitente Pesadillas

Hipersomnia Somnolencia diurna Ronquido Apnea del sueño Sueño no reparador

Alteraciones (cansancio, alteraciones emocionales o conductuales) asociadas a la falta de sueño: ideas referenciales de autolesión

Utiliza algún remedio, ritual o fármaco para poder dormir (tipo y frecuencia): Benzodiacepina (clonazepam 0.5mg en la mañana y 2mg pr la noche)

6. Cognitivo-perceptual (atención, orientación, sensación/percepción, cognición, comunicación)

Funciones de Integración Superior:

Estado de Conciencia : Consciente Somnoliento Estuporoso Inconsciente

Orientación: Tiempo Lugar Persona Autospíquica _Alopsíquica

Memoria: Reciente (anterógrada) Tardía(retrógrada) Amnesia

Atención: Central Periférica Hipoprosexia Paraprosexia Hiperprosexia

Expresión del pensamiento (lenguaje): Normal Mutismo Parco/monosilábico Coherente

Dislalia Disartria



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
 ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
 DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
 CLAVE 8715/12

Alteraciones sensoriales : Alucinaciones Ilusiones
 Tipo: Auditivas Visuales Olfatorias Cenestésicas Gustativas
 Presenta alguna limitación en: Vista Tacto Audición Olfato Gusto
 ¿Utiliza algún apoyo para estos problemas? : lentes

7. Autopercepción (auto concepto, autoestima, imagen corporal)

¿Qué piensa de sí misma? Refiere no valer nada, ni como madre.
 ¿La mayor parte del tiempo se siente a gusto consigo mismo? No.
 ¿Qué sentimientos predominan en usted la mayor parte del tiempo?
 Ansiedad Tristeza Irritabilidad Exaltación Felicidad Tranquilidad
 ¿Cómo se siente respecto a su imagen corporal?: Aceptación
 Contenido de ideas respecto a estado afectivo: Desesperanza Minusvalía Muerte
 Ideación suicida Planeación suicida Intento suicida Cutting
 Otras alteraciones asociadas al estado afectivo: Ninguna

8. Rol / Relaciones (roles de cuidador, relaciones familiares, desempeño del rol)

Rol que desempeña en la familia: Madre
 ¿Cuenta con apoyo familiar para afrontar su enfermedad? No.
 ¿Cómo es la relación entre los miembros de su familia? mala
 ¿Cómo es la Interacción social con personal y pacientes del servicio: buena
 ¿Cuenta con apoyo social? si



**CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI**



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

9. Sexualidad-Reproducción

Antecedentes Gineco-obstétricos

Menarca 12 años FUM 22/08/19 Menopausia I.V.S.A: 3 años por violación

Embarazos: 4 Partos: 0 Abortos: 3 Cesáreas: 1

SDG: NA FPP: NA

Exploración física embarazo:

Altura de fondo uterino NA FCF: NA

Presentación: Cefálica NA Podálica NA

Posición: Anterior NA Posterior NA Izquierda NA Derecha: NA

Situación: Longitudinal NA Transversa NA Oblicua NA

Vida sexual activa Sí No ¿Satisfacción de sus relaciones sexuales? Sí No

Uso de métodos anticonceptivos: Sí No ¿Cuál método? DIU

Que precauciones toma para prevenir enfermedades de transmisión sexual? Ninguna

Problemas de identidad sexual: Sí No

Presencia de riesgos para la salud reproductiva y sexual (Vida sexual: naturaleza, frecuencia y actitud ante ella: masturbación, polución nocturna, fantasías eróticas, etc. Iniciación de su vida sexual):

Negadas

Detección de cáncer cervico-uterino en el último año : Sí No

Detección de cáncer de mama en el último año: Sí No

Detección de cáncer de próstata en el último año: Sí No

Menopausia o Andropausia (si aplica): Anotar la actitud ante ella, presencia o no de alteraciones psicopatológicas en su curso o posterior a ella, duración y naturaleza de las mismas: Alteración de hormonas, cansancio, bochorno, no recuerda duración.

Presencia de infecciones de transmisión sexual: Sí No ¿Cuál?

10. Adaptación Tolerancia al Estrés (respuesta post – traumática, respuestas de afrontamiento, estrés)

¿En el último año ha sufrido algún cambio importante en su vida? Estrés Crisis

La mayor parte del tiempo se siente: Cómodo Tenso Relajado Desmotivado

¿Qué hace para sentirse mejor?: Escritura con simbología



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

Para relajarse utiliza (frecuencia y cantidad) : Tés Alcohol Tabaco
Medicamentos no preescritos (tipo y frecuencia) ____ No ____ Otros: _____
Drogas ilegales (tipo) _____
Cómo resuelve sus problemas (recursos, apoyos con los que cuenta): _____ Nada _____

11. Valores- Creencias:

¿Cree en un ser supremo? Jesucristo

¿Profesa alguna religión? Católica

¿La religión es importante para usted? No

¿Qué cosas considera importantes en su vida? Ninguna cosa o persona

¿Se siente satisfecho con su vida? Algunas veces

Actitud ante la religión, el duelo y la muerte: _____ Indiferencia. _____

¿Presenta Preocupaciones relacionadas con la vida, la muerte o la enfermedad?: No

¿Cuáles sus planes futuros? (corto y largo plazo): ninguna, muestra indiferencia



**CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI**



INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

10.2 ANEXO 2 Índice de Barthel

Índice de Barthel		
Actividad	Descripción	Puntos
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente	<u>10</u>
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	<u>15</u>
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes	<u>5</u>
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	<u>10</u>
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	<u>5</u>
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	<u>15</u>
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	<u>10</u>
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	<u>10</u>
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	<u>10</u>
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	<u>10</u>

Moreno, J. D. (marzo de 1997). valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel . *revista española salud publica* , 71(2). Recuperado el 13 de agosto de 2021, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
 ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
 DELEGACION SAN LUIS POTOSI



INCORPORADA A LA UNAM
 CLAVE 8715/12

10.3 ANEXO 3 Evaluación del riesgo suicida de Sheppard Pratt



Tesis para obtener el título de la especialidad en Psiquiatría:
 "Prevalencia de la agitación y del riesgo suicida en pacientes con
 Trastorno por Uso de Sustancias"



51

Evaluación del riesgo suicida de Sheppard Pratt.

	CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	SI	NO
1.	¿Intento suicida reciente?	Intento de suicidio grave inmediatamente previo a su hospitalización	✓	
2.	¿Intento suicida inminente?	Expresando actualmente un deseo de matarse (en el hospital)	✓	
3.	¿Planeación suicida?	Tiene un plan específico que puede ser realizado (en el hospital)	✓	
4.	¿Dolor psicológico o ansiedad?	Muestra signos de incomodidad psicológica extrema		✓
5.	¿Odio, enojo o culpa?	Muestra signos de autoestima extremadamente pobre	✓	
6.	¿Desesperanza?	No cree que él o ella pueda sentirse mejor	✓	
7.	¿Agitación?	Está visiblemente fatigado y tenso	✓	
8.	¿Psicosis?	Tiene delirios especialmente con contenido de culpa o alucinaciones		✓
9.	¿Deseo de muerte?	Siente que la muerte le traería alivio	✓	
10.	¿Historia propia o familiar de suicidio?	Tiene una historia de intentos suicidas o un suicidio en los miembros de la familia/amigos	✓	
11.	¿Apoyo social pobre?	Ausencia de apoyo social de: 1. Amigos y conocidos 2. Empleo y/o desempeño escolar significativo 3. Redes de apoyo religiosas	✓	
12.	¿Abuso de sustancias?	Tiene una historia reciente de abuso dependencia a sustancias		✓
13.	¿Estresor reciente severo?	Ha experimentado una pérdida devastadora o conflictiva, sentimientos de culpa y preocupación	✓	

Nanni Arias A. D. (2019). *Prevalencia de la agitación y del riesgo suicida en pacientes con trastorno por uso de sustancias atendidas en el área de triage, en la unidad para la intervención en crisis y en hospitalización en la clínica psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña*. Recuperado el 3 de agosto 2021 de:

<https://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/6078/TesisE.FM.2019.Prevalencia.Nanni.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.