



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS,  
PLANEACIÓN Y COORDINACIÓN SECTORIAL  
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN  
MÉDICA E INVESTIGACIÓN  
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.  
CLAVE INCORPORACIÓN U.N.A.M. 3095-12  
ACUERDO CIRE 203/99/DEL 25/06/1999

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

NOMBRE DE LA OPCIÓN: PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TRABAJO ESCRITO:

**PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA APLICADO A  
PERSONA MAYOR CON PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES  
RELACIONADO CON DEPRESIÓN EVIDENCIADO POR EVITACIÓN DE  
CONFLICTOS.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA

PRESENTA:

**RODRIGO BERNAL CEDILLO**

MATRICULA:

**418530447**

DIRECTOR DE TRABAJO ESCRITO

**MTRA. SILVIA VEGA HERNÁNDEZ**

FECHA

**MARZO 2023**



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.



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS,  
PLANEACIÓN Y COORDINACIÓN SECTORIAL  
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN  
MÉDICA E INVESTIGACIÓN  
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.  
CLAVE INCORPORACIÓN U.N.A.M. 3095-12  
ACUERDO CIRE 203/99/DEL 25/06/1999

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

NOMBRE DE LA OPCIÓN: PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TRABAJO ESCRITO:

**PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA APLICADO A  
PERSONA MAYOR CON PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES  
RELACIONADO CON DEPRESIÓN EVIDENCIADO POR EVITACIÓN DE  
CONFLICTOS.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA

PRESENTA:

**RODRIGO BERNAL CEDILLO**

MATRICULA:

**418530447**

DIRECTOR DE TRABAJO ESCRITO

**MTRA. SILVIA VEGA HERNÁNDEZ**

FECHA

**MARZO 2023**



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS,  
PLANEACIÓN Y COORDINACIÓN SECTORIAL  
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN  
MÉDICA E INVESTIGACIÓN  
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM  
CLAVE INCORPORACIÓN II.E.A.M. 3095-12  
ACUERDO CIRE 203/99/DEL 25/04/1999

SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN  
ANEXO 13

**AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO**

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO  
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN  
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM  
PRESENTE.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Proceso Atención de Enfermería Aplicado a Persona Mayor con Procesos Familiares Disfuncionales relacionado con Depresión evidenciado por Evitación de Conflictos

Elaborado por:

1.	<u>Bernal</u>	<u>Cedillo</u>	<u>Rodrigo</u>	No. Cuenta	<u>418530447</u>
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
	Apellido paterno	Materno	Nombre(s)	No. Cuenta	_____

Alumno (s) de la carrera de: Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México; a 08 de marzo del 2023

  
Mtra. Silvia Vega Hernández  
Nombre y firma del ASESORA

  
Mtra. Silvia Vega Hernández  
Directora Técnica de la carrera



## Contenido

Contenido .....	II
AGRADECIMIENTOS .....	I
I. INTRODUCCIÓN .....	II
II. JUSTIFICACIÓN.....	IV
III. OBJETIVOS .....	VI
3.1. General .....	VI
3.2 Específicos .....	VI
IV. MARCO TEÓRICO.....	1
4.1 Enfermería como Profesión disciplinar. ....	1
4.1.1 Conceptos básicos de la enfermería que la sustentan como disciplina .....	3
4.2 El cuidado como Objeto de Estudio .....	10
4.2.1 Enfoque filosófico, teórico, metodológico y práctico del cuidado .....	13
4.2.4 Tipos de Cuidado.....	20
4.3 Modelos y Teorías de enfermería .....	22
4.3.1 Definición, objetivos y clasificación .....	29
4.3.2 Relación de los Modelos y Teorías con el Proceso Atención de Enfermería .....	34
4.3.3 Aspectos éticos y legales en la aplicación del P.A. E .....	36
4.3.4 Modelo o Teoría utilizado para la elaboración del P.A.E .....	40
4.4 El Proceso de Enfermería como herramienta metodológica para brindar cuidado a la persona. ....	47
4.4.1 Definición, objetivos, ventajas y desventajas.....	49
4.4.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería .....	52
4.5. La persona (adulto mayor).....	62
4.5.1. Características biológicas, psicológicas y sociales.....	74
4.5.2. Padecimientos más frecuentes.....	82
4.5.3. Descripción del padecimiento .....	86
V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	97
5.1 Presentación del Caso Clínico.....	97
5.2 Valoración inicial y continua (Identificación de necesidad) .....	101

5.2.1. Organización de datos con base en a la valoración de necesidades del modelo de atención de Virginia Henderson.....	110
5.3. Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería.....	115
5.4. Plan de Intervención de enfermería.....	118
5.7 Plan de alta.....	144
VI. CONCLUSIONES.....	146
VII. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	149
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	153
IX. ANEXOS.....	165

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de titulación es el fruto de esfuerzo y dedicación y trabajo duro, el cual es gracias no solo a un esfuerzo individual, sino a la colaboración de diversos familiares amigos y profesores sin los cuales esto no hubiese sido posible.

A mis hermanos Erick y Rene Bernal Cedillo, así como a mis amigos, Patricia Reséndiz, Lizet Sandoval, Scarlett Rivas, Ramsés Castillo, que me brindaron su apoyo en momentos en que los necesite, así como por creer en mí y en mis metas.

A mi asesora Mtra. Silvia Vega Hernández la cual, sin su orientación, apoyo y experticia, no hubiese sido posible la correcta elaboración del presente trabajo, así como por sus enseñanzas a lo largo de la carrera.

Y por último, pero no menos importante al paciente O.C.T. quien deposito en mí su confianza para desarrollar de manera conjunta este trabajo escrito como opción de titulación.

El presente Proceso Atención de Enfermería está dedicado a mi madre Amalia Cedillo Tenorio, la cual sin su apoyo incondicional nada de esto hubiese sido posible, ya que ella me enseñó que no hay cosa imposible en la vida lo único que se necesita es esfuerzo para salir adelante y jamás darse por vencido.

Especialmente a los profesores que me impulsaron, corrigieron, y enseñaron tanto, a lo largo de la carrera, sin los cuales este logro no sería posible, ya que cimentaron las bases del saber y me impulsaron a llegar más lejos de lo que es esta hermosa carrera.

Sin olvidar a aquellas personas que me dirigieron al camino de enfermería, y me llevaron a amar esta hermosa carrera, Alondra Muñoz, Alejandro Lozano, Liz Ruiz, Daniela Mondragón

## I. INTRODUCCIÓN

El Proceso Enfermero representa el eje metodológico fundamental de enfermería, el cual sirve para brindar cuidados holísticos a la persona sana o enferma, a través de la valoración, formulación de diagnósticos, planeación de intervenciones, ejecución de las mismas, y la evaluación de resultados para así determinar la efectividad o el cambio de las medidas implementadas, para lograr una mejoría no solo en el estado de salud físico si no biopsicosocial-espiritual, teniendo en cuenta que la persona es afectada por una conjunción de procesos tanto biológicos, sociales, psicológicos, tomando en cuenta que la enfermería ha evolucionado a lo largo de los años para adaptarse mejor, a la problemática presente con cada individuo, familia, grupo o comunidad, este proceso tiene como sustento un amplio margen referencial científico, el cual siguiendo esta metodología da como resultado el proceso de atención enfermería.

Enfermería cuenta con un grupo de taxonomías las cuales ayudan a la realización de los planes de cuidados, estas son las taxonomías de la “*North American Nursing Diagnosis Association Internationa*”<sup>1</sup> (NANDA-I), la “*Nursing Outcomes Classification*” (NOC) y la “*Nursing Interventions Classification*” (NIC), las cuales se han convertido en lenguajes propios de la disciplina, que son reconocidos y aceptados internacionalmente. Esta herramienta propia del personal de enfermería nos permite proporcionar cuidados holísticos y humanizados atendiendo a las respuestas humanas de cada persona, permitiendo evaluar los cuidados proporcionados.

Tomando en cuenta que en el presente proceso de atención de enfermería se tratara a un paciente adulto mayor con diagnóstico médico de depresión, el cual coadyuba a procesos familiares disfuncionales relacionados con depresión, teniendo como resultado diversas afecciones, que repercuten en el estilo de vida del paciente.

Con base a lo anterior y con el fin de dar sustento teórico al desarrollo de este trabajo se aplicó el Modelo de Atención de Virginia Henderson tomando en cuenta una valoración basada en las 14 necesidades, además de la aplicación de otros



instrumentos de valoración geriátrica para identificar su estado afectivo tales como la escala de Hamilton y Yesavage así como el Apgar Familiar para identificar como percibe el funcionamiento de la familia, que permita como profesional de enfermería comprender el estado de salud del paciente mediante una valoración integral, para el diseño del plan de intervención de enfermería.

## II. JUSTIFICACIÓN

La depresión es una de las principales enfermedades que afectan la salud mental, la cual tiene una repercusión directa en el estilo y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que en la actualidad la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo.<sup>1</sup>

Al referirnos a los Estados Unidos Mexicanos esta se encuentra entre las 20 principales causas de enfermedad en el adulto mayor con 15,640 casos por cada 100 000 habitantes mayores de 65 años, siendo una prevalencia importante dentro del territorio nacional.<sup>2</sup>

Existen diversos factores que pueden desencadenar este problema de salud, entre los principales predisponentes se encuentran la personalidad, aprendizaje de respuesta a situaciones de tensión, predisposición biológica, los problemas económicos, dinámica familiar, personalidad, soledad o estrés continuo, grado de escolaridad, comorbilidad orgánica y mental, así como aquellos precipitantes, abandono, sentimientos de desesperanza, pérdida económica entre otros<sup>3</sup> ; se puede mencionar que durante esta etapa de vida existen diversas causas de morbimortalidad las cuales no son puramente por el deterioro biofisiológico, si no que se ven coadyubadas diversas afecciones por la disminución de las capacidades físicas y mentales, teniendo como consecuencia un aumento en la dependencia de líneas de apoyo, y a su vez hay una clara disminución de estas; por ende, los adultos mayores tienden a padecer depresión.

Enfermería como parte integrante del equipo interdisciplinario de salud, juega un papel preponderante en la detección oportuna de las necesidades, que le permitan desarrollar diagnósticos centrados en el problema y en los posibles riesgos que

---

<sup>1</sup> Gobierno de la ciudad de México. La Depresión en la vejez y la importancia de su prevención [Internet]. 2021 feb. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/la-depresion-en-la-vejez-y-la-importancia-de-su-prevencion?idiom=es>

<sup>2</sup> SUIVE/DGE SECRETARÍA DE Salud/estados unidos mexicanos 2020 [internet] disponible en: [https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2021/morbilidad/grupo/veinte\\_principales\\_causas\\_enfermedad\\_grupo\\_sesentaicinco\\_mas.pdf](https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2021/morbilidad/grupo/veinte_principales_causas_enfermedad_grupo_sesentaicinco_mas.pdf)

<sup>3</sup> Gómez A.E. La depresión en el anciano. Clínica y tratamiento. Revista de divulgación sanitaria. Vol. 26 NÚM 9 octubre 2007 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-depresion-el-anciano-13111062>

peda presentar el paciente, es por ello que se considera importante aplicar esta herramienta teórico metodológica Proceso Atención de enfermería (PAE) para la atención sistemática del paciente ya que será una guía importante durante la atención, no solo desde el punto de vista biológico, sino que deberá atender además los aspectos psicológicos y sociales e incluso religiosos brindándole así una atención holística y de calidad centrada en la respuesta humana de la persona. Así mismo es sustancial este trabajo ya que contribuye a aumentar el conocimiento teórico y sustentar nuestra práctica basada en evidencias científicas para el correcto cuidado de los pacientes y orientación a sus familiares.

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1. General**

Elaborar y aplicar un proceso de Atención de Enfermería a una Persona Mayor con diagnóstico de conducta de mantenimiento ineficaz de la salud relacionado con síntomas depresivos, en su domicilio para identificar sus necesidades con base al Modelo de Atención de Virginia Henderson y mediante la priorización, establecer un plan de intervención de enfermería que contribuya a proporcionar una atención holística y de calidad

#### **3.2 Específicos**

- Valorar al paciente para determinar su estado de salud e identificar los problemas de salud reales y potenciales.
- Elaborar los diagnósticos de acuerdo con la respuesta humana del paciente usando como marco de referencia la Taxonomía de la NANDA.
- Diseñar un Plan de Cuidados Individualizado, aplicando la taxonomía NANDA, NOC y NIC que dé respuesta a las necesidades del paciente.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería previamente planeadas de manera dependiente e interdependiente para recuperar en la medida de lo posible el estado de salud de la persona y evitar complicaciones.
- Evaluar las intervenciones de Enfermería midiendo resultados de manera objetiva de acuerdo con la respuesta humana del paciente y los indicadores de resultados establecidos.

## IV. MARCO TEÓRICO

### 4.1 Enfermería como Profesión disciplinar.

La práctica profesional se basa en un conjunto de conocimientos; esta base contribuye a tener un juicio y un fundamento para modificar los actos de acuerdo con la situación. El concepto de profesión es habitualmente asociado con el colectivo social a un título que es obtenido a través de estudios superiores.

Según la definición del diccionario de la real academia de la lengua española el termino profesión proviene del latín “*professio-onis*” acción y efecto de profesar, empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución.

Hoy la Enfermería ha de considerarse una profesión consolidada (definitiva y estable), lo cual no significa que no se encuentre en un proceso constante de desarrollo, de búsqueda de nuevos campos de acción y de ampliación de competencias. De hecho, esta es una de las características definitorias de lo que hoy en día se considera una profesión, con una formación educativa de alto nivel y un cuerpo de conocimientos propios sustentado en saberes científicos, una actualización continua, una estructura organizativa de tipo corporativo con capacidad de control de la práctica profesional, con un código ético bien definido, y en constante búsqueda de autonomía como profesión. El determinar cómo hemos llegado hasta aquí es cosa de los historiadores.

Esta disciplina define claramente su objeto de estudio cuando afirma ocuparse de proporcionar cuidado profesional a las personas que, en interacción continua con su entorno, viven experiencias de salud-enfermedad. Algunos lo denominan metaparadigma enfermero, aunque bien podríamos llamarle simplemente perspectiva enfermera. Para alcanzar su objeto, la Enfermería se afana en procurar satisfacer las necesidades básicas que dan sustento a la vida mediante un método propio que llamamos Proceso de Atención de Enfermería, que no es más que una

adaptación del método científico a nuestro campo disciplinar. La perspectiva y el método son aprendidos a través de programas de educación superior, generalmente en centros universitarios. Y nada de esto es nuevo, sino que responde a una tradición histórico-cultural que se pierde en la noche de los tiempos.<sup>4</sup>

Según nelly garzón, para que la profesión de enfermería cumpla con el contrato social establecido se requiere tener.

- Un cuerpo de conocimientos teórico-prácticos
- Una estructura teórico conceptual
- Una metodología de trabajo
- Habilidades mentales y practicas
- Valores y principios fundamentales que la inserten a lo sociedad a la cual sirve
- Un código de ética
- Actitudes y comportamientos para desarrollar su trabajo individual, autónomo y cooperativo en un grupo organizado

---

<sup>4</sup> Sistema U, Abierta Y, Educación A. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA [Internet]. Unam.mx. [citado el 24 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.educacionadistancia.eneo.unam.mx/guias/Guia%20Filosofia%20y%20enfermeria.pdf>

#### 4.1.1 Conceptos básicos de la enfermería que la sustentan como disciplina

La disciplina es un conjunto de conocimientos rigurosos y semánticos sobre determinada materia, en donde se explica, describe analiza y contienen conocimientos ordenados y sistemáticos interrelacionados con otras áreas disciplinares, pero con independencia de ellas.<sup>5</sup>

Según el diccionario de Oxford: La disciplina es un conjunto de conocimientos rigurosos y sistemáticos sobre determinada materia, en donde se explica, describe analiza y contienen conocimientos ordenados y sistemáticos interrelacionados con otras áreas disciplinares, pero con independencia de ellas.<sup>6</sup>

La Enfermería define claramente su objeto de estudio cuando afirma ocuparse de proporcionar cuidado profesional a las personas que, en interacción continua con su entorno, viven experiencias de salud-enfermedad.

De tal manera que a través del tiempo ha demostrado que cuenta con un marco de sustentabilidad amplio que se ha formado a través de los años para así poderse llamar disciplina porque ha logrado consolidarse a través de un proceso de varios siglos en el que pueden identificarse diferentes hitos en su doble itinerario de la conciencia y la ciencia, todos ellos coherentes con cada momento histórico, mostrando uno de los principales rasgos identitarios de la Enfermería como profesión: su capacidad de adaptación.<sup>7</sup>

La ciencia enfermera se caracterice por: un conjunto de conocimientos que le dan trascendencia a su objeto de estudio, es decir, el cuidado; un método, el cual tiene unicidad con la singularidad de cada sujeto y un lenguaje científico.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> ROSA MA. ZARATE. ENEO UNAM. construcción disciplinar de enfermería. :20. [citado el 11 de diciembre de 2022].

<sup>6</sup>(IDEM-2)..

<sup>7</sup> Hernández Conesa J. La construcción de la enfermería como disciplina científica: una aproximación desde su historia y sus fundamentos teóricos [Internet]. 2014 [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/38159>

<sup>8</sup> (IDEM-2).

La Enfermería es **una disciplina consolidada** porque hoy día es aceptada como una rama del saber humano con objeto y método de estudio propios. Porque el conocimiento enfermero, el que se ocupa del cuidado de las personas en la salud y la enfermedad, construido durante siglos de evolución, constituye un legado imprescindible para la humanidad. Y porque en su condición de disciplina aplicada, la Enfermería ha mostrado sobradamente su capacidad de renovarse y redefinirse continuamente en función de las necesidades emergentes de la ciudadanía y de los avances del conocimiento científico.<sup>9</sup>

Como disciplina, posee un cuerpo de conocimiento propio, distinto al de otras disciplinas, el cual evoluciona de manera independiente para dar respuesta a los fenómenos de su interés y competencia: el cuidado y la salud; esto con el fin de tomar parte en los esfuerzos para mejorar la calidad de vida de individuos, familias y comunidades, al tratar de resolver los problemas presentes en la práctica. Como ciencia en construcción, tiene un objeto de estudio (al que muchos académicos y enfermeros denominan “cuidado”, y otros, “cuidado de enfermería”), el cual se define como el núcleo central, característica unificadora, esencia y epicentro de la Enfermería. En torno a él gira todo el cuerpo de conocimiento teórico de la disciplina, como forma de hacer visible la naturaleza de la Enfermería, influenciando la teoría, la investigación, la educación y la práctica de la Enfermería.

Entre las formas propias del conocimiento de enfermería se proponen: el empírico, ético, estético y personal. Se considera que cada una de ellas es diferente, sin embargo. Cada una contribuye al desarrollo del conocimiento de la enfermería así las formas de conocimiento se integran a partir de la estética": ya a través de ésta, se expresan los conocimientos desarrollados en las otras.

El conocimiento empírico, alude al desarrollo teórico a partir de la experiencia. generando interrogantes sobre la práctica del cuidado; teorizando sobre ellas, a través de diferentes metodologías investigativas que permitan la indagación,

---

<sup>9</sup> Amezcua M. ¿Por qué afirmamos que la Enfermería es una disciplina consolidada? Index enferm [Internet]. 2018 [citado el 11 de noviembre de 2022];27(4):188–90. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962018000300002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300002)



reflexión, explicación e interpretación a través de metodologías como la inducción o la deducción; este conocimiento da la pauta para la construcción de teorías científicas y modelos para la práctica.

Según Durán de Villalobos, (2005): El conocimiento ético o conocimiento moral guía la práctica de a Enfermería: permite indagar las formas en que las personas asumen valores como la salud. el respeto, la dignidad. el amor, la autoestima: en suma. Lo que es moralmente correcto para el bienestar de las personas.<sup>10</sup>

Tomando esto en cuenta la ética de las enfermeras se basa fundamentalmente en el respeto a la vida, en el servicio a las personas o grupos, y a la capacidad que tienen de decidir sus acciones para el bienestar.

Para Rodríguez y Cárdenas, 2008 “sostienen que el arte de la enfermera es la resultante de la interacción de la enfermera y la persona, en donde la enfermera hace abstracciones de la realidad de la persona, y ésta última, hace una percepción de si misma para significar dicha realidad, para darle sentido a sus necesidades de salud a través de la objetivación, y así establecer la acción”<sup>11</sup>

Se desarrolla el conocimiento estético a partir de posibilidades imaginativas, creativas. La narración oral y la formación de elementos del arte, en realidades concretas donde se crean representaciones de las posibilidades.

El conocimiento Personal, considera lo subjetivo, interpersonal, existencial, la experiencia interior. apropiada. total. consciente y auténtica. en donde se reconocen las actitudes, aptitudes, capacidades y potencialidades que tienen las personas que cuidan para reconocer de la misma manera a las personas cuidadas como un todo.

Según Moreno, la aplicación de distintas metodologías ha contribuido a reducir esta brecha, como es el caso del análisis de conceptos, la construcción y aplicación de teorías de rango medio, la investigación traslacional y la investigación que prueba

---

<sup>10</sup> Villalobos D, Mercedes M. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Aquichan [Internet]. 2005 [citado el 11 de diciembre de 2022];5(1):86–95. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972005000100009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100009)

<sup>11</sup> Cárdenas M, Zarate R. La enfermería como disciplina profesional en UNAM, Editor. ENEO-UNAM

teoría, entre otros. No obstante, el desarrollo de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) y, específicamente, la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), se ha convertido en otra forma de lograrlo, pero no ha sido del todo posible.<sup>12</sup>

Según Burgos y Paravic, (2009). Las disciplinas se caracterizan por lo siguiente:

1. Tiene un **cuerpo definido y organizado de conocimientos** intelectuales que puedan ser aplicables a la actividad del grupo. Algunos autores cuestionaban hace algunos años si enfermería poseía un conjunto de conocimientos propios. Si bien es cierto, enfermería adquiere conocimientos de otras disciplinas, se ha logrado con base a éstos, establecer un cuerpo de conocimientos, representados en teorías y modelos que sustentan el quehacer. Hacia 1950 se había generalizado la idea de establecer un cuerpo de conocimientos y el desarrollo de una base científica de enfermería, así en 1952 Peplau desarrolla la primera teoría del ejercicio profesional de enfermería. Posteriormente Orlando en 1961, aporta una teoría de las comunicaciones, más tarde continúa la necesidad de contar con teorías y poder desarrollarlas. Surgió de este modo varias teorías y modelos conceptuales, de diversos autores tales como; King, Roy, Rogers, King, Orem y Newman, entre otros.

2. **Utiliza el método científico.** referente a la aplicación, como método sistemático que permite fundamentar la práctica de los cuidados, en pos de mejorar la atención brindada a las personas. Primeramente, Hall en 1955 identifica a la enfermería como a un proceso dirigido a cuidar a las personas. En la siguiente década Orlando propone lo que es considerado una formulación embrionaria del proceso de enfermería, otras autoras como Windenbach definen el propósito de este método. En 1966 Knowles explicita las etapas del proceso, las que fueron definidas finalmente por la escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Colorado, y consideró las etapas del proceso de enfermería tal como actualmente conocemos; valoración, planificación, ejecución y evaluación.

---

<sup>12</sup> El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica 1. [citado el 11 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56242524013/html/index.html>

**3. Formar los profesionales en instituciones de alto nivel educacional.** Florence Nightingale desarrolló el primer programa organizado de formación para enfermeras, en 1860 en la llamada “*Nightingale Training School for Nurses*”, unida al “*St. Thomas`s Hospital*”. El objetivo de esta escuela era preparar enfermeras de hospital, enfermeras prácticas cuya dedicación fuera la de atender enfermos pobres, y por otro lado enfermeras capacitadas para formar a otras. Los contenidos teóricos eran dictados por médicos y la formación práctica estaba a cargo de una enfermera entrenada. Esta formación de enfermeras sirvió posteriormente de modelo a escuelas de enfermería de todo el mundo.

**4. Autonomía en la formulación del control profesional.** Asegura el derecho a la práctica profesional y ha sido considerada como un indicador de la profesionalización de la disciplina. La autonomía se asocia a independencia, asumir riesgos y responsabilidad en el quehacer.

La marcada dependencia médica desde los inicios de la profesión, desde la era Nightingale, ha constituido un factor determinante en el desarrollo de la autonomía de las enfermeras. Dicha formación poseía una marcada dependencia del médico sobre la atención de salud, y la enfermera debía limitarse a cumplir sus órdenes. Esta situación se evidenciaba en el quehacer en la falta de autonomía de la enfermera, que veía limitado su actuar a las indicaciones médicas. Esto se comienza a superar con la formación de un cuerpo de conocimientos, la aplicación del método científico, la postulación de modelos y teorías que orienten el quehacer y fundamenten la profesión, emergiendo la autonomía de los cuidados de enfermería en el objeto central de estudio, que es el cuidado del individuo o comunidad.

**5. Desarrollar un código de ética profesional.** El código de conducta en enfermería data desde las escuelas Nightingale, donde era requisito para las postulantes una conducta y disciplina intachables. El primer código de ética en enfermería fue publicado por la “*American Nursing Association*” (ANA) en 1950. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), adoptó por primera vez un Código

internacional de ética para enfermeras en 1953. Actualmente el documento en que el CIE establece las normas y valores de la actividad del profesional de enfermería es el Código deontológico. El Código deontológico del Colegio Internacional de Enfermeras para la profesión de enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética; enfermería y las personas, enfermería y la práctica, enfermería y la profesión y enfermería y sus compañeros de trabajo.

La Comisión Interinstitucional de Enfermería, coordinada por la Secretaría de Salud publicó en 2001 el Código de ética para las Enfermeras y Enfermeros en México mismo que contiene disposiciones generales, deberes de las enfermeras para con las personas como profesionistas, con sus colegas, su profesión y la sociedad.<sup>13</sup>

**6. Reconocer a la profesión como una contribución a la sociedad** por los servicios que presta. Se reconoce desde tiempos de Nightingale la misión humanitaria de las enfermeras. El servicio profesional a la sociedad exige integridad y responsabilidad en la práctica ética y un compromiso social. El compromiso del profesional de enfermería debe ser un compromiso inalienable. La relación de cuidados de enfermería se establece en una relación de confianza, donde el otro deposita su confianza en las competencias del profesional durante la atención. Este compromiso social se ha traducido también en la reconocida participación de enfermeras en problemas que aquejan a la población mundial como son la salud de pueblos indígenas, salud de migrantes, violencia y drogas, entre muchos otros.

**7. Realizar esfuerzos para ofrecer compensación a los profesionales** por medio de autonomía, desarrollo profesional y seguridad económica. La enfermería a través de sus organizaciones nacionales e internacionales ha realizado grandes esfuerzos por la profesión en estos puntos. El CIE en una declaración revisada el 2007, establece que esta organización tiene la firme convicción de que el desarrollo de la carrera profesional es un importante factor que contribuye a la prestación de unos

---

<sup>13</sup> Cárdenas Becerril L. Profesionalización De La Enfermería En México. Ediciones Pomares; 2014. [citado el 11 de diciembre de 2022].

cuidados de gran calidad a nivel mundial. Por tanto, el desarrollo de la carrera profesional debe sustentarse en un sistema de formación articulado, unas estructuras profesionales reconocidas y flexibles para que haya posibilidades de movilidad profesional y acceso a oportunidades de espíritu emprendedor y empresarial. Además, establece que se deben promover y establecer remuneraciones adecuadas, reconocimientos y ascensos.

## 4.2 El cuidado como Objeto de Estudio

Para Marie Françoise Collière “cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades”, “cuidar representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener a los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida”.<sup>14</sup>

Como bien se ha mencionado con anterioridad enfermería tiene un objeto de estudio en el cual se basa su metodología siendo este el cuidado del cual se deslinda el metaparadigma de enfermería y sus dimensiones de cuidado, ya que mediante esto se pretende explicar la correlación existente entre los diversos puntos del que estos se conforman ya que crean una relación interdependiente, que al verse afectado uno; los demás lo seguirán. Por ende, que dicho desequilibrio y/o alteración convierte al individuo familia o comunidad en un objeto del cuidado enfermero; para así intentar reestablecer en la medida de lo posible el bienestar del de los mismo a través de la aplicación de la metodología de enfermería.

La investigación de enfermería se ha conducido por lo menos en tres paradigmas. Cada uno de ellos, especifica un punto de vista diferente a partir del campo de estudio, de conceptualización. Reflejan un cambio en el enfoque de pensamiento de enfermería desde lo físico hacia lo social y la ciencia humanista

1. Particular-determinística: Cuidar se puede interpretar y estudiar como una intervención terapéutica que afecta la salud de las personas en términos de respuestas medibles.
2. Interactiva-integrativa: esta perspectiva asume que la realidad es multidimensional y contextual.
3. Unitaria-transformista: el cuidado de la experiencia de salud interpretado bajo este enfoque se estudia como un proceso unitario-transformativo de mutualidad y desdoblamiento creativo. (indivisible y global).

---

<sup>14</sup> Colliere Françoise. Promover la vida. Ed. Interamericana. Mc. Graw Hill. Madrid España; 1993. Pp. 211- 218

La identidad profesional lo da el enfoque humanístico que imprime al cuidado que presta a la salud de los seres humanos. Hay acuerdo sobre los cuatro conceptos centrales que soportan el desarrollo de la enfermería en lo disciplinar y lo profesional.

- HOMBRE (persona: paciente y enfermera/o).
- CONTEXTO (ambiente: del paciente y de la enfermera/o).
- SALUD (vida).
- CUIDADO (acción, intervención terapéutica de enfermería).

Para poder actuar con discernimiento, con criterio profesional, necesitamos una fuerte argumentación conceptual, trabajar sobre nuestro objeto epistémico, profundizar en las tres dimensiones cuya comprensión es esencial para el estudio de nuestra identidad: el ser, que se refiere a nuestro ethos, a su indagación filosófica, al humanismo; el saber, que tiene que ver con la claridad teórica y metodológica, con el conocer; y el hacer o quehacer, que se relaciona con el ejercicio profesional y que tiene su origen en la prestación de un servicio a la población.

Ahora bien podemos mencionar de igual manera que la persona está constituida de diversas dimensiones las cuales conviven en delicado balance, apoyándose la una con la otra y de ser alterado este balance las demás salen afectadas podemos hablar de la diversas dimensiones como biológica: en las cuales se encuadran aquellos aspectos fisiológicos y funcionales del organismo; la dimensión psicológica: enmarcando aquellos aspectos de la mente, el conocimiento y el autocuidado ya que de esto deriva una salud funcional; y la dimensión social: en la cual se puede mencionar la relación del entorno, la cultura y las creencias como es que influyen en el cuidado de la salud y la percepción del mismo.

Sin embargo, Watson habla que todos los factores del cuidar tienen un componente fenomenológico recíproco de los seres implicados en las vivencias que contempla Enfermería específicamente, a medida que los ideales fundamentales van

modificándose con el paso del tiempo se ha añadido una dimensión espiritual al cuidado como la creación de un sistema más humanístico en el que se aprende mucho más de enfermedades educadoras que ayudan a los pacientes a que aprendan conductas favorables para el mejoramiento de su salud. Ya que no solo el poder de voluntad es la respuesta en sí, aunque se considera muy importante incluyendo creencias relevantes que incluyen el bienestar mental, entendiendo mejor estos fenómenos podemos analizar una nueva manera de estimular el pensamiento para un mejor entendimiento de sí mismo y de los demás.

Desde el punto epistemológico se ha ido construyendo un pensamiento que apoya el crecimiento disciplinar como esencia y la razón de un ser, desde las distintas teorías de Enfermería que definen los metaparadigmas salud, persona, entorno nace una nueva forma estandarizada de atender cada una de estas definiciones desarrollando nuevos conocimientos a través de un método científico y sistemático que ha reconocido nuevos procesos fundamentales para Enfermería

“Se reconoce la trascendencia que ha tenido Madeleine Leininger, como la primera teórica que estableció que el cuidado «es la esencia de los cuidados enfermeros y elemento distintivo dominante y unificador»; es decir, es la razón ontológica de la Enfermería. Consecuentemente, este pensamiento ha permitido el desarrollo de otras concepciones sobre el cuidado, como: el cuidado humano, solidario, cultural y estético, entre otros”.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Ibarra Mendoza X. Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros. *Cult Cuid Rev Enferm Humanid* [Internet]. 2006;(20):147–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2006.20.21>



#### **4.2.1 Enfoque filosófico, teórico, metodológico y práctico del cuidado**

Podemos mencionar que la filosofía es la “búsqueda del saber”; por sus raíces etimológicas es “amor por la sabiduría” y se puede definir como la ciencia encargada de investigar las causas y leyes que subyacen a la realidad. Las ramas de la filosofía, entre otras, son: lógica, ética, estética, epistemología, metafísica, axiología, política, etc.

De tal manera que es bien sabido que la enfermería se beneficia de la filosofía, ya que de esta en ella están impregnados sus métodos como bien son la ética y la lógica, así como el racionalismo y como es bien sabido que la enfermería tuvo sus bases en el conocimiento empírico.

Erick Landeros-Olvera (2009) refiere que el positivismo como corriente filosófica es el que impera en la enfermería y su influencia es totalmente marcada en la práctica hospitalaria al utilizar el método científico, asimismo, menciona que el proceso de atención de enfermería (PAE) es el método positivista que deriva directamente del método científico en la profesión.

De igual forma, Benner, citado por Ariza (2007), menciona que la filosofía de enfermería se orienta hacia una visión mecanicista reduccionista que refleja reactividad, prioriza el conocimiento o su estructura, o se centra en el ser y su experiencia, para buscar comprender su significado, interpretación, preocupación y situaciones que vive.

“El objeto de estudio de la profesión es el cuidado de enfermería al hombre, la familia y la comunidad sanos y/o enfermos en relación recíproca con su medio social y tomando como base las necesidades humanas y su satisfacción a través de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, bajo un prisma dialéctico materialista.” (Puga, 2007)

Bunge (2000) refiere que la ciencia es técnica y arte y que el realismo científico rivaliza con las principales escuelas de filosofía del conocimiento:

- El racionalismo radical de Leibniz o el irracionalismo de Heidegger.
- El subjetivismo de Husserl y el idealismo- escepticismo de Hume.
- El Pragmatismo de James y el intuicionismo de Bergson.
- El empirismo lógico de Bach o el empirismo radical de Berkeley.
- Con el lenguaje ordinario de Wittgenstein o el racionalismo crítico de Popper.
- El convencionalismo de Duhem con el constructivismo-relativismo de Latour.

Durán en (2002), refiere que, La investigación, el desarrollo teórico y la práctica basada en el conocimiento obtenido a través de los dos primeros, son los ejes alrededor de los cuales gira la epistemología de la enfermería de ahí que la enfermería sea considerada una disciplina aplicada.

Agramonte, (2007) “La meta del profesional de enfermería es fomentar la salud, la producción de cambios para promover el bienestar, empleando como filosofía de la enfermería una propuesta que incluye con enfoque sistémico a los componentes: seres humanos, medio ambiente, salud, enfermero y enfermería.”

### **Finalidad de la filosofía en enfermería**

- Comprender las razones y relaciones fundamentales de los seres humanos y el medio ambiente,
- Enfocar la enfermería como disciplina científica,
- Elaborar un sistema personal de creencias sobre los seres humanos, medio ambiente, salud y enfermería como un proceso.

### **Importancia de la filosofía para la enfermería**

- Le recuerda su sistema de creencias
- La guía en la obtención de metas éticas dentro de la educación, práctica e investigación

- Rige el desarrollo de la base teórica de la práctica de enfermería.<sup>16</sup>

Por ende, debemos recordar que el desarrollo del conocimiento de enfermería se ha construido desde la edad antigua donde los conocimientos se transmitían de manera oral, principalmente de madre a hija; es lo que conocemos como etapa doméstica donde la salud se concebía como el mantenimiento de la vida.

La epistemología en enfermería se ha ido construyendo a lo largo del tiempo, mientras que la etapa profesional de la enfermería inició en los últimos 50 años. El crecimiento disciplinar tuvo auge con el desarrollo de modelos y teorías propios que han dado luz a la esencia y razón de la enfermería, a través de la elaboración de un marco disciplinar teórico-conceptual, y una filosofía del cuidado holístico que hoy se denomina la ciencia de la enfermería o ciencia del cuidado.

Las diferentes teorías y modelos de enfermería definen los metaparadigmas: salud, persona, entorno y enfermería. Aquí nace un lenguaje común y estandarizado denominado NANDA I, NIC, NOC; es decir, diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería, donde el profesional de enfermería es el responsable directo de predecir, prevenir y tratar de forma independiente al paciente, familia, grupo o colectividad, a la vez que se definen las competencias profesionales y la delimitación del campo de acción que permite el reconocimiento social, la práctica independiente y de colaboración.

La investigación en enfermería se ocupa de generar nuevos conocimientos a través de un proceso científico y sistemático, lo que ha permitido aclarar los procesos sustanciales de enfermería.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Vista de FILOSOFÍA DE LA CIENCIA DEL CUIDADO Analogía del mito de la caverna de Platón con la profesión de enfermería / PHILOSOPHY OF SCIENCE OF CARING The Allegory of the Cave by Plato with the nursing profession [Internet]. Org.mx. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/17/106>

<sup>17</sup> de Enfermería Ocronos RM y. El cuidado eje fundamental del conocimiento de Enfermería. Reflexiones aplicando aspectos filosóficos propios de la profesión [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. Ocronos - Revista Médica y de Enfermería; 2019 [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://revistamedica.com/cuidado-conocimiento-de-enfermeria/>

### **4.2.3 Antecedentes del cuidado**

A lo largo de la historia la enfermería ha atravesado por diversas etapas para llegar no solo a su profesionalización, si no hasta el punto de ser una profesión disciplinar la cual cuenta con su propio marco teórico y referencial, derivando estos de los trabajos teórico-conceptuales, realizados por enfermeras investigadoras, ya que gracias a estos se han sentado las bases de lo que se puede llamar hoy en día enfermería. Gracias a esa labor, sumado al continuo desarrollo teórico e investigativo emergente, hoy en día la Enfermería ha sido definida como una disciplina y una ciencia en construcción, que tiene como núcleo fundamental estudiar las experiencias de cuidado que vivencian los seres humanos, ya sea en procesos de salud o enfermedad durante el desarrollo del ciclo vital

Debemos recordar que como se mencionó con anterioridad enfermería ha atravesado por diversas etapas las cuales pueden llegar a resumirse en 4, etapa doméstica, etapa vocacional, etapa técnica, etapa profesional cada una de estas brindando un marco de referencia para el crecimiento de la misma, para así llegar a ser lo que es hoy en día una profesión diciplinar.

#### **Etapa doméstica**

Durante esta primera etapa los cuidados se desarrollan desde las primeras civilizaciones, hasta la caída del imperio romano.

Esta etapa es denominada doméstica, ya que es la mujer de cada hogar la encargada de este aspecto de la vida. Cuyo objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio.

De tal manera que alrededor de cada mujer en la familia se entrelazan y elaboran las practicas rituales que tienden a asegurar la vida, su promoción y su continuidad. La mujer utiliza elementos que son parte de esa misma vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y las manos ya que son elementos muy importantes.

En consecuencia, los cuidados van encaminados a ese mantenimiento de la vida a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, el vestido y, en general aquellas medidas que proporcionan comodidades en la vida.

### **Etapa vocacional**

Esta es asociada al nacimiento de la religión cristiana. Adquiriendo esta una nueva interpretación. En donde la sociedad cristiana de la época atribuyó la salud u la enfermedad a los designios de dios. Es decir, siendo la enfermedad una gracia del todo poderoso ya que el que sufre fue elegido por Dios.

Las actividades de cuidar se relacionan con el concepto que los incipientes cristianos tienen sobre la enfermedad y además se corresponden con las normas establecidas por la idea religiosa. Como consecuencia de esta filosofía, lo verdaderamente importante de la persona dedicada al cuidado eran las actitudes que debían mostrar y mantener, actitudes consistentes en hacer votos de obediencia y sumisión, actuar en nombre de dios.

Siendo uno de los auges en los cuales no solo se expandió el cristianismo ya que a través de los constantes actos bélicos como lo fueron las cruzadas se fue expandiendo el cuidado.

La enfermería era percibida como una actividad ejercida por personas con un gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia.

Está teniendo como inicio el nacimiento del pensamiento cristiano hasta finalizar la edad moderna.<sup>18</sup>

### **Etapa técnica**

Esta etapa ve su desarrollo y nacimiento en la época en que la salud es entendida como una lucha contra la enfermedad, teniendo como preámbulo el desarrollo

---

<sup>18</sup> Martin-Caro G, Martín M. Historia de la enfermería [Internet]. Elsevier; 2007. Disponible en: <https://books.google.at/books?id=iR2PWNAhoqsC>

científico y tecnológico aplicado a la atención médica, el cual se produjo lentamente desde el renacimiento, teniendo su exponente más claro en el siglo XIX.

La complejidad tecnológica hizo necesaria la aparición de un personal que asumiera algunas tareas que realizaban los médicos, en algunos casos referidas a pruebas diagnósticas (análisis, medición de signos vitales, etc.) en otros con fines curativos, (administración de fármacos, curar, etc.) de esta manera, a las personas dedicadas al cuidado del enfermo se las denominó personas paramédicas o auxiliar, calificativo derivado de las tareas que realizaban, en su mayor parte delegadas por los médicos.

### **Etapa profesional**

Desde el enfoque de la salud como ausencia de enfermedad se ha pasado a un enfoque más completo, entendiendo a la salud como un proceso integral y no como un estado.

Se toma en cuenta que la salud es una conjunción de bienestar no solo físico si no de factores biológicos psicológicos y sociales en los cuales se ven influenciados por la relación existente con el entorno.

Desde esta perspectiva, la atención a la salud supone la intervención de diversos profesionales que, integrados en un equipo multidisciplinario, atienden de forma eficaz y autónoma los diferentes aspectos de la salud individual y colectiva.

Paralelo a esta nueva concepción de la salud las enfermeras comienzan a preguntarse sobre su razón de ser, comienzan a desprenderse de la dependencia histórica de otras disciplinas. Surgen enfermeras investigadoras que a nivel teórico y filosófico describen la actuación diferenciada de la profesión, y comienzan a emplearse métodos de trabajo científico sustituyendo a los empíricos, y las enseñanzas se incluyen en la universidad. <sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> (IDEM-15)

Podemos llegar a resumir las etapas de la siguiente manera: etapa doméstica se refiere a aquella que corresponde a la prehistoria y las primeras civilizaciones, en donde el cuidado estaba ligado al mundo mágico religioso, y limitado al ámbito privado o doméstico, donde eran usados remedios y preparados herbales para el restablecimiento de la salud. Etapa vocacional, correspondiente con la Edad Media, aproximadamente desde el año 476 D.C. hasta el siglo XVIII, durante este periodo el poder eclesiástico tiene gran influencia sobre el mundo, de tal manera que la enfermería en este periodo es un acto altruista, un acto de misericordia y amor por el prójimo, y la enfermedad es vista como un castigo de divino. La etapa técnica la cual abarca los S.XIX y S. XX.

La salud se entiende como la lucha contra la enfermedad perdiendo la connotación religiosa que había tomado siglos atrás, una de las exponentes de esta etapa es Florence Nightingale. Su pensamiento era que la función de la enfermera era poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe. Por todo ello Florence Nightingale consideró que «la enfermería es una vocación que requiere sujetos aptos e inteligentes a los cuales hay que remunerar por la calidad de su servicio». Dando paso así a la etapa profesional, a partir de 1950 en donde la enfermería empieza a ser considerada profesión. En la cual la enfermería ya cuenta con una estructuración de planes de estudios y diversas especializaciones las cuales derivan de la labor de investigación para una práctica adecuada y basada en la evidencia.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Fernández SP. Breve estudio sobre la historia de la enfermería [Internet]. Rua.ua.es. 2017 [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/67698/1/HISTORIA\\_DE\\_LA\\_ENFERMERIA\\_ESPANOLA\\_DESDE\\_EL\\_PERIODO\\_PONS\\_FERNANDEZ\\_SARA.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/67698/1/HISTORIA_DE_LA_ENFERMERIA_ESPANOLA_DESDE_EL_PERIODO_PONS_FERNANDEZ_SARA.pdf)

#### 4.2.4 Tipos de Cuidado

El cuidado es una actividad ancestral la cual ha ido evolucionando a la par con la humanidad ya que gracias a este puede considerarse participe de la supervivencia de la humanidad.

Podemos retomar una anécdota en la cual se cuenta que en una conferencia de antropología un estudiante le pregunto a la antropóloga Margaret Mead cuál pensaba que era el primer signo de una sociedad civilizada. para sorpresa del estudiante, Mead respondió que el primer signo de civilización es un fémur humano curado, el hueso largo que conecta la cadera con la rodilla.

Mead procedió a explicar, según cuenta la historia, que los animales heridos en la naturaleza serían cazados y comidos antes de que sus huesos rotos pudieran sanar. Por lo tanto, un fémur curado es una señal de que una persona herida debe haber recibido ayuda de otros. Se dice que Mead concluyó: "Ayudar a alguien más a superar las dificultades es donde comienza la civilización".<sup>21</sup>

Si bien esta anécdota ha estado en debate debido a la carencia de fuentes fehacientes que demuestren el origen de la misma; no podemos negar que a través de la misma se pone en evidencia una de las cualidades más intrínsecas del ser humano la cual es el cuidado y la empatía, no podemos negar el cuidado ha estado presente desde inicios de la historia humana y que a través de este se ha dado, una evolución constante del mismo no solo en las técnicas, si no en el mismo pensamiento de lo que es la esencia del cuidado.

Según Collière se pueden distinguir dos tipos de cuidados de diferente naturaleza:

- Los cuidados de costumbre y habituales, que corresponden al vocablo inglés "**care**".

---

<sup>21</sup> LASCO G.Sapiens. Did Margaret Mead think a healed femur was the earliest sign of civilization? [Internet]. SAPIENS. 2022 [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sapiens.org/culture/margaret-mead-femur/>



Entos cuidados están relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida. Son cuidados cotidianos que la persona es capaz de proporcionarse a sí misma (o a sus hijos menores) conforme van adquiriendo autonomía cognitiva, funcional y moral suficiente: comer, beber, vestirse adecuadamente para protegerse del frío o del calor, desplazarse, relacionarse con los demás, vivir de acuerdo a las propias creencias y valores. Cuando aún no se ha alcanzado la necesaria autonomía, o bien esta disminuye o se pierde, puede hacerse necesaria la intervención profesional de la enfermera. Estos mismos cuidados habituales son prestados en el proceso de morir, sólo que el objetivo cambia: ya no se trata de favorecer la continuidad y el desarrollo de la vida, sino de acompañar, promoviendo el mayor bienestar posible. Y ello porque la muerte también forma parte de la cotidianidad humana, ya que, al fin y al cabo, es el destino inexorable de todo hombre.

- Los cuidados de curación, en inglés “**cure**”

relacionados con la necesidad de curar todo aquello relacionado con la vida. Los cuidados reparadores se precisan en las situaciones de enfermedad, y se añaden a los cuidados cotidianos.

Ambos tipos de cuidados están presentes en la práctica enfermera, si bien, el eje central de la misma se encuentra en los cuidados reparadores y de conservación (*care*), ya que puede haber cuidado sin cura, pero no cura sin cuidado (*There could be care without cure, but not cure without care*).<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Roche I. ENCICLOPEDIA de BIODERECHO y BIOÉTICA [Internet]. Enciclopedia-bioderecho.com. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/142>

### 4.3 Modelos y Teorías de enfermería

Como se ha descrito a lo largo de este documento, la enfermería cuenta con una amplia historia que la sustenta, la cual a través del tiempo se ha ido nutriendo por diversos modelos y teorías las cuales han marcado hasta la fecha el actuar de la enfermería en el cuidado no solo al individuo sino también a la sociedad. Derivado de esto podemos mencionar que existen diversas escuelas del pensamiento enfermero en las cuales se pueden categorizar estos modelos y teorías

Podemos mencionar que los modelos y teorías son representaciones que ayudan a comprender aquello que no se puede ver. Son abstracciones simbólicas de la realidad enfermera que intentan describir conceptos y relacionarlos entre sí, al mismo tiempo que pretenden hacer una propuesta de funcionamiento de la realidad enfermera.

Para tener una idea más clara podemos mencionar que una **teoría** es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno. Define relaciones entre conceptos, con el objetivo de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos. Se diferencia del **modelo** en que es más concreta, menos abstracta y puede proporcionar una dirección específica para orientar la práctica.

De tal manera que viéndolos desde una perspectiva jerárquica de mayor a menor nivel de abstracción los modelos y teorías de enfermería se dividen en metaparadigmas, filosofías, modelos conceptuales, grandes teorías, teorías y teorías de nivel medio. El metaparadigma es el nivel de conocimientos más abstracto de todos. Describe los principales conceptos que hacen referencia al tema principal, así como a la finalidad de una disciplina. Los principales conceptos del metaparadigma enfermero son el de persona, entorno, salud y enfermería.

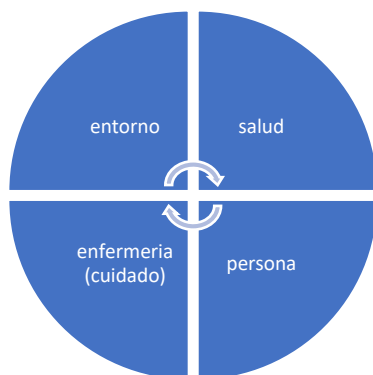
Derivado de lo anterior la construcción de la disciplina enfermera pasa por establecer un marco teórico que contemple la finalidad y el sentido de la enfermería.

Conociendo nuestro contexto histórico, y la esencia de la profesión, parece obvio que nuestro núcleo de estudio lo constituya el cuidado, pero entonces es preciso preguntar qué es el cuidado. M. Françoise Collière lo define como: “El arte que precede a todos los demás, acompañando las grandes etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, permitiendo su continuidad y ayudando a la persona a atravesar las etapas más difíciles de la vida”.

El término en sí tiene un significado muy amplio, por esta razón, y en el sentido profesional que le otorga la enfermería, es preciso matizarlo y analizarlo. Este es el objetivo de la elaboración de los modelos teóricos explicativos. Como menciono con anterioridad J. Fawcett y otras investigadoras teóricas, identificaron cuatro conceptos que están presentes en todos los modelos conceptuales que han desarrollado las enfermeras: enfermería o cuidado, persona, entorno y salud.

Como resultado, se ha establecido un consenso tomando a estos cuatro conceptos como los principales núcleos de la enfermería teórica. Por sí solos no adquieren significado, pero a través de un modelo teórico que les dote de contenido, cobrarán un sentido unitario.<sup>23</sup>

### Metaparadigma de Enfermería



Fuente: Elaboración propia

<sup>23</sup> Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. la Ciudad Condal, España: Elsevier Masson; 2018. [citado el 15 de noviembre de 2022].

Existen diversos y muy variados modelos y teorías de enfermería de las cuales se han ido adaptando con el pasar de los años y a su vez al pensamiento filosófico de cada teórica, pero siempre tomando en cuenta los ejes fundamentales de la misma el cuidado.

Con base en lo anterior es importante presentar un breve resumen de las principales teóricas de enfermería:

- **Florence Nightingale. Teoría del entorno**

El fundamento de la teoría de Nightingale es el entorno, las condiciones y fuerzas externas que influyen en la vida de una persona. Su objetivo era colocar al ser humano en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza actúe sobre él y consiga evitar la enfermedad, o alcanzar la recuperación. La actividad de la enfermera está orientada hacia la modificación del entorno como instrumento de mejora en las condiciones de vida personales y de la comunidad.<sup>24</sup>

Esta consta de cinco elementos importantes:

- **Ventilación adecuada.**
- **Luz adecuada.**
- **Calor suficiente.**
- **Control de efluvios.**
- **Control del ruido.**

Para ella, los cuidados de enfermería van más allá de la compasión: plantea la importancia de la observación y de la experiencia.

Sus estudios se fundamentan en datos estadísticos, el conocimiento de la higiene pública, la nutrición y las competencias administrativas son fundamentales.

---

<sup>24</sup> Cano A, del Carmen M. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2004 [citado el 13 de diciembre de 2022];20(3):0–0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192004000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009)

- **Virginia Henderson. Teoría de las necesidades humanas y definición de enfermería**

Fue una de las primeras teóricas que incluyó los aspectos espirituales al cuidado del enfermo. Henderson se preocupa por definir modelos de función de la enfermería, y de esta manera intenta romper con la idea de una enfermería exclusivamente técnica y procedimental, concebida como extensión de la práctica médica.

La enfermera atiende al paciente con actividades dirigidas al mantenimiento de la salud, recuperación de la enfermedad o al logro de una muerte tranquila. Para la salud del paciente es un criterio imprescindible su independencia.

Henderson establece 14 necesidades básicas que el paciente ha de satisfacer:

1. Respiración normal.
2. Alimentación e hidratación adecuada.
3. Eliminación de los desechos corporales.
4. Movimientos y mantenimiento de posiciones deseadas.
5. Sueño y descanso.
6. Selección apropiada de la ropa.
7. Mantenimiento de la temperatura corporal.
8. Mantenimiento de la higiene corporal y el peinado.
9. Prevención de los peligros ambientales.
10. Comunicación.
11. Vivir de acuerdo con sus creencias y valores.
12. Trabajar de forma que proporcione satisfacción.
13. Participar en actividades recreativas.

14. Aprender y satisfacer la curiosidad que permita un desarrollo de salud normal.<sup>25</sup>

Define la enfermería como la “asistencia al individuo tanto sano como enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o su recuperación o a lograr una muerte digna. Son actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesarias, con la finalidad de que le ayude a ganar la independencia”.

Henderson identifica tres niveles de función enfermera:

- **Sustituta:** la función es compensatoria, proporcionando aquello de lo que carece el paciente.
- **Ayudante:** diseña las intervenciones clínicas.
- **Compañera:** construye una relación terapéutica con el paciente y actúa como miembro del equipo de salud.

- **Dorothea E. Orem. Teoría general del déficit de autocuidado.**

Se trata de una teoría general compuesta por otras tres, que están interrelacionadas entre sí: la teoría del autocuidado, la del déficit del autocuidado y la de los sistemas de enfermería.

**A. Teoría del autocuidado:**

Define y explica el elemento principal en el modelo de D. Orem, el autocuidado. Hace referencia a las acciones personales que emprende y realiza cada individuo, dirigidas hacia él o su entorno, con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud.

---

<sup>25</sup> Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas [Internet]. Berri.es. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.berri.es/pdf/manual%20cto%20oposiciones%20de%20enfermeria%20%20pais%20vasco%E2%80%9A%20vol%C3%BAmen%201/9788417470050>

Dentro de esta teoría, además del autocuidado, también se encuentran los conceptos de agencia de autocuidado, requisitos de autocuidado y demanda de autocuidado terapéutico.

- **La agencia de autocuidado:** capacidades específicas (combinación de conocimientos, destrezas, habilidades y motivaciones) que tiene un individuo para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.
- **Requisitos de autocuidado:** circunstancias o condiciones necesarias para el autocuidado. También se denominan necesidad de autocuidado

Para Orem existen tres categorías de requisitos de cuidados de enfermería: requisitos de autocuidado universales, requisitos de autocuidado de desarrollo y requisitos de autocuidado en caso de desviación en la salud.

- **Demanda de autocuidado terapéutico:** acciones necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado. “Ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico”

## **B. Teoría del déficit de autocuidado**

Trata de justificar la necesidad de la actuación enfermera. El elemento central de esta teoría es el déficit de autocuidado que se produce cuando la agencia de autocuidado no satisface los requisitos de autocuidado; o, dicho de otra manera, cuando el paciente no es capaz de cuidarse por sí mismo. En esta situación se produce una satisfacción de los requisitos de cuidado del paciente mediante cinco métodos de ayuda: actuar, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno que fomente las capacidades del paciente.

## **C. Teoría de sistemas de enfermería**

Cuando aparece este déficit de autocuidado la enfermera podrá compensar la carencia mediante el sistema de enfermería. Para la implementación de las actividades, D. Orem desarrolló tres sistemas de compensación:

- **Sistema de compensación total:** requiere que se actúe en su lugar por incapacidad total o una situación limitante.
- **Sistema de compensación parcial:** se da cuando puede satisfacer parte de sus requisitos de autocuidado, pero precisa la ayuda de la enfermera.
- **Sistema de apoyo educativo:** cuando satisface sus requisitos de autocuidado, pero precisa ayuda para la toma de decisiones, la adquisición de habilidades y el control de la conducta. <sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> (IDEM-25)



### 4.3.1 Definición, objetivos y clasificación

El modelo conceptual de enfermería tiene como objetivo tratar de representar el ideal de lo que la enfermería debería ser, mediante la definición y la relación de sus elementos metaparadigmáticos: persona, salud, entorno y rol profesional. Son al mismo tiempo una representación y una propuesta de realidad ideal. Los modelos son un paso previo a la elaboración de las teorías.<sup>27</sup>

Por ende, que es importante una comprensión, razonamiento y aplicación del mismo modelo a través del cual se pretende lograr la mejoría del individuo, grupo o comunidad que se intenta abordar a través de este.

Existen diferentes clasificaciones de estos modelos teóricos de enfermería a continuación se describen algunas de las más utilizadas e influyentes.

Esta clasificación se basa en los conceptos, ideas y postulados que los modelos teóricos tienen en común. Se trata de una clasificación genérica y amplia que identifica tres paradigmas:

#### **Paradigmas de enfermería**

Para Kérouac se distingue 3 paradigmas teniendo en cuenta el cómo fueron evolucionando los cuidados:

- **Paradigma de la Categorización** (1850-1950): Los fenómenos son divisibles. Las relaciones que se establecen son lineales y causales. La enfermera suple las incapacidades, ya que es la que tiene el conocimiento, de esta se pueden distinguir dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad.

---

<sup>27</sup> (IDEM-22)

## **Orientación hacia la salud pública**

Se caracteriza por la necesidad de mejorar las condiciones higiénicas de la época. Entre los siglos XVIII y XIX las hambrunas, las guerras y las epidemias infecciosas de enfermedades como la peste, el paludismo, el tifus exantemático, el cólera, el sarampión, la viruela, la gripe, la escarlatina y otras muchas, diezaban a la población.

La máxima representante de este paradigma es Florence Nightingale que basaba su atención en aplicar los principios de higiene pública, en la utilización de conocimientos estadísticos comparativos y en una enseñanza formal y rigurosa.

## **Orientación hacia la enfermedad**

Esta etapa comienza en el siglo XIX. Focaliza el interés en la enfermedad y está muy relacionada con la práctica médica. La salud es concebida como la ausencia de enfermedad; el origen de la enfermedad se reduce a una causa única. El factor causal orienta al tratamiento, y se dejan de lado los demás factores personales o ambientales. La persona es un sujeto pasivo del cuidado, se deja hacer, no se le permite participar de su propio cuidado. La muerte, como la enfermedad, se debe combatir a cualquier precio. Se separa la dimensión biológica de la dimensión psicológica y se estudian los aparatos/sistemas por separado.

- **Paradigma de Integración** (1950-1975): La persona es el eje central de la disciplina. La relación es circular e interaccional. La enfermera es consejera, ayuda a escoger los comportamientos de salud.

A diferencia del paradigma de categorización, en éste se integran los fenómenos en unas circunstancias particulares. Está fuertemente influenciado por la psicología. El elemento hacia el que se orienta este paradigma es la persona, concebida como un todo, formado por la suma de sus partes, que están interrelacionadas. El cuidado

es constante, el paciente/cliente es el protagonista y adquiere responsabilidad en su proceso.

- **Paradigma de Transformación** (1975- actualidad): El fenómeno se describe como único, complejo y global. La enfermera es partícipe junto a la persona de los cuidados. Existe un gran número de enfermeras asistenciales que no encuentran aplicabilidad de los modelos teóricos en el trabajo diario y se preocupan por su habilidad técnica y el dominio de los procedimientos sin echar de menos la aplicación de una metodología para planificar los cuidados. Probablemente por la alta tecnificación, los profesionales se encuentran en el paradigma de la categorización.

### **Escuelas de pensamiento**

Al igual que los paradigmas de enfermería, se trata de una clasificación efectuada por Kérouac. En ella se agrupan los modelos y teorías en función de la orientación que los cuidados de enfermería reciben.

Al ser una clasificación bastante concreta, resulta útil a la hora de utilizarla para estudiar y analizar los diferentes modelos y las relaciones existentes entre ellos. Se agrupan en seis escuelas: escuela de necesidades, escuela de interacción, escuela de los efectos deseables, escuela de la promoción de salud, escuela del ser humano unitario y escuela del caring.

#### **1. Clasificación de modelos teóricos en Escuelas**

Las principales características de las escuelas de enfermería son:

- **Escuela de necesidades:** define la acción de la enfermera como la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el autocuidado.

- **Escuela de interacción:** concibe la enfermería como un proceso de interacción entre la persona y la enfermera.
- **Escuela de los efectos deseables:** intenta conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros.
- **Escuela de la promoción de la salud:** destaca el papel que los cuidados de enfermería tienen sobre la promoción de la salud.
- **Escuela del ser humano unitario:** se interesa por quién es y cómo es el receptor de los cuidados.
- **Escuela del caring:** centrada en el denominado caring. Este nuevo concepto implica un cuidado basado en la cultura, los valores y las creencias de las personas

## 2. Clasificación de Marriner y Raile

Martha Raile y Anne Marriner Tomey en la su obra Modelos y teorías en enfermería proponen, en 2007, como tipos de trabajo teórico, las filosofías, los modelos conceptuales en enfermería, las teorías en enfermería y las teorías intermedias en enfermería:

- **Las filosofías** analizan, razonan y exponen tratando de encontrar el significado de los fenómenos de la enfermería.
- **Los modelos conceptuales** de enfermería son amplios y definen los elementos metaparadigmáticos de la enfermería, proporcionando una perspectiva única de los mismos.
- **Las teorías de enfermería** están desarrolladas a partir de un marco conceptual, resultando más específicas que los modelos, conforman la categoría más específica de la clasificación, se centran en responder preguntas específicas de la práctica enfermera.

- **Las teorías intermedias** son precisas y se centran en responder preguntas específicas de la práctica enfermera.<sup>28</sup>

### Clasificación de algunos modelos teóricos (según propuesta de Kérouac)

PARADIGMA	ORIENTACIÓN	ESCUELA	AUTORA (AÑO)	MODELO (M)/TEORÍA (T)
<b>Categorización</b>	Salud pública		F. Nightingale (1859)	T. del entorno
	Enfermedad			
<b>Integración</b>	Persona	Necesidades	V. Henderson (1955)	Definición de enfermería
			D. Orem (1959)	T. del déficit de autocuidado
		Interacción	H. Peplau (1952)	M. de relaciones interpersonales
		Efectos deseables	D. Johnson (1968)	M. del sistema conducta
			C. Roy (1971)	M. de adaptación
Promoción de la salud	M. Allen (1963)	M. de promoción de la salud en la familia		
<b>Transformación</b>	Mundo	Ser humano unitario	M. Rogers (1970)	M. de los seres humanos unitarios
		Caring	M. Leininger (1978)	T. de los cuidados culturales
			P. Benner (1984)	Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de enfermería

<sup>28</sup> Varez Pelaez S, López Parra M, Santos Ruiz S, Abril Sabater D. Perspectiva sobre modelos y teorías de enfermería en el ámbito de nefrología. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [Internet]. 2008 [citado el 11 de noviembre de 2022];11(3):178–83. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-13752008000300004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752008000300004)

### 4.3.2 Relación de los Modelos y Teorías con el Proceso Atención de Enfermería

La pregunta esta implícita ¿cuál es la relación que guardan estos modelos y teorías anteriormente mencionados con el proceso de atención enfermería? Pues bien debemos recordar que los modelos y teorías pueden ser interpretados como una guía de pensamiento y razonamiento lógico en la cual se establece una relación entre diversos aspectos que interactúan entre si en un equilibrio precario, de tal manera que al tener la guía de pensamiento el siguiente paso es aplicar este conocimiento en el objeto del cuidado para así lograr que el mismo recobre el equilibrio.

En otras palabras, en la práctica clínica; proveen guías generales para la práctica con un enfoque y organización basada en los conceptos propuestos por el modelo conceptual y en el método de trabajo de enfermería o Proceso Atención Enfermería (PAE). Es fundamental enmarcar, que la aplicación de los modelos y teorías de enfermería debe estar basado en el método de trabajo de enfermería o PAE.<sup>29</sup>

Una de las características primordiales que define a una disciplina profesional es el uso de una metodología propia para resolver los problemas que son de su competencia. Esta metodología usada por una disciplina para la resolución de problemas es conocida como metodología científica.

La ciencia de enfermería se basa en un sistema amplio de teorías y será el proceso de enfermería, el método mediante el cual se aplican estas teorías en la práctica asistencial. Permite prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática.

El PAE es definido por R. Alfaro: “un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados”. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo

---

<sup>29</sup> (IDEM-24)

con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.<sup>30</sup>

Considerando que lo que busca una profesión es que los profesionales adquieran y transmitan conocimientos, tomando en cuenta aquellas teorías y modelos que sean aplicables en el contexto sociocultural de cada país o región en la cual se utilicen, ya que se pretende, resulten útiles en la actualidad cotidiana en la atención al paciente<sup>31</sup> permitiendo el quehacer y la verdadera realidad que demanda de las necesidades, problemas, patrones funcionales que pueden identificar las enfermeras para llegar a los diagnósticos de enfermería; detectándolos en los pacientes día a día de forma oportuna.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> Cisneros F, Enfermera Especialista G. Teorías y modelos de enfermería [Internet]. Edu.co. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

<sup>31</sup> Adler AH. La ética profesional basada en principios y su relación con la docencia [Internet]. Unirioja.es. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4406374.pdf>

<sup>32</sup> Guillén Fonseca M. Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en Educación Superior. Rev Cubana Enferm [Internet]. 1999 [citado el 20 de enero de 2023];15(1):10–6. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03191999000100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000100002)

### 4.3.3 Aspectos éticos y legales en la aplicación del P.A. E

Para comprender cuales son estos aspectos que son necesarios para la aplicación de la práctica de enfermería primero debemos descomponerlos en sus partes más fundamentales para así tener un panorama más comprensible de lo que implica la práctica de enfermería

En un contexto filosófico, se puede mencionar que la ética y la moral son diferentes la una de la otra. Mientras que la ética está relacionada con el estudio fundamentado de los valores morales que guían el comportamiento humano en la sociedad, y la moral son las costumbres, normas, tabúes y convenios establecidos por cada sociedad.

La relación entre ambos términos es que ambas son responsables de la construcción de la base que guiará la conducta del hombre, determinando su carácter, su altruismo y sus virtudes, y de enseñar la mejor manera de actuar y comportarse en sociedad.

#### **Ética**

La palabra ética viene del griego *ethos* que significa 'forma de ser' o 'carácter'.

La ética estudia los principios que deben regir la conducta humana al tratar de explicar las reglas morales de manera racional, fundamentada, científica y teórica.

Se puede decir que la ética es, en este sentido, una teorización de la moral, que incluso ayuda a definir criterios propios sobre lo que ocurre a nuestro alrededor.

De tal manera que la pregunta que mejor definiría a la ética sería **¿por qué?** Ya que de esta derivaría el objeto de estudio que es la moral misma



## **Moral**

Mientras que la palabra moral deriva de la palabra latina *morālis*, que significa 'relativo a las costumbres'. Por lo tanto, la moral se define como expresiones del comportamiento basadas en los valores y tradiciones de una sociedad.

En otras palabras, la moral es el conjunto de reglas que se aplican en la vida cotidiana y todos los ciudadanos las utilizan continuamente.

Estas normas guían a cada individuo, orientando sus acciones y sus juicios sobre lo que es correcto o incorrecto, es decir, bueno o malo dentro de una escala de valores compartida por el grupo social.

En otras palabras, la moral se verá definida por el entorno en el cual se desarrolla el sujeto por ente algunas conductas que para un sujeto están bien, si se integra en una sociedad o entorno diferente puede que dichas conductas no sean aceptadas por esta otra.

De tal manera que extrapolando estos termino a lo que es una profesión disciplinar como lo es enfermería, se puede decir que la ética profesional es el conjunto de normas y valores que mejoran el desarrollo de las actividades de una profesión.

Por ende, al tener en cuenta todo lo anterior se logra entender que dentro de la práctica de enfermería los aspectos éticos y legales respaldaran el crecimiento de la propia actividad ya que de esta derivaran las practicas mismas, la calidad de la atención; así como las sanciones correspondientes de no llevar adecuadamente las mismas prácticas.

La ética de la enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones y los valores del ejercicio profesional, así como los cambios y las transformaciones a través del tiempo. Dentro de sus deberes fundamentales con los enfermos está el compromiso moral de preservar la vida humana, ya que la reflexión ética se basa

en el respeto a dos principios fundamentales: la vida y la autodeterminación de la persona. Los cuatro principios fundamentales de la enfermería son:

- Promover la salud.
- Prevenir las enfermedades.
- Restaurar la salud.
- Aliviar el sufrimiento.

La bioética constituye una nueva disciplina que sirve de puente entre las ciencias y las humanidades y hace énfasis en dos aspectos:

- 1) la ética implica siempre una acción acorde con estándares morales y
- 2) la ética humana no puede ser separada ya de una comprensión realista de la ecología, entendida en su más alta acepción, de manera que "los valores éticos ya no pueden ser separados de los hechos biológicos.

De tal manera que la práctica de enfermería al tener un código, contar con ética y moral, Los profesionales de esta rama, a través de sus acciones, deben tener presentes, entre otros, los siguientes principios:

**Principio de beneficencia:** se basa en la necesidad de no hacer daño, de siempre hacer el bien, el personal de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo, y ver al paciente como el mismo.

**Principio de la no maleficencia:** se trata precisamente de evitar hacer daño, evitar la imprudencia, la negligencia. Se debe prevenir el daño físico, mental, social o psicológico.

**Principio de la justicia:** encierra en su significado la igualdad, la equidad y la planificación; se basa precisamente en atender primero al más necesitado de los posibles a atender; exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar; hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falten cuando más se necesiten.

**Principio de autonomía:** se define como la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad. Esto implica tener información de las consecuencias de las acciones a realizar. El principio de autonomía también supone respeto por las personas, tratarlas como lo que son. El mantenimiento de la autonomía del paciente supone considerarlo capaz para la toma de decisiones; para eso es necesario establecer una relación interpersonal sin coacción, ni persuasión, donde prevalezcan la información, las dudas y la consideración de los aspectos de su vida cotidiana. El objetivo de la información no es convencer al paciente de la propuesta que se le hace, sino que este pueda tener más argumentos para tomar decisiones relacionadas con su salud.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Modelos, Pae E. Actualización en Enfermería familiar y comunitaria [Internet]. Enfermerialugo.org. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.enfermerialugo.org/wp-content/uploads/2021/09/Tema-Modelos-de-Enfermeria.PAE\\_.pdf](https://www.enfermerialugo.org/wp-content/uploads/2021/09/Tema-Modelos-de-Enfermeria.PAE_.pdf)

#### 4.3.4 Modelo o Teoría utilizado para la elaboración del P.A.E

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, y muere en marzo de 1996. Como tantas otras enfermeras de su tiempo, su interés por la Enfermería tiene lugar durante la primera Guerra Mundial. En 1918 ingresó en la “*Army School of Nursing*” de Washington D.C, donde se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el “*Henry Street Visiting Nurse Service*” de Nueva York.

Su carrera docente se inicia en 1922, cuando empieza a dar clases de enfermería en “*Norfolk Protestant Hospital*” de Virginia. Entra en el “*Teacher College*” de la Universidad de Columbia, donde se licencia como profesora y en cuya estancia revisa la cuarta edición del “*Principles and Practice of Nursing*”, de Bertha Hamer, después de la muerte de ésta. La quinta edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson.

En 1929 trabajó como supervisora docente en las clínicas del “*Strong Memorial Hospital*” de Rochester, Nueva York, y en 1953 ingresa a la prestigiosa Universidad de Yale, donde desarrolla sus principales colaboraciones en la investigación de enfermería y donde permaneció activa como asociada emérita de investigación hasta la década los 80. Además de la ya mencionada con Hamer, su obra más conocida es “*The Nature of Nursing*” (1966), en la que identifica las fuentes de influencia durante sus primeros años de enfermería. Su gran inspiradora y de quien adquirió su educación básica en enfermería fue de Annie W. Goodrich, que era decana de la “*Army School of Nursing*”. Cuando Henderson era estudiante en el “*Teachers College*” de la Universidad de Columbia, aprendió de su profesora de fisiología, Caroline Stackpole, la importancia de mantener un equilibrio fisiológico. Mientras que las lecciones de microbiología de Jean Broadhurst, hicieron mella en la importancia que Henderson otorga a la higiene y la asepsia.

## METAPARADIGMA DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería.

### Postulados, valores, conceptos.

#### a) Postulados:

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.<sup>34</sup>

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos se explican de la siguiente manera:

- **Necesidad fundamental:** Aquellas vitales, Henderson las considera un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo.
- **Independencia:** Satisfacción de las necesidades propias del individuo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y criterios de salud establecidos.
- **Dependencia:** insatisfacción de las necesidades por sí mismo lo cual conlleva a la suplencia de las habilidades o ayuda de un tercero para el logro de las mismas.
- **Problema de dependencia:** Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables.

---

<sup>34</sup> Martín CH. EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN LA PRÁCTICA ENFERMERA [Internet]. Uva.es. [citado el 11 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf;jsessionid=BE8E0CF2C43C9FF57C71CC22714775B2?sequence=1>

- **Manifestación:** Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia de la satisfacción de sus necesidades.
- **Fuente de dificultad:** Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia.

Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

- **Fuerza:** Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.<sup>35</sup>
- **Conocimientos:** se refiere a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- **Voluntad:** compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades.

**Dichos postulados se resumen en:**

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

**b) Valores:**

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson.

---

<sup>35</sup> (IDEM-33)

V.H. afirma que, si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros en otros su propia función.

La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

### **c) Conceptos:**

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

- **Objetivos:** Conservar o recuperar la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades.
- **Paciente:** Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio- psicosocial:
  1. Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.
  2. Comer y beber adecuadamente: Ingerir alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.
  3. Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.
  4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.
  5. Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.
  6. Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

7. Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.
8. Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.
9. Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cuál sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos (aprender)

**Rol de enfermería:** Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

**Fuentes de dificultad:** Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente (Falta de fuerza, de voluntad y conocimientos).

**Intervenciones:** Tomando en cuenta que las intervenciones de enfermería se ven orientadas en cierta medida por el grado de dependencia que refleja el individuo



grupo o comunidad; se deberá de tomar en cuenta el rol que enfermería tomara las cuales consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

**Consecuencias deseadas:** son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del paciente en la satisfacción de las sus catorce necesidades fundamentales.

## **METAPARADIGMA**

El metaparadigma comprende los cuatro elementos siguientes.

**a) Salud:** Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida.

La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. Requiere independencia e interdependencia. La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo. Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.<sup>36</sup>

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales.

**b) El Entorno:** Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo (Definición *del “Websters New Collegiate Dictionary”* 1961). Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben: Recibir información sobre medidas de seguridad. Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos. Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de

---

<sup>36</sup> García M. Metaparadigma, modelo y teoría en Enfermería - Revista Electrónica de Portalesmedicos.com [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. Revista Electrónica de Portales Medicos.com; 2015 [citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/metaparadigma-modelo-y-teoria-en-enfermeria/>

edificios, compra de equipos y mantenimiento; Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

**c) Persona:** Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales. La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. La mente y el cuerpo de la persona son inseparables. El paciente requiere ayuda para ser independiente. El paciente y su familia conforman una unidad.

**d) Enfermería:** Henderson define la enfermería en términos funcionales. La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

Ella plantea que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.<sup>37</sup>

**Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:**

- **Nivel sustitución:** la enfermera sustituye totalmente al paciente.
- **Nivel de ayuda:** la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
- **Nivel de acompañamiento:** la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> Amezcua M, de las Nieves CB. Virginia Henderson [Internet]. Fundacionindex.com. [citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>

<sup>38</sup> Mora Guillart L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev cuba oftalmol [Internet]. 2015 [citado el 11 de noviembre de 2022];28(2):228–33. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21762015000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009)

#### **4.4 El Proceso de Enfermería como herramienta metodológica para brindar cuidado a la persona.**

La aplicación del método científico, el método clínico y la intervención para la solución de problemas en enfermería se conjuntan en el PAE, cuya finalidad es satisfacer las necesidades asistenciales generales y las específicas de enfermería que requieren los pacientes mediante un plan de cuidados individualizado de acuerdo a las respuestas humanas y fisiopatológicas presentes, lo que le facilita al profesional de enfermería el brindar cuidados de forma holística, sistemática y racional logrando la satisfacción del paciente como ser holístico, único y complejo.

El proceso de atención de enfermería es el instrumento que permite eficiente el quehacer de enfermería ya que le permite un pensamiento crítico, lógico y reflexivo de todas sus actividades, impidiendo la automatización en el desarrollo de estas.

Por lo anterior, se puede definir al PAE como: método sistemático, interactivo, humanista, intencionado, dinámico y flexible basado en teorías y modelos de enfermería; que permite diagnosticar y proporcionar cuidados holísticos individualizados de forma racional, lógica y sistemática con base en las respuestas humanas.

- Método- Serie de pasos mentales que permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud del usuario.
- Sistemático- Orden lógico que conduce al logro de resultados.
- Interactivo- se necesita la relación humano-humano para acordar y lograr objetivos.
- Humanista- considera al hombre como ser holístico.
- Intencionado- se centra en el logro de objetivos, permite guiar las acciones para resolver el problema o disminuir los factores de riesgo, así como valora las capacidades del personal de enfermería y los usuarios.

- Dinámico- presenta cambios continuos que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
- Flexible- se aplica a diferentes contextos y con diferentes teorías y modelos de enfermería.
- Base Teórica- son un conjunto de teorías y modelos con proposiciones y definiciones interrelacionadas que presentan perspectivas de los metaparadigmas de la enfermería; persona-ambiente-salud-enfermería-cuidados, especificando la relación entre sus variables más relevantes.
- Respuestas Humanas- son las formas en las que el usuario responde a un estado de salud o enfermedad, e incluye sentimientos, conductas, percepciones y reacciones fisiológicas, las cuales son múltiples y personales y surgen de las necesidades del ser humano y de la interacción con su entorno.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> María Adoración Alba Rosales José Carlos Bellido Vallejo Verónica Cárdenas Casanova José Ibáñez Muñoz. Enfermero. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes [Internet]. Index-f.com. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>

#### **4.4.1 Definición, objetivos, ventajas y desventajas**

##### **Definición**

Para Alfaro-LeFevre, el proceso de enfermería es un modelo sistemático de pensamiento crítico, el cual promueve un nivel competente de cuidados, representa una resolución deliberada de problemas, y engloba todas las acciones importantes que realizan las enfermeras, por lo cual establece la base para la toma de decisiones.<sup>40</sup>

##### **Objetivos del proceso enfermero**

Identificar el estado de salud del paciente (individuo, familia o Comunidad) y sus problemas o necesidades reales o potenciales para realizar planes dirigidos a realizar las intervenciones que las resuelvan.

- Asegurar una atención integral al paciente, la familia y/o comunidad.
- Dirigir la acción hacia el logro de un objetivo permitiendo su evaluación.
- Elemento de comunicación entre los profesionales implicados en el cuidado.
- Determinar la intervención de enfermería que requiere el paciente, en coordinación con el resto del equipo.
- Asegurar el máximo aprovechamiento de los recursos.
- Establecer una base de control y evaluación de la cantidad y calidad de los cuidados enfermeros.
- Fuente de información sobre el paciente y sus progresos.

##### **Las ventajas:**

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el paciente es

---

<sup>40</sup> Ramírez Elías A. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. *Enferm Univ* [Internet]. 2016 [citado el 12 de diciembre de 2022];13(2):71–2. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632016000200071](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200071)

beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

#### **Las características:**

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es 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.
- Tiene una 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.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Vista de FILOSOFÍA DE LA CIENCIA DEL CUIDADO Analogía del mito de la caverna de Platón con la profesión de enfermería / PHILOSOPHY OF SCIENCE OF CARING The Allegory of the Cave by Plato with the nursing profession [Internet]. Org.mx. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/17/106>

## Desventajas

Se puede mencionar que las desventajas radican en su aplicación ya que tienen que ver con, la falta de tiempo; la sobrecarga laboral y es un método extenso. Es un desafío para las próximas generaciones de enfermeras/os el acrecentar el trabajo que se ha venido haciendo desde años con el Proceso de Enfermería, con el propósito de beneficiar a las personas con la calidad y oportunidad del cuidado y además fortalecer la enfermería basada en la evidencia, utilizando instrumentos propios como el PAE, contribuyendo indirectamente a través de los resultados y continuidad de su aplicación, a mejorar la calidad de vida y trabajo del profesional de Enfermería.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> El Proceso de Atención de Enfermería [Internet]. Org.ar. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>

#### 4.4.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería

El proceso de atención enfermería está integrado por diversas etapas subsecuentes e interrelacionadas, las cuales son:

**1ª Valoración:** Consiste en la recogida de datos subjetivos y objetivos que conciernen a la persona, familia y entorno.

**2ª Diagnóstico:** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración enfermera.

**3ª Planificación:** En la que se establecen objetivos e intervenciones para lograr estos objetivos.

**4ª Ejecución** En la que se realiza la puesta en práctica de los cuidados programados o del plan de intervención.

**5ª Evaluación** Vuelve a valorar las repuestas de la persona, determinando los logros conseguidos en base a los objetivos propuestos. La fase de evaluación no es más que una nueva valoración, y con ella se cierra el bucle del proceso enfermero.

#### 1ª FASE: VALORACIÓN

Objetivo: recabar información de una manera organizada y sistematizada. Se recoge información específica sobre el estado de salud del usuario/familia/comunidad a través de distintas fuentes. Se realizan diversas actividades de forma simultánea:



## 1. OBTENCIÓN DE DATOS

Los datos se obtienen: fuentes directas o primarias y fuentes indirectas o secundarias.

- Fuentes directas o primarias: el propio paciente. La familia o la comunidad pueden ser también primarias cuando ellas mismas son el objeto de estudio.

Fuentes indirectas o secundarias: familiares, personal sanitario, bibliotecas y hemerotecas y todos los datos previamente elaborados. Deben reunirse antes de ver al paciente.

**Entrevista clínica** es imprescindible, se obtiene la mayor cantidad de información, además de facilitar la relación entre la enfermera y el paciente, permite al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas.

**Observación** es el método básico de valoración que se inicia con el primer encuentro. Consiste en el examen del paciente para determinar estados normales y anormales. Precisa de práctica y disciplina. Los datos los podemos clasificar de tres tipos:

- **Objetivos**; que obtenemos a través de la observación, y durante la exploración física. Se denominan signos y pueden ser medidos por escalas o instrumentos. Algunos ejemplos son la frecuencia respiratoria, la tensión arterial y el peso.
- **Subjetivos**; son datos que se refieren a ideas, sentimientos y percepciones, son obtenidos a través de la entrevista con el usuario y la familia. También son llamados síntomas y no pueden ser medidos. Algunos ejemplos son el dolor, la debilidad, la frustración, las náuseas.
- **Deductivos**; serían aquellos datos sobre la forma en la que el individuo percibe interpreta una señal.

## Exploración física

1. Inspección: examen visual del paciente, que se centra en el aspecto, color, forma, situación, simetría, movimiento del cuerpo, así como algunas cavidades, como la boca. Utilizamos la vista, aunque podremos ayudarnos de un otoscopio u oftalmoscopio.
2. Auscultación: apreciación mediante el sentido del oído, de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo, ya sea la actividad del corazón, del pulmón y vías respiratorias (auscultación pulmonar), el tránsito del tubo digestivo (auscultación abdominal), o cualquier otra causa (auscultación fetal, articular, etc.).
3. Percusión: apreciación, por el oído, de los fenómenos acústicos, generalmente ruidos, que se originan cuando se golpea la superficie externa del cuerpo. El carácter del sonido determina la localización, tamaño, densidad y límites de un órgano.
4. Palpación: apreciación manual de la sensibilidad, consistencia, forma, tamaño, situación, humedad, vibración, pulso y movilidad gracias a la sensibilidad táctil, térmica, vibratoria y sentidos de presión de las manos.
  - Superficial: la enfermera usa la mano dominante, esta se sostiene paralela a la zona a explorar con los dedos en extensión y se presiona lenta y suavemente la zona hasta deprimirla aproximadamente 1 cm.
  - Profunda: la mano dominante se coloca sobre el área a palpar, y la otra encima usándola para ejercer presión. De esta forma conseguimos que la mano dominante no ejerza presión directa, conservando así la sensibilidad necesaria para poder detectar las características de los órganos.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> Lorente L, Durán M, Aller MA, Arias. J. Introducción a la Exploración Clínica [Internet]. Ucm.es. [citado el 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-54484/11%20Exploraci%C3%B3n%20Resumida.pdf>

**2. INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS** Una vez recogida todos los datos debemos realizar una validación, asegurarnos de que la información recogida es veraz y completa con el objetivo de evitar errores diagnósticos. Deben confirmarse todos aquellos datos dudosos o incongruentes.

### **3. ORGANIZACIÓN Y SÍNTESIS DE LOS DATOS**

Una vez validada la información debemos pasar a organizar todos los datos. Formas para la organización de datos:

- Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.
- Aparatos y sistemas.
- Céfalo caudal.
- Por marco conceptual teórico de enfermería, de acuerdo a sus postulados principales.

### **2ª FASE: DIAGNÓSTICO**

Objetivo es establecer el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración enfermera, es decir, identificar los problemas que constituirán la base del plan de cuidados.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones según Carpenito que dependen del nivel de decisión y actuación sobre los problemas detectados:

- Dimensión Dependiente: incluye los problemas que son responsabilidad directa del médico. Le enfermera tiene como responsabilidad administrar el tratamiento médico prescrito.
- Dimensión interdependiente: son los problemas cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales sanitarios.

- Dimensión independiente: es toda aquella acción que es reconocida de forma legal como responsabilidad independiente de Enfermería y que su actuación no requiere supervisión de otros profesionales.

Las enfermeras se ocupan de las respuestas a las condiciones de salud/procesos de vida entre individuos, familias, grupos y comunidades. Dichas respuestas son la preocupación central de la atención de enfermería. Un diagnóstico enfermero puede centrarse en un problema, un riesgo potencial o un punto fuerte, según menciona la taxonomía NANDA.

- **Diagnóstico enfocado en el problema:**

un juicio clínico con respecto a una respuesta humana indeseable a una condición de salud/proceso de vida que existe en un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad.

- **Diagnóstico de riesgo:**

un juicio clínico sobre la susceptibilidad de un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a las condiciones de salud/procesos de vida.

- **Diagnóstico de promoción de la salud:**

un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud. Estas respuestas se expresan mediante una disposición para mejorar comportamientos de salud específicos y se pueden usar en cualquier estado de salud. En los casos en que las personas no pueden expresar su propia disposición para mejorar los comportamientos de salud, la enfermera puede determinar que existe una condición para la promoción de la salud y luego actuar en nombre del paciente. Las respuestas de promoción de la salud pueden existir en un individuo, cuidador, familia, o comunidad.

Aunque su número es limitado en la taxonomía NANDA-I, **un síndrome también puede ser diagnosticado** por una enfermera. Un síndrome es un juicio clínico

relacionado con un grupo específico de diagnósticos de enfermería que ocurren juntos y, por lo tanto, se abordan mejor juntos y mediante intervenciones similares.<sup>44</sup>

### **3ª FASE: PLANIFICACIÓN**

Objetivo: desarrollar una serie de estrategias dirigidas a prevenir, reducir o corregir los problemas detectados en la fase diagnóstica y con ello ayudar a la persona, familia o comunidad a lograr el nivel óptimo de funcionamiento, es decir, se planifican los cuidados enfermeros.

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
  
- **Planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
  - Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados.

---

<sup>44</sup> NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación: 2021-2023. ELSEVIER; 2021.

- Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.
  
  - Por último, es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.
- **Elaboración de las actuaciones de enfermería**, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.
- **Diagnóstico de Enfermería real (centrado en el problema)**, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

- **Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo** las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.
  - **Diagnóstico de Enfermería posible** las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.<sup>45</sup>
- **Documentación y registro**

#### 4ª FASE: EJECUCIÓN

Puesta en práctica de las actuaciones de enfermería \ Plan de Cuidados realizando las actividades planificadas para alcanzar los objetivos marcados. Esto implica:

- Continuar con la recogida y valoración de datos. Durante todo el Proceso de Atención de Enfermería es importante continuar con la valoración y recogida de datos.
- Realizar las actividades de Enfermería.
- Anotar los cuidados de Enfermería.
- Dar los informes verbales de Enfermería.
- Mantener el Plan de Cuidados actualizado.

A la hora de valorar el estado actual de salud del paciente, cada vez que empecemos una intervención debemos valorar si la intervención es todavía

---

<sup>45</sup> North American Nursing Diagnos Nanda International, Nanda International. Diagnosticos Enfermeros. Definiciones y Clasificacion 2021-2023. Herdman TH, editor. Elsevier; 2021.

apropiada. Durante la intervención también debemos valorar al paciente, debemos controlar sus respuestas y reducir riesgos.

Finalizada la intervención debemos realizar una nueva valoración del paciente para identificar las posibles respuestas obtenidas de la intervención.

- **Documentación y registro**

Esta fase estará presente en diversos momentos del proceso. La documentación de los datos es muy importante debido a que:

- Constituye un sistema de comunicación entre profesionales del equipo sanitario.
- Garantiza la continuidad de los cuidados.
- Asegura un mecanismo de evaluación de los cuidados.
- Constituye, normalmente, una prueba de carácter legal.
- Es la base de la investigación.

## **5ª FASE: EVALUACIÓN**

Compara de forma planificada y sistematizada el estado de salud del paciente y los resultados esperados u objetivos. mide el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos. Evaluación: emisión de un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los criterios más importantes son la eficacia y la efectividad.

Consta de tres pasos:

1. Recogida de datos sobre el estado de salud/diagnóstico que queremos evaluar.
2. Comparación con los resultados esperados.



3. Juicio sobre la evolución del paciente hacia el logro de los resultados esperados. Inicialmente se establecerán los criterios de resultado para la evaluación de los objetivos que serán los mismos que los objetivos que hemos identificado en el plan de cuidados.

La valoración de la fase: observación directa, entrevista y examen de la historia clínica.

A la hora de establecer juicios sobre la valoración existen tres posibilidades:

- El paciente ha logrado por completo el resultado esperado (FINALIZAR).
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado. Esto puede deberse a dos razones, fundamentalmente: por falta de tiempo o por falta de alguna actuación enfermera (CONTINUAR).
- El paciente no ha conseguido el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir (MODIFICAR).<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> De M, Pae E. Actualización en Enfermería familiar y comunitaria [Internet]. Enfermerialugo.org. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.enfermerialugo.org/wp-content/uploads/2021/09/Tema-Modelos-de-Enfermeria.PAE\\_.pdf](https://www.enfermerialugo.org/wp-content/uploads/2021/09/Tema-Modelos-de-Enfermeria.PAE_.pdf)

#### 4.5. La persona (adulto mayor)

Para definir cómo se es una persona adulta mayor, es necesario abordarlo desde una perspectiva biopsicosocial o también llamada visión integral.

El envejecimiento es un proceso de cambios a través del tiempo, natural, gradual, continuo, irreversible y completo. Estos cambios se dan a nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y la situación económica, de los grupos y las personas.

Cada persona envejece de manera diferente, dependiendo de sus características innatas, de las que adquiere a través de la experiencia y de las circunstancias a las que se haya enfrentado durante su vida.

El envejecer implica procesos de crecimiento y de deterioro. Es decir, de ganancia y de pérdida, y se da durante todas las etapas de la vida.

Es importante señalar que las diferentes disciplinas le dan significados distintos al envejecimiento.

En general, las ciencias sociales y del comportamiento lo caracterizan como un proceso de desarrollo; no así la perspectiva biológica, que hace referencia a las pérdidas y deterioro de la última etapa de la vida.

#### **Envejecimiento**

Streleher menciona que el envejecimiento "es un proceso biológico, universal, endógeno, intrínseco, deletéreo, progresivo e irreversible que se caracteriza por un deterioro bioquímico y fisiológico que conduce a una disminución de las capacidades del organismo para adaptarse, tanto a su medio interno como externo, a la detención de los sistemas autorregulados y que lleva a la muerte".<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> Castro Sánchez L, Flores Rangel H. Enfermería geriátrica: protocolos del cuidado del anciano [Internet]. México: Grupo Fármacos Especializados; 2006. Disponible en: <http://biblioteca.ulsaneza.edu.mx/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=443%20thumbnail-shelfbrowser>

## **La vejez**

La vejez es la etapa de la vida cuyo inicio es determinado por cada sociedad. Actualmente, en los países en desarrollo como México se acepta como inicio de la vejez los 60 años, mientras que en los países desarrollados esa edad es a los 65 años. La vejez se define también como una construcción social tanto individual como colectiva que determina las formas de percibir, apreciar y actuar en ciertos espacios sociohistóricos.<sup>48</sup>

En otras palabras, la vejez es una etapa vital impuesta por un constructo social, la cual se ve determinada por la percepción de cada individuo al desenvolverse en su entorno según las creencias y costumbres prevalecientes en la sociedad.

Se trata una etapa de la vida. Está relacionada con la edad, es decir, el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual, y cómo se ha vivido durante ese tiempo.

La vejez tiene significados diferentes para diferentes grupos. Para definirla, hay que tomar en cuenta la edad:

- Cronológica.
- Física.
- Psicológica.
- Social.

## **La edad cronológica**

La ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años.

---

<sup>48</sup> Instituto Nacional de Geriátria [Internet]. Gob.mx. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>

Si bien la edad cronológica es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien viejo o no, ésta por sí misma no nos dice mucho de la situación en la que se encuentra una persona, de sus sentimientos, deseos, necesidades, relaciones.

### **La edad física**

Los cambios físicos y biológicos normales durante la vejez se dan a distintos ritmos, según la persona, el lugar en donde vive, su economía, su cultura, su nutrición, su actividad y sus emociones.

Un aspecto importante en esta etapa de la vida es logro de la funcionalidad y la autonomía, a pesar de la edad o de los padecimientos que se tengan.

Se recomienda mantener un cuidado del cuerpo acudiendo a revisión médica de manera preventiva y permanecer activos durante el mayor tiempo posible.

### **La edad psicológica**

El significado que para cada grupo y persona tiene la vejez, puede ocasionar cambios en sus emociones, sentimientos y pensamientos según va transcurriendo el tiempo.

Es muy importante tener en cuenta que ningún cambio repentino en la forma de ser de una persona adulta mayor es normal. A veces se piensa que la vejez trae consigo tristeza, enojo o apatía, pero ninguno de estos sentimientos es causado por la edad, en ello pueden intervenir otros factores como la pérdida de seres queridos, del trabajo, la modificación del papel que desempeñaba en la familia, etc.

En cuanto a procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje, normalmente se dan modificaciones de manera gradual.

Para retardar las modificaciones, es recomendable mantenerse activo, relacionarse, hablar con otras personas, realizar actividades placenteras, comentar noticias y acontecimientos recientes.

En cuanto al aprendizaje, durante la vejez es posible seguir aprendiendo cosas nuevas, quizá en algunos casos se necesite un mayor tiempo y estrategias didácticas específicas, sin embargo, el aprendizaje es de la misma calidad que cuando se era más joven.

### **La edad social**

La vejez tiene significados diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura, su organización social.

Es a partir de estos significados que las personas y los grupos actúan con respecto a la vejez y a las personas adultas mayores.

La vejez es considerada una categoría social, es decir, se agrupa a las personas por los valores y características que la sociedad considera que son adecuadas, las cuales en muchas ocasiones pueden ser equivocadas y hasta injustas. Por ejemplo: para muchos grupos sociales las personas adultas mayores no deben enamorarse, o no deben participar en las decisiones familiares o sociales, etc.

Por el contrario, es un grupo social que necesita de los demás, pero que contribuye de manera muy importante tanto en la familia como en la sociedad.

“Las personas adultas mayores forman parte de una sociedad que necesita de ellas, por lo que su participación, opiniones y decisiones son fundamentales para el desarrollo de la misma”.

Para concluir, es importante mencionar que hay disciplinas dedicadas al estudio de esta etapa de la vida y que tenemos que ir incorporando a nuestro conocimiento.

## **Gerontología**

Es el estudio de los procesos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento, desde una perspectiva interdisciplinaria.

Como ya vimos, cada ciencia o disciplina concreta y matiza lo que entiende por este proceso y sus características.

Gerontología social: Estudia las relaciones que se dan entre el individuo que envejece y su interacción con la sociedad.

Gerontología médica o Geriátrica: Rama de la gerontología y la medicina relacionada con todos los aspectos de la salud y el cuidado de las personas adultas mayores durante el proceso de envejecimiento.

Psicología gerontológica o psicogerontología: Se ocupa del estudio de la relación entre envejecimiento, la personalidad y el comportamiento. <sup>49</sup>

## **Teorías del envejecimiento.**

A lo largo de los años se han producido diversas teorías que enmarcan el proceso de envejecimiento, que de estas derivan una serie de postulados, estos intentan explicar cómo es que se da este, a través de las cuales conjuntamente logren explicar dicha transición.

1. El envejecimiento compromete un número de genes diferentes, se han llegado a señalar hasta 100 genes implicados en la evolución de la longevidad. También hay mutaciones múltiples que afectan a todos los procesos del envejecimiento.
2. El envejecimiento ocurre a todos los niveles: al nivel molecular, nivel celular y nivel de órgano.

---

<sup>49</sup> Secretaría de la Ciudad de México de I y. BS. Secretaría de Inclusión y Bienestar Social de la Ciudad de México [Internet]. Secretaría de Inclusión y Bienestar Social de la Ciudad de México. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://sibiso.cdmx.gob.mx/blog/post/quienes-son-las-personas-mayores>

El objetivo general de estas teorías es llegar a la unión de una teoría multicausal para llegar a la explicación general de lo que es el envejecimiento.

De las teorías existentes estas pueden ser divididas en dos grupos, las teorías estocásticas y teorías deterministas ya que una sola de estas no puede explicar en su totalidad lo que es el envejecimiento.

### **Teorías estocásticas**

Engloban aquellos fenómenos que comportan una serie de variables aleatorias que hacen que este fenómeno sea producto del azar y deba ser estudiado recurriendo a cálculos probabilísticos. Estas teorías cuentan con la acumulación fortuita de acontecimientos perjudiciales debido a la exposición de factores exógenos adversos.

Dentro de estas se van a estudiar un conjunto de teorías, que por un lado pueden considerar al genoma como principal protagonista del fenómeno y, por otro lado, incluyen un conjunto de fenómenos ambientalistas que consideran al entorno celular como responsable del deterioro de la homeostasis celular.<sup>50</sup>

### **Teorías genéticas**

1. **Teoría de la regulación génica:** se establece que cada especie posee un conjunto de genes que aseguran el desarrollo y la reproducción; la duración de la fase de reproducción depende de la capacidad de defensa del organismo ante determinados factores adversos. De acuerdo con esta teoría, el envejecimiento es el desequilibrio entre los diferentes factores que han permitido el mantenimiento de la fase de reproducción.

---

<sup>50</sup> Durán LR. La vejez en movimiento. Un enfoque integral. DUNKEN; 2013. [citado el 16 de noviembre de 2022]

2. **Teoría de la diferenciación terminal:** en esta teoría, el envejecimiento celular se debe también a una serie de modificaciones de la expresión genética, pero que comportan una diferenciación terminal de las células. Se hace hincapié en los efectos adversos del metabolismo sobre la regulación genética.
3. **Teoría de la inestabilidad del genoma:** se pone de relieve la inestabilidad del genoma como causa de envejecimiento, y pueden producirse modificaciones tanto al nivel del DNA como afectando a la expresión de los genes sobre el RNA y proteínas

### **Teoría de la mutación somática**

Szilard predijo en 1959,7 que el envejecimiento ocurre como un resultado de la acumulación de mutaciones en el ADN nuclear de las células somáticas. Así como diversos autores, refieren que la lesión en el ADN sería fundamentalmente al nivel mitocondrial.

Entre estos autores hay que destacar a Miquel y Fleming, al sostener que la causa fundamental del envejecimiento celular es una inestabilidad del genoma mitocondrial, por una falta de equilibrio entre la reparación mitocondrial y el efecto desorganizador de los radicales de oxígeno. De este modo, las células privadas de la capacidad de regenerar sus poblaciones mitocondriales, sufrirán una disminución irreversible en su capacidad para sintetizar ATP, con la consiguiente degradación senescente del funcionamiento fisiológico y muerte final.

En otras palabras, esta degeneración mitocondrial causa una serie de enfermedades y disfunciones según del sistema al que estas pertenezcan.

### **Teoría de los radicales libres**

Esta teoría fue propuesta por Denham Harman en 1956, la cual postula que el envejecimiento resulta de los efectos perjudiciales fortuitos causados a tejidos por



reacciones de radicales libres. Estas reacciones pueden estar implicadas en la producción de los cambios del envejecimiento, asociados con el medio ambiente, enfermedad y con su proceso intrínseco.

Los radicales libres reactivos formados dentro de las células pueden oxidar biomoléculas y conducir a muerte celular y daño tisular. Las reacciones perjudiciales de los radicales libres se producen sobre todo en los lípidos, los cuales son los más susceptibles.

Las reacciones de los radicales libres contribuyen considerablemente al desarrollo de desórdenes estocásticos observados durante el envejecimiento. Los radicales libres, además, están implicados en enfermedades degenerativas como arteriosclerosis, amiloidosis, demencia senil tipo Alzheimer, enfermedades autoinmunes. Pese a ser la teoría de los radicales libres la de mayor aceptación en los últimos años, permanecen preguntas sin una contestación definitiva, como la de si los radicales libres contribuyen a la iniciación y/o propagación del envejecimiento.<sup>51</sup>

### **Teoría error - catástrofe**

Esta teoría fue propuesta por Orgel en 1963 y modificada por él mismo en 1970.

Esta hipótesis postula que, con la edad, surgen errores en los mecanismos de síntesis de proteínas, que causan la producción de proteínas anormales. Si alguna de estas proteínas llega a formar parte de la maquinaria que sintetiza proteínas, causarían incluso más errores en la próxima generación de proteínas, y así sucesivamente, hasta llegar a una pérdida "catastrófica" de la homeostasis celular que conduce a la muerte celular. Según esta teoría, el envejecimiento estaría acompañado por la síntesis de proteínas defectuosas y se ha demostrado inequívocamente que no es así. Durante la senescencia aparecen formas anómalas

---

<sup>51</sup> Pardo Andreu G. Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. Rev cuba investig bioméd [Internet]. 2003 [citado el 12 de diciembre de 2022];22(1):0-0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002003000100008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100008)

de algunas proteínas, pero no surgen de errores en la biosíntesis de proteínas, sino que se trata de modificaciones post-sintéticas.

### **Teoría de las uniones cruzadas de estructuras celulares**

Esta teoría postula que la formación de enlaces moleculares entre proteínas o cadenas de ácidos nucleicos, aumenta con la edad. Brownlee, en 1991 revisó el papel fundamental que la glicación no enzimática ejerce en el desarrollo de las complicaciones diabéticas. La glicación comienza con la reacción de la glucosa con residuos de lisina y con ciertas bases de ácidos nucleicos. Se forma una base de SCHIFF y se generan los AGE (productos finales de glicosilación avanzada), que alteran la función biológica de las proteínas extracelulares por reaccionar con lisinas esenciales. Se produce un aumento significativo de productos AGE con la edad.

Algunos autores afirman que las hipótesis sobre los radicales libres de oxígeno y la glicación son componentes de una única vía bioquímica, porque el número de puentes cruzados aumenta con la edad, de forma similar a los productos generados por la acción de los radicales libres de oxígeno.

### **Teoría de la acumulación de productos de desecho**

Sheldrake, en 1974, propuso que: "el envejecimiento celular se puede explicar en términos de la acumulación de la ruptura de productos citoplásmicos, algunos de los cuales pueden ser perjudiciales para la célula; la única manera que las células podrían evitar su mortalidad inevitable sería creciendo y dividiéndose, diluyendo la ruptura acumulada de productos". Sheldrake sugirió que el pigmento de edad o lipofuscina podía ser un ejemplo de tal producto. Esta teoría esta basada en 3 puntos:

Las células producen un producto de desecho que es perjudicial para la reproducción. Ahora bien, con respecto a la lipofuscina se conoce su acumulación

dentro de las células, pero no está claro si la lipofuscina es perjudicial para las funciones metabólicas celulares o para las funciones reproductoras.

El producto de desecho no puede destruirse o transportarse a través de las membranas más externas de las células. Respecto a la lipofuscina, hay pruebas de que los lisosomas pueden degradarla.

### **Teorías deterministas**

Engloban aquellos fenómenos que se describen mediante un número limitado de variables conocidas, que evolucionan exactamente de la misma manera en cada reproducción del fenómeno estudiado, sin recurrir a ningún cálculo probabilístico.

Sugieren que una serie de procesos del envejecimiento están programados innatamente dentro del genoma de cada organismo.

### **Teoría de la capacidad replicativa finita de las células**

Hayflick y Moorhead dieron a conocer en 1961 que los fibroblastos humanos normales tenían una limitación del número de veces que podían dividirse: las poblaciones de fibroblastos procedentes de un embrión pueden duplicarse 50 veces. Este "límite de Hayflick" describe el fenómeno de la esperanza de vida proliferativa finita que muestran las células humanas in vitro.

### **Teorías evolutivas**

La senescencia es perjudicial para el individuo en casi todos los aspectos y constituye una característica normal en la vida de los animales superiores.

Hay 3 teorías evolutivas que explican por qué ocurre el envejecimiento:

1. La primera teoría postula que la senescencia es una adaptación necesaria, programada como desarrollo, debido a que sin la senescencia el recambio y renovación de poblaciones resultaría perjudicado.

2. La segunda teoría propone que las mutaciones perjudiciales que se activan tarde son las responsables del envejecimiento. Los genes del envejecimiento se habrían instalado cómodamente en los cromosomas humanos porque la selección natural no habría podido evitar su difusión. Los alelos perjudiciales persistirían en una especie si sus efectos nocivos no se evidenciaban hasta avanzada ya la madurez sexual. Por lo tanto, esta teoría afirma que se acumulan una variedad de genes perjudiciales que se activan tarde, y que causan senescencia y muerte cuando un individuo se traslada a un medio protegido y vive el tiempo suficiente para experimentar sus efectos negativos.

3. La tercera teoría sugiere que la senescencia es el resultado de un desajuste entre la supervivencia tardía y la fecundidad temprana. La teoría del soma desechable afirma que el nivel óptimo de inversión en el mantenimiento somático es menor que el nivel que se necesitaría para la longevidad somática indefinida. Por lo tanto, al existir la probabilidad del riesgo de muerte violenta, la especie haría bien en invertir en sistemas de protección que garanticen el vigor juvenil solo durante el período de reproducción, dirigiéndose el resto del suministro energético de un organismo hacia la promoción de una fertilidad óptima. Esta teoría sugiere que la selección pone a punto el nivel de inversión en los procesos de mantenimiento somático para conseguir un equilibrio óptimo entre supervivencia y reproducción.<sup>52</sup>

Estas 3 teorías principales de la evolución del envejecimiento suministran 3 conceptos de cómo funciona el control genético del envejecimiento y la longevidad.

---

<sup>52</sup> Campos R, Barzuna L. Estudio del Envejecimiento. Rev médica Hosp nac niños Dr Carlos Saenz Herrera [Internet]. 2004 [citado el 20 de diciembre de 2022];39(2):33–47. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1017-85462004000200004](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1017-85462004000200004)

## **Hipótesis de los genes determinantes de la longevidad**

La hipótesis central es que la aparición y evolución de genes reguladores que mantienen los procesos vitales de la vida por más tiempo, suministran una ventaja selectiva para las especies.

Esta hipótesis propuesta por Cutler en 1975 tiene 2 predicciones importantes:

El envejecimiento no está programado genéticamente, sino que es el resultado de procesos biológicos normales necesarios para la vida.

Pueden existir genes clave determinantes de longevidad de naturaleza reguladora que son capaces de gobernar la tasa de envejecimiento del cuerpo entero. Esta afirmación contrasta con el concepto de que el envejecimiento es un resultado de funciones biológicas tan complejas como el mismo organismo y que la esperanza de vida o tasa de envejecimiento está determinada por miles de genes que funcionan en mecanismos altamente complejos, únicos para cada célula o tejido del organismo.<sup>53</sup>

---

<sup>53</sup> (IDEM-47)

### **4.5.1. Características biológicas, psicológicas y sociales**

Cuando nos referimos al envejecimiento, hablamos de un proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo. Estos cambios se dan en el nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de los grupos y las personas. Por ello, la forma de envejecer de cada persona es diferente.

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de la persona. Pero, además, también se produce una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado esa persona.

#### **Cambios biológicos relacionados con la edad**

##### **Sistemas sensoriales**

###### **A. Visión**

- Disminuye el tamaño de la pupila.
- Menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana.
- Disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores.

###### **B. Audición**

- Menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. Esta es la causa de que una persona mayor tenga más problemas en oír las voces femeninas, ya que suelen ser más agudas.

###### **C. Gusto y olfato**

- Disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas.
- Pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos.

#### D. Tacto

La piel es el órgano relacionado con la capacidad sensorial del tacto. Los cambios que se producen en la piel pueden observarse a simple vista, como son:

- Aparición de arrugas.
- Manchas.
- Flaccidez.
- Sequedad.

Todos esos cambios se producen como consecuencia de transformaciones internas, como son la disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular.

Pero también pueden ser originados por deficiencias en la alimentación, por posibles enfermedades o por una excesiva exposición al sol sin la suficiente hidratación aplicada por vía tópica (cremas).

### **Sistemas orgánicos**

#### A. Estructura muscular

Se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro. Consecuentemente, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza muscular.

#### B. Sistema esquelético

- La masa esquelética disminuye, pues los huesos se tornan más porosos (menos densidad del hueso) y quebradizos.
- Debido al proceso de desmineralización, los huesos también se vuelven más frágiles y, por lo tanto, más vulnerables a la fractura.

Estos cambios afectan en mayor medida a las mujeres, debido a las siguientes causas: mayor pérdida de calcio, factores genéticos, factores hormonales

(menopausia), inactividad física, consumo de tabaco y alcohol, malos hábitos de alimentación, etc.

### C. Articulaciones

Se tornan menos eficientes al reducirse la flexibilidad. Se produce mayor rigidez articular debida a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos, que son las tres estructuras que componen las articulaciones. La principal consecuencia es el dolor.

### D. Sistema cardiovascular

- El corazón: aumento del ventrículo izquierdo, mayor cantidad de grasa acumulada envolvente, alteraciones del colágeno, que provocan un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción, entre otros cambios.
- Los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad, al aumentar de grosor y acumular lípidos en las arterias (arterioesclerosis). El estrechamiento y la pérdida de elasticidad dificultan el paso de la sangre.
- Las válvulas cardiacas se vuelven más gruesas y menos flexibles, es decir, necesitan más tiempo para cerrarse.

Todos estos cambios conducen a un aporte menor de sangre oxigenada y esto, a su vez, se convierte en una causa importante por la que disminuye la fuerza y la resistencia física general.<sup>54</sup>

### E. Sistema respiratorio

Su rendimiento queda mermado debido a diversos factores, entre los que se encuentran la atrofia y el debilitamiento de los músculos intercostales, los cambios esqueléticos (caja torácica y columna) y el deterioro del tejido pulmonar (bronquios).

---

<sup>54</sup> El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales [Internet]. Mheducation.es. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>



Todo ello produce una disminución del contenido de oxígeno en sangre, que se reduce entre un 10% y un 15%, y en la aparición de una enfermedad respiratoria, el enfisema, muy común en personas de edad avanzada.

#### F. Sistema excretor

El riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho. Por esta razón, se hace necesario para el organismo aumentar la frecuencia miccional. El deterioro del sistema excretor también hace frecuentes los episodios de incontinencia.

#### G. Sistema digestivo

En general, todos los cambios se traducen en una digestión dificultosa y en la reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado.

- Pérdida de piezas dentales, que originan un problema considerable en la digestión de los alimentos, para la cual es importante una buena masticación.
- Disminución de los movimientos esofágicos (contracción/relajación), cuya función es facilitar la deglución.
- Reducción de la capacidad para secretar enzimas digestivas, lo que también dificulta la digestión.
- Atrofia de la mucosa gastrointestinal, por lo que la absorción de nutrientes es menor.
- Disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino, que producen menor masa y frecuencia en la eliminación de sólidos y, por tanto, estreñimiento.
- Vesícula e hígado: en las personas mayores se produce una mayor incidencia de cálculos biliares y un menor tamaño y eficiencia del hígado.

## **Cambios sociales**

Existen numerosas teorías que intentan explicar los cambios psicosociales que se producen con el envejecimiento y el origen de esos cambios, a continuación, se mencionaran unas de las más relevantes:

### **A. Teoría de la desvinculación. Cumming y Henry (1961)**

- Menciona que lo natural es la desvinculación del entorno. Envejecimiento satisfactorio cuando la sociedad ayuda al individuo a abandonar sus roles sociales y obligaciones.

Esta teoría no considera

- la Importancia de factores endógenos (de dentro de la persona o de su medio). Desvinculación selectiva (solo de algunos aspectos). Desvinculación transitoria en determinados periodos.

### **B. Teoría de la actividad. Tartler (1961)**

- Menciona que, a mayor actividad, mayor satisfacción. La sociedad es responsable de la pérdida de actividad (p.ej., jubilación).

Esta teoría no considera

- Que no todos poseen la capacidad suficiente para reorganizar su actividad tras la jubilación. La falta de refuerzos positivos de la sociedad conlleva desesperanza.

### C. Teoría de la continuidad. Atchley (1971)

- Continuidad en los estilos de vida de otras etapas. Se mantienen los mismos estilos, pero acentuados. Requisito para un envejecimiento satisfactorio: permitir esa continuidad.

Comparando todas esas teorías se llega a varias conclusiones:

- La disminución o ausencia de actividad social no aparece de forma repentina en los mayores. Lo habitual es que esa actividad se vaya reduciendo paulatinamente con el paso del tiempo.
- Al reducirse la frecuencia de las relaciones sociales, se refuerza su valor y se hacen más gratificantes, dedicando más tiempo a su mantenimiento.
- Se observa que la calidad de la interacción resulta ser más determinante que la cantidad

### **Cambios psicológicos Erikson y Peck**

Para explicar los cambios psicológicos que puede sufrir el individuo al llegar a la vejez, nos vamos a basar en las dos teorías principales elaboradas sobre esta circunstancia.

#### A. Teoría de Erikson (integración vs. Desesperación)

El ser humano pasa por ocho crisis, que se corresponden con los cambios de etapa vital. En la octava etapa se produce la necesidad de aceptar el modo de vida que el sujeto ha seguido (integración). Si no se produce esa aceptación, se llega a la desesperación.

#### B. Teoría de Peck

El ser humano pasa por tres crisis, que se corresponden con los cambios de etapa vital. Es necesario resolver las tres crisis para envejecer de forma saludable y extender su identidad más allá de su trabajo, bienestar físico y existencia propia.

## **Evolución del entorno socioafectivo**

Como ya hemos visto en un punto anterior, el entorno social adquiere gran importancia para el individuo. Pero el descenso de los contactos sociales que conlleva el envejecimiento no equivale a un descenso en el apoyo recibido; así como tampoco un mayor número de interacciones trae como obligada consecuencia un aumento en la percepción subjetiva de apoyo. Los conceptos de apoyo social, entorno socioafectivo y red social se comprenden de forma intuitiva. Pero la dificultad aparece a la hora de delimitar y especificar dichos conceptos.

El apoyo que cualquier sujeto puede recibir desde su entorno puede ser de varios tipos:

### **A. Apoyo instrumental**

Se refiere al suministro de bienes materiales y servicios que puedan ayudar en la solución de problemas prácticos.

### **B. Apoyo emocional**

Se relaciona con la información que recibe el sujeto de ser respetado, amado, valorado e integrado en una red social.

### **C. Apoyo de estima**

Consiste en disponer de alguien con quien poder comentar los problemas propios.

El poder comunicar las contrariedades refuerza la autoestima; tal vez, porque al hacerlo se produce el sentimiento de ser valorados y aceptados por otra persona. Esto tiene un efecto positivo en las posibles amenazas percibidas en situaciones de estrés y la potenciación de nuestros propios recursos para hacer frente a esos problemas.

#### **D. Apoyo informativo**

Se trata de facilitar la información necesaria que ayudará a resolver un determinado problema, para disminuir el sentimiento de confusión e impotencia, e incrementar la sensación de control sobre la situación, aumentando así el bienestar psicológico.

#### **E. Compañía social**

La actividad social, sobre todo la de carácter lúdico, es un generador de estado de ánimo positivo. Las actividades lúdicas, formativas, deportivas, etc., son un fin en sí mismas que debemos alentar y apoyar, tanto en los hombres como en las mujeres. Todas ellas inciden positivamente tanto en la esfera psíquica de la persona como en la física.<sup>55</sup>

Al llegar a la vejez, la red social a la que siempre había pertenecido el individuo se transforma:

- A.** Los lazos familiares son uno de los principales vínculos sociales que se tienen: la pareja y los hijos suelen ser el principal apoyo de la persona.
- B.** En las mujeres, sobre todo, también se mantienen las relaciones vecinales de toda la vida.
- C.** Aparece el rol de abuelo/a. Lo que ocurre es que con el tiempo esta relación va cambiando: de ser una fuente de ayuda, pasa a ser una carga familiar (es en este momento cuando la familia se plantea el ingreso en una institución).
- D.** Se pierden vínculos, como los compañeros de trabajo; también fallecen amistades de toda la vida, vecinos, familiares... pero se pueden ganar otros muchos dependiendo de la actitud que adopte la persona ante su nueva situación.<sup>56</sup>

Con base en los registros administrativos de las Secretaría de Salud, se ha observado una alta prevalencia de suicidios entre la población adulta mayor,

---

<sup>55</sup> Sánchez C, Rangel F. enfermería geriátrica. protocolos de cuidado al anciano. :32-35. [citado el 11 de noviembre de 2022]

<sup>56</sup> (IDEM-44)

particularmente en hombres de 80 años y más de edad. Este grave problema se puede asociar a la prevalencia de trastornos afectivos, cognitivos y conductuales en la edad avanzada que, a pesar de ser padecimientos potencialmente tratables, no son diagnosticados ni tratados adecuadamente, por lo que desembocan en el suicidio de quienes lo padecen.<sup>57</sup>

#### **4.5.2. Padecimientos más frecuentes**

Existen diversos predisponentes para la adquisición o presentación de diversas enfermedades entre las más importantes está el estilo de vida, la cual se incluye la alimentación, nivel de estrés, actividad física, hábitos higiénicos, enfermedades previas, entorno y cultura, todos estos determinantes en conjunción pueden derivar en la aparición de diversos padecimientos.

Derivado de lo anterior debemos tomar en cuenta las enfermedades crónico degenerativas, ya que son algunas de las que causan mayores problemas durante la vejez tomando en cuenta que no solo afectan biológicamente, sino que también son vistas como una carga con la que ninguna persona debería cargar ya que conllevan una serie de cuidados especializados, así como atenciones y gastos no solo económicos si no energéticos, de los cuales en su mayoría suele carecerse durante este estadio de la vida

Derivado de lo anterior, el estado de salud previo coadyubara la evolución del mismo padecimiento, que si bien, como se dio a entender con anterioridad durante la vejez existen diversos cambios biopsicosociales, los cuales pueden entenderse como un aumento en la fragilidad de la persona derivando en la carencia de autocuidado y/o dependencia de terceros para los mismos.

---

<sup>57</sup> Situación de las personas adultas mayores en México [Internet]. Gob.mx. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101243\\_1.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf)

## Principales causas de morbilidad

Durante la etapa de adultez mayor se producen cambios hormonales y metabólicos que asociados con estilos de vida no saludables a través del ciclo de la vida; que se manifiestan sobre todo durante esta etapa; las cuales coadyuvan a la aparición de diversas enfermedades, las cuales de no tener una detección temprana o bien un tratamiento adecuado pueden poner en riesgo la vida de la persona adulto mayor.

### 20 PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD EN ADULTOS MAYORES (>65 AÑOS)

N°.	Padecimiento	Casos por cada 100,000 habitantes
1.	Infecciones respiratorias agudas	518568
2.	Infección de vías urinarias	373551
3.	COVID-19	228734
4.	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	169820
5.	Hipertensión arterial	118587
6.	Úlceras, gastritis y duodenitis	93801
7.	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	87318
8.	Gingivitis y enfermedad periodontal	64721
9.	Conjuntivitis	49098
10.	Hiperplasia de la próstata	43427
11.	Insuficiencia venosa periférica	36677
12.	Obesidad	34590
13.	Neumonías y bronconeumonías	33705
14.	Otitis media aguda	21768
15.	Enfermedad cerebrovascular	20284
16.	Enfermedad isquémica del corazón	18587
17.	Intoxicación por picadura de alacrán	17989
18.	Influenza	16587
19.	Depresión	15640
20.	Infección asociada a la atención de la salud	11094

FUENTE: SUIVE/DGE SECRETARÍA DE Salud/estados unidos mexicanos 2020

Es de importancia mencionar que al verse disminuidas ciertas capacidades biofisiológicas en el adulto mayor le será de mayor dificultad la adaptación a las circunstancias del medio, dando como resultado una la precariedad del entorno, dificultando así una correcta adaptación al mismo y a las situaciones por las cuales este pueda atravesar.<sup>58</sup>

### Principales causas de mortalidad

Entre las principales causas de mortalidad en personas de 65 y más años, se encuentran principalmente las enfermedades del corazón, Covid-19 y diabetes mellitus (Ver cuadro).

#### Principales causas de mortalidad personas de 65 y más años en 2020 (porcentaje respecto al total de defunciones)

Causas	%
Enfermedades del corazón excluyendo paro cardíaco	27.2 %
COVID 19	16.0 %
Diabetes mellitus	15.1 %
Tumores malignos	8.3 %
Influenza y neumonía	5.3 %
Enfermedades cardiovasculares	4.6 %
Enfermedades pulmonares obstructiva crónica	3.2 %
Enfermedades del hígado	2.7 %
Insuficiencia renal	1.5 %
Accidentes	1.1 %
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	1.0 %
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	0.6 %
Anemias	0.5 %
septicemia	0.4 %
Úlceras gástricas y duodenales	0.4 %
Enfermedad de Alzheimer	0.4 %
Enfermedades infecciosas intestinales	0.3 %
Íleo paralítico y obstrucción gastrointestinal sin hernia	0.3 %
Enfermedad de Parkinson	0.3 %
Demencia	0.2 %
Paro cardíaco	0.0 %
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificadas en otra parte	1.5 %
Las demás causas	9.3 %
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>

Fuente INEGI: Dirección general de estudios socio demográficas; estadísticas vitales

<sup>58</sup> DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Gob.mx. [citado el 20 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5616097&fecha=16/04/2021](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5616097&fecha=16/04/2021)



Cabe precisar que, si bien no todas estas enfermedades están asociadas con la vejez, salvo algunas como el Alzheimer y demencia, las demás pueden ocurrir en edades tempranas; sin embargo, muchas de estas se pueden evitar o retrasar su aparición.

De acuerdo con la OMS, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias enfermedades al mismo tiempo. Entre las afecciones más comunes de la vejez está la pérdida de audición, las cataratas y los errores de refracción, dolores de espalda y cuello, la osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y la demencia.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Procuraduría Federal del Consumidor. Geriatria. La importancia de envejecer bien [Internet]. gob.mx. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/profeco/documentos/geriatria-la-importancia-de-envejecer-bien?state=published>

### 4.5.3. Descripción del padecimiento

#### DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades. También denominada «trastorno depresivo mayor» o «depresión clínica», afecta los sentimientos, los pensamientos y el comportamiento de una persona, y puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales.<sup>60</sup>

Para Strok, (2004). El este estado depresivo es considerado una enfermedad afecta al organismo, afecta la vida diaria influye en la toma de decisiones, en los hábitos alimenticios de las personas, en el nivel de autoestima que tiene cada individuo y también en su forma de actuar y pensar, la depresión no es solo un trastorno depresivo, no es un estado pasajero de la tristeza esto indica debilidad personal, no es una sensación de la cual uno pueda liberarse por voluntad propia, las que padecen esta enfermedad no pueden afirmar que simplemente todo lo que les está pasando es algo pasajero que llegara a su fin sin tomarle mayor importancia.<sup>61</sup>

Como se mencionó anteriormente el adulto mayor tiene mayor morbilidad y padece especialmente enfermedades crónicas tanto físicas como mentales, las cuales aumentan progresivamente la dependencia. Demencia y depresión tienen alta prevalencia en el adulto mayor las personas mayores de 65 años tienen factores propios como las enfermedades que padecen, el entorno en que viven, situación social e incluso algunos factores demográficos como trabajo, estado civil, entre otros. La soledad predispone a depresión en mujeres y hombres.

La depresión es una condición considerada como problema de salud pública y de manera progresiva, de hecho, para 2015 se calculó que los trastornos depresivos

---

<sup>60</sup> Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5° edición. . [citado el 11 de noviembre de 2022].

<sup>61</sup> Coryell W. Depresión [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/depresi%C3%B3n>

se posicionaban como la tercera causa fundamental de discapacidad a nivel mundial, en el caso de Estados Unidos se estima un riesgo de por vida asociado a un evento depresivo mayor que alcanza hasta el 30%.<sup>62</sup>

### Factores determinantes de la depresión según Fernández (1988).

Factor	Descripción
<b>El estado de ánimo depresivo</b>	Presencia de tristeza, amargura, falta de placer por las cosas vitales, también influyen las carencias económicas la hipocondría y diversas molestias corporales
<b>La falta de impulsos</b>	El anciano muestra aburrimiento y pocas ganas de hacer o realizar cualquier acción, la falta de decisiones, la fatiga corporal, así como la falta de la libido sexual
<b>La incomunicación</b>	Son la aflicción por las cosas, la sensación de soledad en su vida diaria, el retraimiento social, la falta de interés por algunos programas de entretenimiento, el odio a las lecturas, la falta de aseo personal y arreglo personal descuido total de su imagen

Fuente: Fernández, A.<sup>63</sup>

<sup>62</sup> Mitchell C. OPS/OMS | [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [citado el 11 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=0&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=0&lang=es)

<sup>63</sup> Alonso-Fernández F. Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo. Salud Ment (Mex) [Internet]. 2009 [citado el 14 de diciembre de 2022];32(6):443–5. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252009000600001](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000600001)

## Dimensiones de los Factores determinantes de la depresión

- **Factores biológicos:** El padecimiento de enfermedades en la etapa del envejecimiento como enfermedades crónicas y degenerativas produce depresión en las personas, más aún cuando no recibes el apoyo y comprensión de tu entorno familiar o de las personas que están a cargo de tu cuidado. Los factores biológicos de la depresión se reflejan en enfermedades degenerativas, enfermedades crónicas, incapacidades y problemas de sueño.
- **Factores psicológicos:** La salud mental en las personas adulto mayor es muy importante, ya que están en una época muy difícil que sienten que están perdiendo la vida, es allí cuando sienten tristeza, soledad, pena, el abandono de sus familiares y la insatisfacción de la persona que los cuida.
- **Factores sociales:** Los problemas del adulto mayor se reflejan también en su entorno social como parte de su vida. En esta etapa afecta no tener el apoyo y cariño de la familia y de los amigos, sufrir de carencias económicas por no trabajar y el retraimiento social a causa de los padecimientos y enfermedades que aquejan.

## Dimensiones de la depresión según González (2012)

Podemos clasificar la depresión en tres tipos todo ello de acuerdo a sus signos y síntomas que presenten

Dimensión	Características
<b>Depresión leve</b>	Sensación de tristeza, ausencia de interés en las cosas que uno antes disfrutaba; el que lo padece suele negarlo e ignorarlo, llegan a pensar que esa sensación es algo normal radicando en ello el problema. Y que de no tratarlo de la manera correcta este puede progresar a ser un padecimiento crónico
<b>Depresión moderada</b>	Tiende a manifestarse en el trabajo e interferir con las tareas diarias, poco humor la falta de disfrute dificultad para interactuar con las demás personas, pensamientos e ideas negativas, poca energía para sus labores diarias, todo esto conlleva a un funcionamiento disminuido en el ámbito social así como en el ámbito laboral.
<b>Depresión severa</b>	Estado emocional donde el individuo por lo general se encuentra de muy mal humor, realizan movimientos sumamente lentos sin ánimos y sin interés por lo que están haciendo, también presenta síntomas de cansancio constante, suelen encerrarse en su habitación rompiendo en llanto desconsoladamente debido a que se sienten muy infelices debido a la falta de afecto cariño, suelen ver como única salida de ese estado anímico el suicidio

Fuente: Vizarreta V. <sup>64</sup>

<sup>64</sup> Vizarreta Vega Marlene Espinoza Cadillo Deli Margarita. Factores condicionantes y el Nivel de Depresión en el Adulto mayor del centro geriátrico San Martín de Porres [Internet]. Edu.pe. 2021 [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: [http://repositorio.unid.edu.pe/bitstream/handle/unid/256/T117\\_46510659\\_T%20T117\\_09973409\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unid.edu.pe/bitstream/handle/unid/256/T117_46510659_T%20T117_09973409_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## **Etiopatogenia**

Respecto a la etiopatogenia de la depresión en el colectivo geriátrico, Conviene señalar, de entrada, que Los factores etiopatogénicos son los mismos (neuroquímicos, genéticos y psicosociales) que condicionan los trastornos anímicos en otros grupos de edad, aunque en este grupo poblacional los factores precipitantes de carácter psicosocial y somático tienen mayor relevancia en comparación con otros grupos poblacionales.

Al evaluar los acontecimientos vitales adversos capaces de desencadenar un trastorno anímico en el anciano, destaca por su mayor prevalencia el duelo, seguido por la jubilación con la consiguiente pérdida de estatus social y económico, el rechazo de la familia, la precariedad económica, el impacto psicológico de los trastornos somáticos invalidantes y las enfermedades que tienen otros miembros de la familia. Finamente, no hay que olvidar la gran incidencia del desencadenamiento somático de las depresiones seniles.

Los Principales factores precipitantes de carácter somático incluyen los accidentes cerebrovasculares, los trastornos neurológicos (enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer), el infarto de miocardio, las infecciones agudas, la radioterapia y la terapia con hormonas esteroideas <sup>65</sup>

## **Síntomas y signos de los trastornos depresivos**

La depresión provoca una disfunción cognitiva, psicomotora y de otros tipos (p. ej., escasa concentración, cansancio, pérdida de deseo sexual, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades que anteriormente se disfrutaban, alteraciones del sueño) así como un estado de ánimo depresivo. Las personas con un trastorno depresivo con frecuencia tienen pensamientos suicidas y pueden intentar suicidarse. Otros síntomas o trastornos mentales (p. ej., ansiedad o crisis de pánico) coexisten con frecuencia y a veces complican el diagnóstico y el tratamiento.

---

<sup>65</sup> Gómez Ayala A-E. La depresión en el anciano. Offarm [Internet]. 2007 [citado el 11 de noviembre de 2022];26(9):80–94. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-depresion-el-anciano-13111062>

Los pacientes con cualquier forma de depresión tienen más probabilidades de padecer un abuso de alcohol o de otras sustancias de uso recreativo, en un intento de tratar por sí mismos los trastornos de sueño o los síntomas de ansiedad; sin embargo, la depresión es una causa menos frecuente de trastorno por uso de alcohol y otros trastornos por abuso de sustancias de lo que se pensaba antiguamente. Los pacientes también tienen más probabilidades de convertirse en fumadores importantes y de descuidar su salud, con lo cual aumenta el riesgo de que se desarrollen o progresen otras enfermedades (p. ej., enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

La depresión puede reducir las respuestas inmunitarias protectoras. También aumenta el riesgo de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular, porque durante la depresión se liberan citocinas y otros factores que aumentan la coagulación de la sangre y disminuyen la variabilidad de frecuencia cardíaca (todos factores de riesgo potenciales para los trastornos cardiovasculares).

### **Depresión mayor (trastorno unipolar)**

Los pacientes tienen un aspecto triste, con ojos llorosos, ceño fruncido, comisuras de la boca hacia abajo, postura decaída, escaso contacto visual, ausencia de expresión facial, pocos movimientos corporales y cambios en el habla (p. ej., voz baja, falta de prosodia, uso de monosílabos). El aspecto puede confundirse con el de una enfermedad de Parkinson. En algunos pacientes, el estado de ánimo depresivo es tan profundo que se acaban las lágrimas; dicen que son incapaces de sufrir las emociones habituales y sienten que el mundo se ha vuelto anodino y apagado.

La nutrición puede sufrir un deterioro importante, que requiere una intervención inmediata.

Algunos pacientes con depresión descuidan su higiene personal o incluso a sus hijos, otros seres queridos o a sus mascotas.

Para el diagnóstico de depresión mayor,  $\geq 5$  de los siguientes síntomas deben haber estado presentes casi todos los días durante un período dado de 2 semanas, y uno de ellos debe ser el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer:<sup>66</sup>

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.
- Aumento o pérdida significativa ( $> 5\%$ ) de peso, o disminución o aumento del apetito.
- Insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o hipersomnia
- Agitación o retardo psicomotor observado por otros (no informado por el mismo paciente).
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
- Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

### **Trastorno depresivo persistente**

Los síntomas depresivos que persisten durante  $\geq 2$  años sin remisión se clasifican como trastorno depresivo persistente, una categoría que consolida trastornos anteriormente denominados trastorno depresivo mayor crónico y trastorno distímico.

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.

Los pacientes afectados pueden presentarse habitualmente negativos, pesimistas, sin sentido del humor, pasivos, obnubilados, introvertidos, hipercríticos respecto de

---

<sup>66</sup> Coryell W. Trastornos depresivos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>



sí mismos y de los demás y quejumbrosos. Los pacientes con trastorno depresivo persistente también tienen más probabilidades de experimentar trastornos de ansiedad subyacentes, trastornos por abuso de sustancias o trastornos de la personalidad (es decir, personalidad de tipo limítrofe).

Para el diagnóstico del trastorno depresivo persistente, los pacientes deben haber tenido un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, con más días presente que ausente durante  $\geq 2$  años, más  $\geq 2$  de los siguientes:

- Falta o exceso de apetito.
- Insomnio o hipersomnía.
- Baja energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

### **Trastorno disfórico premenstrual**

El trastorno disfórico premenstrual implica síntomas de ánimo y ansiedad que están claramente relacionados con el ciclo menstrual, con inicio en la fase premenstrual y un intervalo libre de síntomas después de la menstruación. Los síntomas deben estar presentes durante la mayoría de los ciclos menstruales durante el pasado año.

Las manifestaciones son similares a las del síndrome premenstrual, pero son más intensas, causando malestar clínicamente significativo y/o notable deterioro de la actividad laboral o social. El trastorno puede comenzar en cualquier momento después de la menarquia; puede empeorar a medida que la menopausia se acerca, pero cesa después de la menopausia. La prevalencia se estima en 2 a 6% de las mujeres que menstrúan en un intervalo dado de 12 meses.

Para el diagnóstico del trastorno disfórico premenstrual, los pacientes deben presentar  $\geq 5$  síntomas durante la semana anterior a la menstruación. Los síntomas deben comenzar a remitir a los pocos días después de la aparición de la

menstruación y son mínimos o nulos en la semana después de la menstruación.<sup>67</sup>

Los síntomas deben incluir  $\geq 1$  de los siguientes:

- Notables cambios de ánimo (p. ej., repentina tristeza o ganas de llorar).
- Notable irritabilidad o furia o aumento de los conflictos interpersonales.
- Estado de ánimo muy depresivo, sensación de desesperanza y pensamientos de desvalorización personal.
- Marcada ansiedad, tensión o nerviosismo.

Además, debe estar presente  $\geq 1$  de los siguientes:

- Disminución de interés en las actividades habituales.
- Dificultades para concentrarse.
- Baja energía o fatiga.
- Marcado cambio en el apetito, atracos o antojos de alimentos específicos.
- Hipersomnia o insomnio.
- Sentimiento de que las cosas lo superan o que está fuera de control.
- Síntomas físicos tales como hipersensibilidad en las mamas o hinchazón, dolor articular o muscular, distensión abdominal y aumento de peso.

### **Trastorno de duelo prolongado**

El duelo prolongado es la tristeza persistente que sigue a la pérdida de un ser querido. Se diferencia de la depresión en que la tristeza se relaciona con la pérdida específica más que con los sentimientos más generales de fracaso asociados con la depresión. A diferencia del duelo normal, esta afección puede ser muy incapacitante y requiere tratamiento específicamente diseñado para el trastorno de duelo prolongado.

El duelo prolongado se considera presente cuando la respuesta al duelo (caracterizada por deseo o anhelo persistentes y/o preocupación por el fallecido)

---

<sup>67</sup> Dick Paredes DF, Pazmiño Farfán JC, Franco Orellana JM, Bravo Legarda AA. Trastorno disfórico premenstrual. RECIAMUC [Internet]. 2019 [citado el 11 de diciembre de 2022];3(1):199–217. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007193.htm>

dura un año o más y es persistente, generalizada y excede las normas culturales. También debe acompañarse de  $\geq 3$  de los siguientes elementos durante el último mes en un grado que cause angustia o discapacidad:

- Incredulidad.
- Dolor emocional intenso.
- Sensación de confusión de identidad.
- Evitar los recordatorios de la pérdida.
- Sensaciones de entumecimiento.
- Soledad intensa.
- Sentimientos de falta de sentido.
- Dificultad para participar en la vida cotidiana.

### **Tratamiento de los trastornos depresivos**

- Soporte.
- Psicoterapia.
- Fármacos.

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, y a veces con terapia electroconvulsiva. Algunos pacientes requieren una combinación de fármacos. La mejoría puede necesitar entre 1 y 4 semanas de tratamiento farmacológico.

La depresión puede recurrir, especialmente en pacientes que han tenido  $> 1$  episodio; por lo tanto, los casos graves a menudo justifican el tratamiento farmacológico con un mantenimiento prolongado.

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.

## **Psicoterapia**

Numerosos ensayos controlados han demostrado que 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, pero la magnitud de la mejora es mayor en las personas con depresión más grave.

## **Tratamiento farmacológico para la depresión**

Varias clases de fármacos y medicamentos se pueden utilizar para tratar la depresión:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
- Moduladores de la serotonina (antagonistas de los receptores 5-HT<sub>2</sub>).
- Inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina.
- Inhibidor de la recaptación de noradrenalina-dopamina.
- Antidepresivos heterocíclicos.
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).
- Antidepresivo melatonérgico.
- Fármacos similares a la ketamina.

La elección del fármaco puede depender de la respuesta previa a un antidepresivo específico. De otra forma, los ISRS son los fármacos de primera elección.<sup>68</sup>

---

<sup>68</sup> (IDEM-60)

## V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

### 5.1 Presentación del Caso Clínico

<b>Edad: 65 años</b>	<b>Sexo: hombre</b>	<b>Talla: 181cm</b>	<b>Peso: 91 Kg</b>
<p>Masculino, de edad similar a la cronológica, aliñado, complexión mesomórfica, alerta, consciente, orientado en tiempo, lugar, persona, con adecuada coloración de tegumentos, lentigo en cara y cuello, normocéfalo, con cabello cano, buena implantación capilar, ojos simétricos, pupilas isocóricas normorreflécticas, uso de anteojos por disminución de la agudeza visual, mucosa oral hidratada, se observa en la cavidad oral presencia de sarro en dientes y coloración amarilla, ausencia de incisivo frontal y lateral izquierdo superior y segundo molar superior derecho, así como de segundos molares inferiores bilaterales, con presencia de coronas dentales metálicas en primer molar inferior izquierdo y premolar superior derecho, uso de prótesis dental superior, pabellón auricular sin alteración aparente, refiere hipoacusia en oído izquierdo, cuello cilíndrico, tórax simétrico, adecuada mecánica ventilatoria, campos pulmonares con murmullo vesicular presente, sin estertores, sin sibilancias, ritmos cardiacos rítmicos de adecuado tono, frecuencia e intensidad, abdomen globoso, a expensas del panículo adiposo, con presencia de cicatriz hipertrófica en fosa iliaca derecha secundaria a procedimiento quirúrgico (hernioplastia hace 4 años), extremidades torácicas integra, simétricas, fuerza muscular conservada, extremidades pélvicas integra, simétricas a expensas de izquierda con datos clínicos de insuficiencia venosa, llenado capilar de 2 segundos, genitales de acuerdo a edad y sexo según escala de Tanner.</p>			

<b>Antecedentes Heredofamiliares</b>
Madre presentó: Parkinson
Padre presentó: Alzheimer

### **Antecedentes personales no Patológicos**

El paciente no lleva un adecuado régimen nutricional ya que de acuerdo con el plato del bien comer las porciones que este consume son excesivas, refiriendo que en ocasiones que olvida su prótesis dental le es incómodo comer adecuadamente.

De igual manera refiere tener estreñimiento y flatulencias desde hace una semana, presenta nicturia

Refiere tomar café diariamente por las mañanas 250 ml y ser bebedor social de bebidas alcohólicas

Refiere que al dormir no siente descanso y presenta insomnio ocasionalmente ya que le es difícil conciliar el sueño cuando tiene ideas y recuerdos no agradables

El paciente menciona que radicaba en Oaxaca hasta inicios del mes de junio actualmente se hospeda en una habitación en la CDMX la cual está adaptada para dormir, Cuenta con cocina y baño en la habitación, toda esta con techo de lámina en la cual entra el aire por entre ellas, y no tener goteras

Tiene 4 hijos. de 38, 36, 29 y 8 años respectivamente el de 29 años padece síndrome de Down, el ultimo de 8 años con su segunda pareja, de la cual se separó por problemas económicos derivados de la pandemia, la relación con su ex esposa e hijos siendo complicada.

Refiere sentirse bien en un sentido general, muestra conductas no concordantes con sus palabras. (su semblante se observa triste al mencionar economía y familia). muestra una personalidad alegre y jovial, más sin embargo se le observa que ante ciertas situaciones (económicas, familiares-hijos y exparejas) el semblante cambia y revive situaciones no gratas exteriorizándolas cíclicamente en repetidas ocasiones.

Refiere haber estado desempleado desde el mes de junio del 2022

de igual manera el paciente menciona que su edad es un impedimento para el aprendizaje y cambiar sus hábitos.

**Toxicomanías:** menciona ser fumador desde temprana edad, así como haber presentado problema de alcoholismo, del cual aparentemente ya se rehabilitó ya que cuando acude a un evento social le dan ganas de beber.

### **Antecedentes personales patológicos**

- Fue diagnosticado con depresión en el mes febrero del 2022.
- Le fue diagnosticada hipertensión a inicios del mes de junio de 2022 con cifras de 160/100mmHg.
- En fosa iliaca derecha presenta cicatriz hipertrófica por procedimiento quirúrgico (hernioplastia con malla) hace 4 años.
- Hipoacusia en oído izquierdo desde los 20 años

### **Antecedentes Terapéuticos**

- Refiere tomar una capsula de complejo B a diario por las mañanas.
- Refiere tomar un medicamento naturista (vale M) ocasionalmente el cual fue recomendado por un conocido el cual sirve para conciliar el sueño cuando tiene ideas y recuerdos no agradables.
- Losartán tableta 100mg C/24h

### **Padecimiento Actual**

- A la aplicación de la escala de Hamilton para la evaluación de los síntomas depresivos. Con Puntuación: 21 depresión severa
- A la aplicación de la escala de Yesavage para depresión geriátrica se obtiene una puntuación de 9

### Signos vitales

T/A: 140/90 mm/Hg

FC: 67 LPM

PULSO: 65 LPM

FR: 14 RPM

TEMP: 36.6 °c

GLICEMIA CA: 86 mg/dl

LLENADO CAPILAR: 4s

SpO2: 93 % al medio ambiente



## 5.2 Valoración inicial y continua (Identificación de necesidad)

### I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: <u>O.C.T.</u>	EDAD: <u>65 años</u>	SEXO: <u>Hombre</u>
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>DEPRESION</u>	FECHA DE APLICACIÓN: <u>15 / sep / 2022</u>	
DIRECCIÓN: <u>calle Xolotla #25 bis, alcaldía Iztapalapa CDMX</u>		
TELÉFONO: <u>9516571023</u>	NOMBRE DEL / INFORMANTE: <u>O.C.T.</u>	
OCUPACION DEL PACIENTE: <u>EMPLEADO</u>		

### II. VALORACIÓN POR NECESIDADES

#### 1.OXIGENACIÓN

RESPIRATORIO						
FRECUENCIA RESPIRATORIA: <u>14X'</u>						
RITMO		PROFUNDIDAD		TIPO		RUIDOS ANORMALES
Normal	X	Superficial		Kussmaul		Crepitantes
Taquipnea		Profunda	X	Ortopnea		Broncoespasmo
Bradipnea				Disnea		Sibilancias
				Cheyne Stokes		Estertores
OBSERVACIONES						
A la evaluación de RFC de las ventilaciones no se identifica alteración evidente, así como a la auscultación de los campos pulmonares no se detectan sonidos agregados Enfermo de covid-19 hace 2 años las secuelas se extendieron 2 meses posteriores a la recuperación.						

CARDIACO			
FRECUENCIA CARIACA: <u>67X'</u> PULSO: <u>65X'</u> TENSION ARTERIAL: <u>140/90 mmHg</u>			
RITMO		PULSO	
Taquicardia		Rebotarte	
Bradycardia		Taquisfignia	
Arritmia		Bradisfignia	
		Filiforme	
OBSERVACIONES			
A la auscultación en foco cardiaco aórtico, se percibe buen ritmo, frecuencia y calidad, sin alteración percibida ni ruidos cardiacos agregados, A la palpación del pulso en arteria radial de extremidad superior derecha se percibe adecuada expansión de la misma Le fue diagnosticada hipertenso a inicios del mes de junio con cifras de 160/100mmHg			

COLORACION TEGUMENTARIA			
Cianosis Distal: <u>      </u>	Cianosis peribucal: <u>      </u>	Palidez: <u>      </u>	Llenado Capilar: <u>4 s</u> SpO2: <u>93 %</u>

## 2.NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: <u>91kg</u> Peso ideal: <u>80.4kg</u> Talla: <u>181</u> Perímetro abdominal: _____ Glucemia capilar: <u>89 mg/dl preprandial</u> Ha perdido o ganado peso (cuanto): <u>refiere haber perdido peso en los últimos 6 meses (5kg)</u> IMC: <u>27.8</u> <u>Sobrepeso</u> Compleción: Delgado: <u>X</u> Obesidad: _____    Caquéxico: _____    Otro: _____	
<b>ALIMENTO</b>	
<i>TIPO DE ALIMENTO / HORARIO / CANTIDADES</i>	
Blanda: _____    Normal: <u>X</u> Papilla: _____    Astringente: _____ Laxante: _____    Suplementos: <u>Complejo B</u> V.O.	
<b>OBSERVACIONES</b>	
Refiere tomar una capsula de complejo B a diario por las mañanas De acuerdo al plato del bien comer no presenta una dieta equilibrada en porciones (excesivas) de los alimentos	
<b>CANTIDAD DE LÍQUIDOS INGERIDOS AL DÍA:</b>	<b>TIPO DE LIQUIDOS INGERIDOS</b>
< de 500ml	Agua natural: <u>2000ml</u> Agua de sabor natural: _____    Té: _____
500 a 1000ml	Jugos: _____    Refrescos: _____    Café: <u>300 ml</u>
>de 1000ml <u>X</u>	Cerveza: _____    Otros: <u>Vino ocasionalmente</u>
<b>OBSERVACIONES</b>	
Refiere tomar café diariamente por las mañanas 250 ml Bebe vino ocasionalmente por lo que refiere ser bebedor social	

<b>DATOS DIGESTIVOS</b>	
Anorexia: _____    Náuseas: _____    Vómito: _____    Indigestión: _____    Hematemesis: _____    Pirosis: _____ Distensión abdominal: _____    Masticación dolorosa: _____    Disfagia: _____    Polidipsia: _____    Polifagia: _____ Polifagia: _____    Odinofagia: _____    Sialorrea: _____    Regurgitación: _____    Otro: <u>masticación incomoda sin placa dental</u>	
<b>OBSERVACIONES</b>	
Uso de prótesis dental	

## 3.ELIMINACIÓN

<b>ELIMINACION INTESTINAL</b>					
<b>TIPO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COLOR</b>	<b>OLOR</b>	<b>CONSISTENCIA</b>
Fisiológica: _____	1 por día matutino	400ml	Marrón oscuro	Habitual	Bristol 2
Forzada: <u>X</u>					
<b>DATOS DE ELIMINACION INTESTINAL</b>					
Estreñimiento: <u>X</u> Flatulencia: <u>X</u> Rectorragia: _____    Incontinencia: _____    Melena: _____ Pujo: _____    Tenesmo: _____    Otros: _____					
<b>OBSERVACIONES</b>					
Refiere tener estreñimiento y flatulencias desde hace una semana, con evacuaciones intermitentes, menciona tomar laxantes					

ELIMINACIÓN URINARIA					
Tipo	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	
Fisiológica: <u>X</u>	8 veces por día	930 ml C/24h	Amarillo traslucido	Habitual	
Forzada: _____					
DATOS DE ELIMINACION URINARIA					
Nicturia: <u>X</u>	Anuria: _____	Disuria: _____	Enuresis: _____	Incontinencia: _____	Poliuria: _____
Iscuria: _____	Oliguria: _____	Opsiuria: _____	Polaquiuria: _____	Tenesmo: _____	Urgencia: _____
Otros: _____					
OBSERVACIONES					
Refiere que las micciones son mayores durante los días con más frío y durante las noches					

#### 4.MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Realiza actividad física (tiempo, tipo frecuencia): <u>no realiza actividad física externa al trabajo</u>
Se sienta (solo, con ayuda, con dispositivos): <u>solo</u>
Camina (solo, con ayuda, con dispositivos): <u>solo</u>
OBSERVACIONES
Refiere dolor en rodilla izquierda al usar escaleras y caminatas largas EVA 3. En su trabajo refiere cargar cosas pesadas

#### 5.DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuántas horas duerme por la noche en casa?: <u>9 horas</u>	¿Siente descanso cuando duerme?: <u>en ocasiones</u>
¿Toma siestas durante el día/ cuantas horas?: <u>si de 2 h ocasionalmente</u>	¿Toma algún medicamento para dormir? <u>vale M</u>
¿Presenta algún cambio de comportamiento antes de dormir o al despertar?: <u>ninguno</u>	
CARACTERÍSTICAS	
Insomnio: <u>X</u>	Bostezos frecuentes: _____
Se observa cansado: _____	Presenta ojeras: <u>X</u>
Ronquidos: <u>X</u>	Somnoliento: _____
Irritabilidad: _____	Otros: _____
OBSERVACIONES	
Refiere tomar un medicamento naturista ocasionalmente el cual fue recomendado por un conocido el cual sirve para conciliar el sueño cuando tiene ideas y recuerdos no agradables	

#### 6.USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

¿Cada cuando hace el cambio de ropa interior y exterior? <u>Cada tercer día</u>
Necesita ayuda para vestirse: <u>ninguna</u>
Tipo de ropa preferida: <u>frescas de algodón aun cuando el clima es frío</u>
OBSERVACIONES
Refiere el uso de ropa de algodón y usar ropa adecuada según el clima como suéteres en caso de frío, se percibe desgastada y con manchas.

### 7. TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal: <u>36.6°c</u> Axilar: <u>X</u> Frontal: _____    Ótica: _____    Oral: _____    Rectal: _____ Escalofríos: _____    Piloerección: _____    Diaforesis: _____    Hipotermia: _____    Hipertermia: _____ Distermia: _____    Fiebre: _____    Rubicundes facial: _____    Otros: _____
<b>OBSERVACIONES</b>
Si alteración percibida

PREDOMINIO DE CAMBIOS TÉRMICOS	HABITACIÓN
Matutino: _____	Fría: <u>X</u> Húmeda: _____    Templada: _____
Vespertino: _____	Ventilada: <u>X</u> Poco ventilada: _____
Nocturno: <u>19:00 h</u>	Otros: _____
<b>OBSERVACIONES</b>	
Refiere hospedarse en una habitación para dormir, Cuenta con cocina y baño en la habitación, toda esta con techo de lámina en la cual entra el aire por entre ellas, y no tener goteras	

PREDOMINIO DE CAMBIOS TÉRMICOS	HABITACIÓN
Matutino: _____	Fría: <u>X</u> Húmeda: _____    Templada: _____
Vespertino: _____	Ventilada: <u>X</u> Poco ventilada: _____
Nocturno: <u>19:00 h</u>	Otros: _____
<b>OBSERVACIONES</b>	
Refiere hospedarse en una habitación para dormir, Cuenta con cocina y baño en la habitación, toda esta con techo de lámina en la cual entra el aire por entre ellas, y no tener goteras	

### 8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

HIGIENE PERSONAL	
BAÑO. Regadera: <u>X</u> Tina: _____    Esponja: _____    Aseos parciales: _____    Aseos de cavidades: _____	
FRECUENCIA DEL BAÑO. Diario: _____    Tres veces a la semana: <u>X</u> 1 vez a la semana: _____    Otro: _____	
MUCOSA ORAL	
Seca: _____    Hidratada: <u>X</u> Estomatitis: _____    Caries: _____    Gingivitis: _____    Ulceras: _____    Aftas: _____	
Sialorrea: _____    Xerostomía: _____    Flictenas: _____    Halitosis: _____	
Características de la lengua: <u>normal</u> Otros: _____	
DIENTES	
Frecuencia del lavado:                      1 vez al día: <u>X</u> 2 veces al día: _____                      3 veces al día: _____	
Cantidad de dientes: <u>27</u> dientes	
Características de los dientes:              Amarillos: _____    Blancos: _____    Picados: _____    Sarro: <u>X</u> Caries: _____	
Otros: <u>Prótesis parcial removible de incisivo frontal y lateral izquierdo superior y segundo molar superior derecho</u>	
<b>OBSERVACIONES</b>	
Se observa en la cavidad oral presencia de sarro en dientes y coloración amarilla, ausencia de incisivo frontal y lateral izquierdo superior y segundo molar superior derecho, así como de segundos molares inferiores bilaterales. Con presencia de coronas dentales metálicas en primer molar inferior izquierdo y premolar superior derecho	

PIEL					
<b>COLORACION:</b>	Palidez: <input type="checkbox"/>	Cianosis: <input type="checkbox"/>	Ictericia: <input type="checkbox"/>	Rubicundez: <input checked="" type="checkbox"/>	Cloasma: <input type="checkbox"/>
Melasma: <input type="checkbox"/>	Angiomas: <input type="checkbox"/>	Manchas: <input checked="" type="checkbox"/>	Rosado: <input type="checkbox"/>	Grisácea: <input type="checkbox"/>	Apiñonada: <input checked="" type="checkbox"/>
Morena clara: <input type="checkbox"/>	Morena intensa: <input type="checkbox"/>	Morena media: <input type="checkbox"/>	Hiperpigmentación: <input type="checkbox"/>		
<b>TEMPERATURA.</b>	Fría: <input type="checkbox"/>	Caliente: <input type="checkbox"/>	Tibia: <input checked="" type="checkbox"/>	Otras: <input type="checkbox"/>	
<b>TEXTURA.</b>	Edema: <input type="checkbox"/>	Celulitis: <input type="checkbox"/>	Áspera: <input checked="" type="checkbox"/>	Turgente: <input type="checkbox"/>	Escamosa: <input type="checkbox"/>
Seca: <input type="checkbox"/>	Agrietada: <input type="checkbox"/>	Otras: <input type="checkbox"/>			
<b>ASPECTO Y LESIONES.</b>	Maculas: <input type="checkbox"/>	Pápulas: <input type="checkbox"/>	Vesículas: <input type="checkbox"/>	Pústulas: <input type="checkbox"/>	Nódulos: <input type="checkbox"/>
Ulceras: <input type="checkbox"/>	Erosiones: <input type="checkbox"/>	Fisuras: <input type="checkbox"/>	Costras: <input type="checkbox"/>	Red venosa: <input type="checkbox"/>	Escaras: <input type="checkbox"/>
Tubérculos: <input type="checkbox"/>	Escaras: <input type="checkbox"/>	Callosidades: <input checked="" type="checkbox"/>	Isquemias: <input checked="" type="checkbox"/>	Nevos: <input type="checkbox"/>	Tatuajes: <input type="checkbox"/>
Prurito: <input type="checkbox"/>	Petequias: <input type="checkbox"/>	Equimosis: <input type="checkbox"/>	Hematomas: <input type="checkbox"/>	Masas: <input type="checkbox"/>	Verrugas: <input type="checkbox"/>
Signos de maltrato: <input type="checkbox"/>	Quemaduras: <input type="checkbox"/>	Infiltración: <input type="checkbox"/>	Ronchas o habones: <input type="checkbox"/>		
Otros: <input type="checkbox"/>	cicatriz por intervención quirúrgica en fosa iliaca derecha				
OBSERVACIONES					
Presenta lentigo en cara, cuello, manos y brazos A la exploración física se percibe cicatriz hipertrófica en antebrazo derecho refiere que "es debido a un corte con cristal a los 15 años". En fosa iliaca derecha presenta cicatriz hipertrófica por procedimiento quirúrgico (hernioplastia con malla) hace 4 años. Presenta varices en miembro inferior izquierdo (pantorrilla) C2, Ep, As, Pr					

UÑAS					
Coloración y características					
Quebradizas: <input checked="" type="checkbox"/>	Micosis: <input checked="" type="checkbox"/>	Onicofagia: <input type="checkbox"/>	Bandas Blancas: <input type="checkbox"/>	Amarillentas: <input checked="" type="checkbox"/>	
Cianóticas: <input type="checkbox"/>	Estriadas: <input checked="" type="checkbox"/>	Convexas: <input type="checkbox"/>	Coiloniquia: <input type="checkbox"/>	Leuconiquia: <input type="checkbox"/>	Grisáceas: <input type="checkbox"/>
Hemorragias subungueales: <input type="checkbox"/>	Deformadas: <input checked="" type="checkbox"/>	Rosadas: <input type="checkbox"/>	Otras: <input type="checkbox"/>		
OBSERVACIONES					
Alteraciones presentes en pulgares de manos y pies.					

CABELLO					
Largo: <input type="checkbox"/>	Corto: <input checked="" type="checkbox"/>	Lacio: <input checked="" type="checkbox"/>	Quebrado o chino: <input type="checkbox"/>	Limpio: <input checked="" type="checkbox"/>	Sucio: <input type="checkbox"/>
Desalineado: <input checked="" type="checkbox"/>	Seborreico: <input type="checkbox"/>	Fácil desprendimiento: <input type="checkbox"/>	Alopecia: <input type="checkbox"/>	Distribución: <input checked="" type="checkbox"/>	
Implantación: <input checked="" type="checkbox"/>	Zooriasis: <input type="checkbox"/>	Pediculosis: <input type="checkbox"/>	Quebradizo: <input type="checkbox"/>	Caspa: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES					
Cabello cano grisáceo con adecuada implantación y distribución					

OJOS					
Simetría: <input checked="" type="checkbox"/>	Asimetría: <input type="checkbox"/>	Tumores: <input type="checkbox"/>	Hemorragias: <input type="checkbox"/>	Separación ocular: <input type="checkbox"/>	
Edema palpebral: <input type="checkbox"/>	Secreción: <input type="checkbox"/>	Ojeras: <input checked="" type="checkbox"/>	Tics: <input type="checkbox"/>	Dolor: <input checked="" type="checkbox"/>	Estrabismo: <input type="checkbox"/>
Pestañas integras o lesionadas: <input checked="" type="checkbox"/>	INTEGRAS	Exoftalmos: <input type="checkbox"/>	Enoftalmos: <input type="checkbox"/>	Fosfenos: <input type="checkbox"/>	Uso de lentes: <input checked="" type="checkbox"/>
OBSERVACIONES					
Uso de lentes desde los 40 años, refiere dolor (Eva 2) al esforzarse cuando se le olvidan los lentes					

OIDOS				
Dolor: _____	Cerumen: _____	Otorrea: _____	Edema: _____	Auxiliares auditivos: _____
Deformidades: _____	Hipoacusia: <u>X</u>	Acucia: _____	Acufenos: _____	
OBSERVACIONES				
Oído izquierdo con audición de 50% desde los 20 años por perforación de tímpano				

### 9. EVITAR PELIGROS

DATOS PERSONALES Y DOMÉSTICOS	
Esquema de vacunación. Completo: _____ Incompleto: <u>X</u>	(3 dosis de sputnik para el COVID-19)
Adicciones (cuales, tiempo de uso y frecuencia):	<u>Fumador desde los 12 años, 10 cigarrillos por día; alcohólico rehabilitado</u>
Cuando existe algún malestar usted hace.	Ir al médico: _____
	Tomar un medicamento que este en casa: <u>X diclofenaco</u> <u>automedicado cada que se siente adolorido</u>
Número de personas con las que vive y parentesco:	<u>9 personas (4 nietos segundos, 2 sobrinas el esposo de una de ellas, 1 hermano y su esposa)</u>
Convive con animales (cuales y cuantos):	<u>3 perros dos pequeños y uno rasa grande</u>
En casa hay fauna nociva o domestica:	<u>si, insectos diversos (hormigas cucarachas arañas)</u>
En casa hay fumadores (parentesco, frecuencia):	<u>solo él</u>
En casa hay farmacodependientes y alcoholismo:	<u>no ninguno.</u>
¿Qué tipo de servicios tiene en casa? (agua, luz, drenaje, recolección de basura):	<u>cuenta con todos los servicios básicos</u>
OBSERVACIONES	
Refiere no desear dejar de fumar ya que lo desestresa, Refiere haber tenido un periodo de alcoholismo con duración de 3 años, pero se rehabilito hace uno ya que durante la pandemia su negocio quebró. Tiene 4 hijos. de 38, 36, 29 y 8 años respectivamente el de 29 años padece síndrome de Down, el ultimo de 8 años con su segunda pareja, de la cual se separó por problemas económicos derivados de la pandemia, la relación con su ex esposa e hijos siendo complicada	

ESTADO NEUROLÓGICO				
Alerta: <u>X</u>	Orientado (tiempo, espacio, lugar): <u>X</u>	Confusión: _____	Parálisis: _____	Hemiplejia: _____
Movimientos anormales: _____	Hipervigilia: _____	Hemiparesia: _____	Parestesia: _____	Dislalia: _____
Dislalia: _____	Hiperactividad: _____	Déficit de atención: _____	Agresividad: _____	Letárgico: _____
Excitabilidad motriz: _____	Alucinaciones: _____	Fobias: _____	Otros: <u>Depresión</u>	
OBSERVACIONES				
Refiere sentirse bien en un sentido general, más sin embargo muestra conductas no concordantes con sus palabras. (su semblante se observa triste al mencionar economía y familia) Diagnosticado medico de depresión en el mes de febrero del 2022				

OTROS DATOS QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA	
Riesgos físicos / materiales:	<u>subir escaleras para llegar a su habitación, trabajo pesado</u>
Riesgos ambientales:	<u>en temporada de invierno su habitación es fría.</u>
Riesgos familiares maternos:	<u>antecedentes de Parkinson</u>
Riesgos familiares paternos:	<u>antecedentes de alzhéimer</u>
OBSERVACIONES	
Se aplica escala de Hamilton para la evaluación de los síntomas depresivos. Con Puntuación: 21 depresión severa Se aplica la escala de Yesavage para depresión geriátrica cuya puntuación fue 9 Se aplica Apgar familiar y se obtiene una puntuación de 3 grave disfunción familiar	

### 10.COMUNICACIÓN

Pertenece a un grupo social: <u>ninguno</u>	
Medios de comunicación frecuentes (auditivas, electrónicas, telefónicas etc.): <u>verbal y telefónica</u>	
<b>HABLA</b>	
TIPO DE COMUNICACIÓN	Oral: <u>X</u> Escrita: _____ Señas: _____ Visual: _____
TIPO DE HABLA:	Entendida: <u>X</u> Poco clara: _____ Incompleta: _____ Incoherente: _____ Pausado: _____
Tartamudeo: _____	Balbuceo: _____ Dislexia: _____ Afasia: _____ Dislalia: _____ Dialecto: _____
<b>OBSERVACIONES</b>	
Presenta hipoacusia en oído izquierdo lo que contribuye a que eleve el volumen de voz al hablar (grita) Menciona que en ocasiones se siente solo, y nota la ausencia de su red de apoyo (familia)	
<b>PERSONALIDAD</b>	
Alegre: <u>X</u> Tímido: _____ Violento: _____	Sarcástico: <u>X</u> Noble: _____ Pasivo: _____
Hiperactivo: _____	Enojo: _____ Impulsivo: _____ Retador: _____ Superioridad: _____ Inferioridad: <u>X</u>
Otro: _____	
<b>OBSERVACIONES</b>	
Muestra una personalidad alegre y jovial, más sin embargo se le observa que ante ciertas situaciones (económicas, familiares-hijos y exparejas) el semblante cambia y revive situaciones no gratas exteriorizándolas cíclicamente en repetidas ocasiones.	

### 11.VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión que practica y frecuencia de asistencia: <u>católico ocasionalmente asiste a la iglesia</u>	
Valores que se consideran importantes: <u>respeto</u>	
¿Cómo influye su religión o creencia en su vida?: <u>“me ayuda a ser mejor persona”</u>	
¿Cómo influye su religión en el proceso de enfermedad?: <u>no presenta influencia durante la enfermedad</u>	
<b>OBSERVACIONES</b>	
Refiere haber sido criado bajo la religión católica más sin embargo no la practica con frecuencia manifiesta “ocasionalmente persignarse”	

### 12.TRABAJAR Y REALIZARSE

<b>TRABAJO / OFICIO / TIPO DE TRABAJO (eventual, base, etc.)</b>	
Ingreso económico mensual: <u>empleado (jardinero y ayudante en camión recolector de basura)</u>	
¿La enfermedad causado problemas emocionales, laborales, económicos y familiares? <u>Económicos ya que no tiene ingresos suficientes</u>	
¿Conoce o conoces los cuidados que se deben tener para la enfermedad? ¿Cuáles?: <u>si, reducción de sal en alimentos, realizar actividad física de bajo impacto, reducir consumo de grasa y harinas, aumentar ingesta de líquidos</u>	
<b>OBSERVACIONES</b>	
refiere haber estado desempleado desde el mes de junio del 2022 En el mes de junio del 2022 se le diagnostico hipertensión arterial con cifras de 160/100 mmHg, refiriendo sentirse bien y que en ocasiones solo ligero dolor de cabeza, más sin embargo mejoro posterior al tratamiento y cuidados.	

### 13. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Realiza o quisiera realizar algún deporte? <u>Le gustaría practicar natación como cuando era joven</u>
¿Qué le gusta hacer en sus tiempos libres?: <u>ver televisión (noticieros)</u>
¿Cuánto tiempo dedica a su persona?: <u>una hora y treinta minutos</u>
¿Cuánto tiempo dedica a distraerse y en qué actividad?: <u>4 horas en limpiar su habitación, ver televisión reparar objetos</u>
<b>OBSERVACIONES</b>
Refiere que cuando tiene ideas o recuerdos desagradables busca alguna actividad para distraerse hasta que esa sensación haya pasado (distraer la mente con trabajos manuales reparación)

### 14. APRENDIZAJE

<b>ESCOLARIDAD</b>
Escolaridad del paciente: <u>secundaria trunca 1° grado</u>
Escolaridad de los padres (si el paciente es dependiente): _____
¿Qué le gustaría estudiar?: <u>manifiesta que "los estudios no son lo suyo que prefiere trabajar y que ya no está en edad para estudiar"</u>
¿Qué le gustaría aprender?: <u>manifiesta ya saber todo lo que le gustaría a su edad</u>
<b>OBSERVACIONES</b>
Se observa un arraigo a la idea de que la edad es un limitante para autosuperación

### CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

¿Sabe cuál es su estado de salud actual?: Bueno _____ Malo: _____ Regular: <u>X</u> No se: _____
Se ha tomado estudios de laboratorio: Si: <u>X</u> No: _____ Cuales: <u>BH, QS, EGO.</u>
¿Cuántas veces al año acude al médico general?: <u>no lleva un control continuo de su tratamiento</u>
¿Cuántas veces al año acude al dentista?: <u>cuando siente algún malestar</u>
¿La información que ha recibido ha sido clara, confusa, completa, insuficiente?: <u>la información y seguimiento ha sido claro y completa</u>
<b>OBSERVACIONES</b>
Al momento de la detección de la hipertensión arterial se le brindo seguimiento y referencia con el médico para el establecimiento del tratamiento, sin embargo, refiere que solo acude al médico cuando se siente mal.

### 15. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

<b>HOMBRE</b>
Higiene de zona genital (frecuencia, uso de sustancias etc.): <u>cada tercer día baño con agua y jabón</u>
¿Se ha realizado el antígeno prostático?: <u>si lo ha realizado a sus 60 años no recuerda el resultado</u>
¿Le han realizado exploración médica genital?: <u>previo a la cirugía de hernioplastia</u>
¿Cuál es su método de planificación familiar?: <u>condón</u>
¿Tiene antecedentes de cirugía genital?: <u>hernioplastia inguinal</u>
<b>OBSERVACIONES</b>
A la exploración se utiliza la escala de tanner con una puntuación de 5 adecuado a edad y sexo Su ultimo hijo lo tubo a los 57 años



ESTUDIOS			
PARACLÍNICOS		Exámenes de Laboratorio Generales:	
EGO		BH	
<b>EXAMEN FÍSICO</b>		LEUCOCITOS	8.81 10 <sup>3</sup> /μL
Color	Amarillo claro	ERITROCITOS	5.38 10 <sup>6</sup> /μL
Aspecto	Claro	HEMOGLOBINA	16.90 g/dL
<b>EXAMEN QUÍMICO</b>		HEMATOCRITO	49.60 %
Gravedad específica	1.014	VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	92.20 fL
Reacción pH	6.00	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	31.40 pg
Esterasa leucocitaria	Negativo	CONC. MEDIA DE HB CORPUSCULAR	34.1 g/dL
Nitritos	Negativo	ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (D.E.)	45.9 fL
Proteínas	Negativo	ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (C.V.)	13.4 %
Glucosa	Normal	PLAQUETAS	234 10 <sup>3</sup> /μL
Cetonas	Negativo	VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	12.00 fL
Urobilinógeno	Normal	LINFOCITOS (%)	28.8 %
Bilirrubinas	Negativo	MONOCITOS (%)	6.9 %
Sangre (erit. lisados)	Negativo	EOSINÓFILOS (%)	3.4 %
		BASÓFILOS (%)	1.0 %
		NEUTRÓFILOS (%)	59.9 %
		LINFOCITOS	2.54 10 <sup>3</sup> /μL
		MONOCITOS	0.61 10 <sup>3</sup> /μL
		EOSINÓFILOS	0.30 10 <sup>3</sup> /μL
		BASÓFILOS	0.09 10 <sup>3</sup> /μL
		NEUTRÓFILOS	5.27 10 <sup>3</sup> /μL
<b>QS</b>			
+GLUCOSA		128.7	mg/dL
+UREA		36.9	mg/dL
NITROGENO UREICO (BUN)		17.2	mg/dL
+CREATININA EN SUERO		1.12	mg/dL
RELACION BUN/CREATININA		15.4	
+ACIDO URICO EN SUERO		4.7	mg/dL
+COLESTEROL TOTAL		206.2	mg/dL
+TRIGLICERIDOS		228.6	mg/dL
RELACION COLESTEROL LDL/COLESTEROL HDL		3.49	
+COLESTEROL HDL		40.4	mg/dL
+COLESTEROL LDL		140.8	mg/dL
COLESTEROL VLDL		45.7	mg/dL
INDICE DE RIESGO ATEROGENICO		5.1	
+BILIRRUBINA TOTAL		0.75	mg/dL
+BILIRRUBINA DIRECTA		0.20	mg/dL
BILIRRUBINA INDIRECTA		0.55	mg/dL
+ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (TGO)(AST)		14.7	U/L
+ALANINO AMINOTRANSFERASA (TGP)(ALT)		16.0	U/L
+GAMMAGLUTAMIL TRANSPEPTIDASA (GGT)		30.3	U/L
+FOSFATASA ALCALINA (ALP)		49.6	U/L
+DESHIDROGENASA LACTICA (LDH)		151.6	U/L
+PROTEÍNAS TOTALES SÉRICAS		7.3	mg/dL
Estudios de Gabinete. Electrocardiograma (anexo)			
Ritmo: Sinusal		Hipertrofia: No	
Frecuencia cardiaca: 70 latidos por minuto		Sobrecarga diastólica: No	
Onda p: 1.5 mm. 60 ms.		Sobrecarga sistólica: No	
Eje de P (AP): 30 grados.		Lesión: No	
Intervalo PR: 140 ms.		Isquemia: No	
Complejo QRS: 80		Necrosis: No	
Intervalo QTm: 360			
Eje eléctrico del QRS (aQRS): 30 grados.			

TRATAMIENTO MEDICO
Losartán tableta 100mg C/24h

### 5.2.1. Organización de datos con base en a la valoración de necesidades del modelo de atención de Virginia Henderson.

#### 1.OXIGENACIÓN

FR: 14 X´

FC: 67 X´

PULSO: 65´

T/A: 140/90 mmHg

Llenado Capilar: 4s

SpO2: 93 %

A la evaluación del ritmo, frecuencia y calidad de las ventilaciones no se identifica alteración evidente, así como a la auscultación de los campos pulmonares no se detectan sonidos agregados

Enfermó de covid-19 hace 2 años las secuelas se extendieron 2 meses posteriores a la recuperación.

A la auscultación del foco cardiaco aórtico, se percibe buen ritmo, frecuencia y calidad, sin alteración percibida ni ruidos cardiacos agregados.

A la palpación del pulso en arteria radial de extremidad superior derecha se percibe adecuada expansión de la misma.

Le fue diagnosticada Hipertensión Arterial a inicios del mes de junio con cifras de 160/100mmHg

#### 2.NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: 91 Kg

Talla: 181 cm

Glicemia capilar: 89 mg/dl preprandial

IMC: 27.8 sobrepeso

refiere haber perdido peso en los últimos 6 meses (5kg)

Refiere tomar una capsula de complejo B a diario por las mañanas

De acuerdo al plato del bien comer no presenta una dieta equilibrada en porciones de los alimentos (son excesivas)

Refiere tomar agua natural: 2000 ml día

Refiere tomar café diariamente por las mañanas 250 ml

Bebe vino ocasionalmente (Bebedor social)

Usa prótesis dental parcial removible.

Refiere que la masticación se dificulta si se le olvida su placa dental.

### 3.ELIMINACIÓN

#### **Evacuación**

Bristol: 3

Refiere tener evacuación forzada 1 vez al día ya que menciona tener estreñimiento y flatulencias desde hace una semana, aproximadamente 400ml por evacuación, sin alteración en olor ni color

#### **Micción**

Refiere que las micciones son mayores durante los días con más frío y durante las noches (nicturia). 930 ml / día, sin alteración en color u olor.

### 4.MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Refiere dolor en rodilla izquierda al usar escaleras y caminatas largas EVA 3. En su trabajo refiere cargar cosas pesadas, no realiza actividad física externa al trabajo.

### 5.DESCANSO Y SUEÑO

Refiere dormir 9 horas por las noches, más sin embargo no siente descanso ya que menciona tener insomnio, y tomar siestas ocasionalmente de 2 h, tomar un medicamento naturista ocasionalmente el cual fue recomendado por un conocido el cual sirve para conciliar el sueño cuando tiene ideas y recuerdos no agradables

### 6.USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Refiere el uso de ropa de algodón y usar ropa adecuada según el clima como suéteres en caso de frío, se percibe deteriorada y con manchas, menciona que realiza cambio de ropa interior y exterior Cada tercer día.

### 7.TERMORREGULACIÓN

Temperatura: 36.6°c

Refiere hospedarse en una habitación para dormir, Cuenta con cocina y baño en la habitación, toda esta con techo de lámina en la cual entra el aire por entre ellas, y no tener goteras, el periodo con mayores cambios térmicos en la habitación es posterior a las 19:00h

### 8.HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Menciona que toma baño de regadera 3 veces por semana las mucosas orales se perciben hidratadas, en la cavidad oral existe presencia de sarro en dientes y coloración amarilla, ausencia de incisivo frontal y lateral izquierdo superior y segundo molar superior derecho, así como de segundos molares inferiores bilaterales. presencia de coronas dentales metálicas en primer molar inferior izquierdo y premolar superior derecho. frecuencia de lavado dental 1 vez por día.

Prótesis parcial removible de incisivo frontal y lateral izquierdo superior y segundo molar superior derecho.

Presenta lentigo en cara, cuello, manos y brazos, a la exploración física se percibe cicatriz hipertrófica en antebrazo derecho refiere que “es debido a un corte con cristal a los 15 años”.

En fosa iliaca derecha presenta cicatriz hipertrófica por procedimiento quirúrgico (hernioplastia con malla) hace 4 años.

Presenta varices en miembro inferior izquierdo (pantorrilla)

C2, Ep, As, Pr

Presenta callosidades en manos y pies.

Las uñas se presentan quebradizas y con micosis en pulgares de manos y pies

Cabello cano grisáceo con adecuada implantación y distribución, desalineado.

Ojos simétricos, Uso de lentes desde los 40 años, refiere dolor (Eva 2) al esforzarse cuando se le olvidan los lentes

Oído izquierdo con audición de 50% desde los 20 años por perforación de tímpano

## 9. EVITAR PELIGROS

Refiere fumar desde los 12 años, 10 cigarrillos al día, y no desear dejar de fumar ya que lo desestresa

Refiere haber tenido un periodo de alcoholismo con duración de 3 años, pero se rehabilito hace uno ya que durante la pandemia su negocio quebró.

Tiene 4 hijos. de 38, 36, 29 y 8 años respectivamente el de 29 años padece síndrome de Down, el ultimo de 8 años con su segunda pareja, de la cual se separó por problemas económicos derivados de la pandemia, la relación con su ex esposa e hijos siendo complicada.

Esquema de vacunación incompleto

Refiere tomar diclofenaco automedicado, cada que se siente adolorido

Convive con 9 personas en casa, (4 nietos segundos, 2 sobrinas el esposo de una de ellas, 1 hermano y su esposa; en casa hay mascotas dos perros pequeños uno mediano, existe fauna nociva, (hormigas, cucarachas, arañas), se cuentan con los servicios básicos en casa (agua, luz, drenaje)

Refiere sentirse bien en un sentido general, más sin embargo muestra conductas no concordantes con sus palabras. (su semblante se observa triste al mencionar economía y familia)

Se aplica escala de Hamilton para la evaluación de los síntomas depresivos. Con Puntuación: 21 depresión severa

Se aplica la escala de Yesavage para depresión geriátrica cuya puntuación fue de 9 puntos depresión moderada.

Se aplica Apgar familiar y se obtiene una puntuación de 3 grave disfunción familiar.

## 10.COMUNICACIÓN

Eleva el volumen de voz al hablar (grita)

Muestra una personalidad alegre y jovial, sarcástico, más sin embargo se le observa que ante ciertas situaciones (económicas, familiares-hijos y exparejas) el semblante cambia y revive situaciones no gratas exteriorizándolas cíclicamente en repetidas ocasiones.

Menciona que en ocasiones se siente solo, y nota la ausencia de su red de apoyo (familia).

## 11.VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Refiere haber sido criado bajo la religión católica más sin embargo no la práctica con frecuencia manifiesta “ocasionalmente persignarse” Refiere haber sido criado bajo la religión católica más sin embargo no la práctica con frecuencia manifiesta “ocasionalmente persignarse”

## 12.TRABAJAR Y REALIZARSE

Refiere haber estado desempleado desde el mes de junio del 2022

Actualmente cuenta con empleo (jardinero y ayudante en camión recolector de basura)

En el mes de junio del 2022 se le diagnostico hipertensión arterial con cifras de 160/100 mmHg, refiriendo sentirse bien y que en ocasiones solo ligero dolor de cabeza, más sin embargo mejoro posterior al tratamiento médico y cuidados.

Manifiesta que el deterioro de su salud le genera problemas económicos ya que no cuenta con ingresos suficientes.

Refiere tener conocimiento de los cuidados para el control de su hipertensión enfermedad, reducción de sal en alimentos, toma de medicamento (Losartán tableta 100mg C/24h), realizar actividad física de bajo impacto, reducir consumo de grasa y harinas, aumentar ingesta de líquidos

## 13.PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Refiere que cuando tiene ideas o recuerdos desagradables busca alguna actividad para distraerse hasta que esa sensación de malestar haya pasado incluso señala que en ocasiones se distrae ejecutando trabajos manuales como reparación de electrodomésticos) y labores del hogar.

En su tiempo libre suele ver televisión (noticieros).

#### 14. APRENDIZAJE

Nivel académico secundaria trunca.

Se observa un arraigo a la idea de que la edad es un limitante para autosuperación, y manifiesta saber todo lo que debe saber para su edad.

Al momento de la detección de la hipertensión arterial se le brindo seguimiento y referencia con el médico para el establecimiento del tratamiento, sin embargo señala que solo acude con el médico cuando se siente mal.

Auto percibe su estado de salud como normal

Acude al dentista cuando llega a sentir molestia.

#### 15. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

A la exploración se utiliza la escala de Tanner con una puntuación de 5 adecuado a edad y sexo

Su ultimo hijo lo tubo a los 57 años

Higiene en zona genital cada tercer día,

Se realizo la prueba de antígeno prostático a los 60 años, no recordar el resultado

Si previo a cirugía de hernioplastia inguinal

Antecedentes de hernioplastia inguinal

### 5.3. Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería

#### FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERÍA
Evitar peligros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostico medico de depresión en el mes de febrero del 2022</li> <li>• Al aplicar escala de Hamilton se obtiene una Puntuación de: 21 depresión severa</li> <li>• Así mismo para su seguimiento se aplica escala de Yesavage para la depresión geriátrica y se obtiene una puntuación de 9 síntomas depresivos moderados</li> <li>• Se aplica Apgar familiar y se obtiene una puntuación de 3 grave disfunción familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refiere sentirse bien en general, más sin embargo muestra conductas no concordantes con sus palabras. (su semblante se observa triste sobre todo al mencionar su situación económica)</li> <li>• Manifiesta que la enfermedad le ha causado problemas económicos ya que no cuenta con ingresos económicos suficientes.</li> </ul>	Etiqueta diagnóstica: 00063 <u>Procesos familiares disfuncionales</u> Patrón: 08 Rol-relaciones Dominio: 07 Rol/relaciones Clase: 02 Relaciones familiares	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento X	Ayudante X
				Voluntad	Compañera
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el mes de junio del 2022 de le detecto hipertensión arterial con cifras de 160/100 mmHg, refiriendo sentirse bien y que en ocasiones solo ligero dolor de cabeza, más sin embargo mejoro posterior al tratamiento y cuidados.</li> <li>• Manifiesta que su edad es obstáculo para el aprendizaje ya que tiene conocimiento sobre su enfermedad.</li> </ul>	Eleva el volumen de voz al hablar (grita) ya que presenta hipoacusia en el oído izquierdo desde los 20 años de edad  Menciona que en ocasiones se siente solo, y nota la ausencia de su red de apoyo (familia)  Señala a veces tener ideas o recuerdos desagradables	Etiqueta diagnóstica: 00292 <u>Conducta de Mantenimiento ineficaz de la salud</u> Patrón: 09 evitar peligros/seguridad Dominio: 1 promoción a la salud Clase: 2 gestión de la salud	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento X	Ayudante
				Voluntad X	Compañera X

Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Refiere tener estreñimiento y flatulencias desde hace una semana, con evacuaciones intermitentes, menciona tomar laxantes recurrentemente.</li> <li>Refiere presentar flatulencias</li> <li>Refiere tener evacuaciones forzadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bristol 2</li> <li>Evacuación 1 ves por día durante la mañana</li> <li>Dentición incompleta</li> </ul>	Etiqueta diagnóstica: 00011 <u>estreñimiento</u> Patrón: 03 eliminación Dominio: 03 Eliminación intercambio Clase: 02 función gastrointestinal	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento X	Ayudante X
				Voluntad	Compañera
Descanso sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se perciben ojeras a la evaluación</li> <li>Toma siestas ocasionalmente</li> <li>Toma un medicamento naturista para relajarse y conciliar el sueño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Refiere no sentir descanso algunas noches cuando duerme</li> <li>Refiere presentar insomnio ocasionalmente por ideas y recuerdos desagradables</li> </ul>	Etiqueta diagnóstica: 00095 <u>Insomnio</u> Patrón: 05 Sueño-reposo Dominio: 04 Actividad/reposo Clase: 01 Sueño/reposo	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante X
				Voluntad X	Compañera
Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se observa un descuido en la imagen corporal y en el vestido, ya que usa ropa deteriorada, y con manchas. (sucia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menciona que realiza cambio de ropa interior y exterior Cada tercer día.</li> <li>Baño cada tres días y cambio de ropa interior y exterior cada tercer día</li> </ul>	Etiqueta diagnóstica: 00193 <u>descuido personal</u> Patrón: 05 Sueño-reposo Dominio: 04 Actividad/reposo Clase: 05 autocuidado	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante X
				Voluntad X	Compañera
Trabajar y realizarse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Empleado (jardinero y ayudante en camión recolector de basura)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Refiere haber estado desempleado desde el mes de junio del 2022 y su ingreso no le permite cubrir sus necesidades básicas.</li> <li>Manifiesta que la enfermedad le causa problemas económicos ya que no cuenta con ingresos suficientes</li> </ul>	Etiqueta diagnóstica: 00214 <u>Disconfort</u> Patrón: 12 Trabajar y realizarse Dominio: 12 confort Clase: 02 Confort	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante X
				Voluntad X	Compañera



Evitar peligros	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiene 4 hijos. de 38, 36, 29 y 8 años respectivamente el de 29 años padece síndrome de Down, el último de 8 años con su segunda pareja, de la cual se separó por problemas económicos derivados de la pandemia, la relación con su ex esposa e hijos siendo complicada</li> <li>Familia numerosa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Refiere que solo acude al médico cuando se siente mal</li> <li>Precariedad económica</li> </ul>	Etiqueta diagnóstica: 00211 <u>Riesgo de deterioro de la resiliencia</u> Patrón: 10 Afrontamiento-tolerancia al estrés Dominio: 09 Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase: 02 Respuestas de afrontamiento	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad X	Compañera X
Evitar peligros		<ul style="list-style-type: none"> <li>Refiere haber tenido un periodo de alcoholismo con duración de 3 años, pero se rehabilito hace uno ya que durante la pandemia su negocio quebró.</li> <li>Refiere ser Fumador desde los 12 años, 10 cigarrillos por día.</li> </ul>	Etiqueta diagnóstica: 00222 <u>control de impulsos ineficaz</u> Patrón: 10 Afrontamiento-tolerancia al estrés Dominio: 09 Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase: 04 cognición	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante X
				Voluntad X	Compañera

#### 5.4. Plan de Intervención de enfermería

### PLAN DE CUIDADOS

<b>DOMINIO:</b> <u>7 Rol/relaciones</u> <b>CLASE:</b> <u>Relaciones familiares</u>	<b>DOMINIO:</b> <u>VI salud familiar</u> <b>CLASE:</b> <u>X bienestar familiar</u>																											
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>  ETIQUETA: 00063. Procesos familiares disfuncionales  FACTOR RELACIONADO: depresión, habilidad inadecuada para la solución de problemas, estrategias de afrontamiento ineficaz, familias con precariedad económica,  EVIDENCIADO POR: evitación de conflicto, niega los problemas, critica a otros, dificultad para mantener relaciones interpersonales íntimas, patrón de comunicación paradójica. Se niega a aceptar la responsabilidad personal.	<b>RESULTADO ESPERADO: 2608. Resiliencia familiar</b>  ESCALA LIKERT 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado																											
<b>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 60%;">INDICADORES</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">PUNTUACIÓN DIANA</th> </tr> <tr> <th style="width: 15%;">MANTENER EN</th> <th style="width: 15%;">AUMENTAR A</th> <th style="width: 10%;">LOGRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>260803: se adapta a las adversidades como retos</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>260804: tolera las separaciones cuando son necesarias</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>260806: expresa confianza en la superación de las adversidades</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>260823: acepta la ayuda con cuidados directos de la familia extensa</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>260827: busca apoyo emocional de la familia extensa</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table>	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA			MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO	260803: se adapta a las adversidades como retos	3	4	4	260804: tolera las separaciones cuando son necesarias	2	4	4	260806: expresa confianza en la superación de las adversidades	3	4	4	260823: acepta la ayuda con cuidados directos de la familia extensa	3	4	4	260827: busca apoyo emocional de la familia extensa	2	3	3
INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA																											
	MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO																									
260803: se adapta a las adversidades como retos	3	4	4																									
260804: tolera las separaciones cuando son necesarias	2	4	4																									
260806: expresa confianza en la superación de las adversidades	3	4	4																									
260823: acepta la ayuda con cuidados directos de la familia extensa	3	4	4																									
260827: busca apoyo emocional de la familia extensa	2	3	3																									
Mediante los cuidados de enfermería, se logró que el paciente manifestara una mayor sensación de control y confianza en su actuar, para enfrentar los retos venideros, así como una aceptación de la situación de separación presente en su familia, refiere que el apoyo de la familia extensa le ha brindado una mejor expectativa futura.																												

<b>CAMPO: 03 conductual      CLASE: Q potenciación de la comunicación</b> <b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 4920. ESCUCHA ACTIVA</b> <b>DEFINICIÓN: prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente</b>	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostrar interés por el paciente</li>   <li>• Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos sentimientos y preocupaciones</li>   <li>• Escuchas los mensajes y sentimientos inexpressados y además atender al contenido de la conversación</li>   <li>• Estar atento a las palabras que se evitan, así como a los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.</li>   <li>• Identificar los temas predominantes</li> </ul>	<p>Por escucha activa, se entiende, a atender más allá del mensaje que el paciente nos retransmite, es decir, fijarnos en el cómo se dice, en el lenguaje no verbal, en los elementos paraverbales y hacerle sentir al paciente que lo escuchamos (Hsu, Phillips, Sherman, Hawkes &amp; Cherkin, 2008). Escuchar requiere de concentración y esfuerzo,<sup>69</sup> ya que, de esta manera, se incrementa la capacidad de empatizar con otra persona (Sanz, Luna, Cotera &amp; Comunicación, 2011). El componente principal de la escucha activa es el silencio, gracias a el mantenemos una postura atenta y relajada, con una mirada hacia el paciente sinónimo de “estar ahí” (San Martín, 2008)<sup>70</sup></p> <p>Con la escucha activa se demuestra mayor interés por los interlocutores y por sus problemas y circunstancias, se resuelven las situaciones tensas y se dispone de más tiempo para pensar argumentos y soluciones que en definitiva mejoren su calidad de vida y aceleren el proceso de mejoría.</p>

<sup>69</sup> Cara Rodríguez R, Avilés Sáez Z, López Trinidad LM. Comunicación y escucha activa por parte del profesional de Enfermería a pacientes con cáncer ginecológico: una revisión bibliográfica = Nursing staff communication and active listening to patients with gynecological cancer: a bibliographic review. Rev Esp Comun Salud [Internet]. 2018 [citado el 16 de diciembre de 2022];9(2):221. Disponible en: <https://core.ac.uk/reader/270226330>

<sup>70</sup> Subiela García JA, Abellón Ruiz J, Celdrán Baños AI, Manzanares Lazaro JA, Satorres Ramis B. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enferm Glob [Internet]. 2014 [citado el 16 de diciembre de 2022];13(2):276–92. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000200013](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200013)

<b>CAMPO: 03 conductual      CLASE: R ayuda para el afrontamiento</b> <b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5290 FACILITAR EL DUELO</b> <b>DEFINICIÓN: ayudar a resolver una perdida significativa</b>	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la perdida</li>   <li>• Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la perdida</li>   <li>• Escuchar las expresiones de duelo</li>   <li>• Fomentar las expresiones de perdidas anteriores</li>   <li>• Ayudar al paciente a identificar estrategias personales de afrontamiento</li>   <li>• Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida</li> </ul>	<p>Para Alba Payás: “El duelo es la respuesta natural a la pérdida de cualquier persona, cosa o valor con la que se ha construido un vínculo afectivo, y como tal, se trata de un proceso natural y humano y no de una enfermedad que haya que evitar o de la que haya que curarse. La expresión del duelo incluye reacciones, que muy a menudo se parecen a aquellas que acompañan a trastornos físicos, mentales o emocionales. Es importante ser muy cauteloso en la interpretación de ciertas expresiones de duelo que pueden aparecer como patológicas y ser, en realidad, manifestaciones totalmente naturales y apropiadas, dadas las circunstancias particulares de la pérdida.”<sup>71</sup></p> <p>En efecto, el duelo es esa experiencia de dolor, lástima, aflicción o resentimiento que se manifiesta de diferentes maneras, con ocasión de la pérdida de algo o de alguien con valor significativo. Por lo tanto, podemos afirmar que el duelo es un proceso normal, una experiencia humana por la que pasa toda persona que sufre la pérdida de un ser querido. Así es que no se trata de ningún suceso patológico.<sup>72</sup></p>

<sup>71</sup> Gil B, Gil-Juliá B, Bellver A, Ballester R. DUELO: EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO [Internet]. Ucm.es. 2008 [citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/PSIC0808130103A/15522/>

<sup>72</sup> Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2007 [citado el 18 de enero de 2022];30:163–76. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000600012](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012)

<b>CAMPO: 03 conductual      CLASE: R ayuda para el afrontamiento</b> <b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5230. MEJORAR EL AFRONTAMIENTO</b> <b>DEFINICIÓN: facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida</b>	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo</li> <li>• Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones</li> <li>• Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante</li> <li>• Favorecer las situaciones que fomenten la autonomía del paciente</li> <li>• Alentar la verbalización de emociones, sentimientos y miedos</li> </ul>	<p>Barreto y Soler (2004). Desde la teoría, el duelo es considerado como un estresor, por lo que en las diferentes fases de este proceso es necesario implementar estrategias de afrontamiento tanto dirigidas al problema como centradas en la emoción, procurando hacer uso de aquellas que permitan una adecuada resolución del duelo.</p> <p>Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como las estrategias que utiliza una persona a nivel cognitivo y conductual para manejar demandas internas o externas que percibe como excesivas respecto a los recursos que posee e incluye los esfuerzos para manejar dicha demanda independientemente del resultado, esto quiere decir que ninguna estrategia puede considerarse mejor o peor que otra pues su eficacia depende exclusivamente de sus efectos en una situación particular a corto y largo plazo; sin embargo, ellos afirman que la mejor estrategia de afrontamiento es aquella que mejora la relación del individuo con su entorno, además de permitir el dominio de las emociones y el mantenimiento de la autoestima.<sup>73</sup></p>

<sup>73</sup> Álvarez Monsalve E. proceso de duelo y herramientas de afrontamiento [Internet]. Edu.co. 2019 [citado el 18 de enero de 2022]. Disponible en: [https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16345/1/AlvarezEstefania\\_2019\\_ProcesoDueloEstrategias.pdf](https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16345/1/AlvarezEstefania_2019_ProcesoDueloEstrategias.pdf)

**PLAN DE CUIDADOS**

<p><b>DOMINIO:</b> <u>1 promoción a la salud</u>  <b>CLASE:</b> <u>2 gestión de la salud</u></p>	<p><b>DOMINIO:</b> <u>4 conocimiento y conducta de salud</u>    <b>CLASE:</b> <u>conocimiento sobre salud</u></p>			
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>          ETIQUETA: 00292 Conducta de mantenimiento ineficaz de la salud          FACTOR RELACIONADO: síntomas depresivos, victimización percibida, precariedad económica          EVIDENCIADO POR: alfabetización en salud inadecuada.</p>	<p><b>RESULTADO ESPERADO:</b> 1836 conocimiento, manejo de la depresión</p> <p>ESCALA LIKERT          1. Ningún conocimiento          2. Conocimiento escaso          3. Conocimiento moderado          4. Conocimiento sustancial          5. Conocimiento extenso</p>			
<p><b>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO</b></p> <p>Mediante la aplicación de las intervenciones de enfermería, se logró que el paciente tomara una mejor conciencia del padecimiento que lo aquejaba, que de este derivaba aquellos malestares que el paciente refería; al tomar conciencia de los aspectos que detona la depresión refiere será en su medida más sencillo el tomar acciones que mejoren la respuesta ante dichos enfermedad.</p>	<p align="center">INDICADORES</p>	<p align="center">PUNTUACIÓN DIANA</p>		
		<p align="center">MANTENER EN</p>	<p align="center">AUMENTAR A</p>	<p align="center">LOGRADO</p>
	<p>183602: signos y síntomas emocionales de depresión</p>	<p align="center">2</p>	<p align="center">4</p>	<p align="center">4</p>
	<p>183612: factores que contribuyen a la depresión</p>	<p align="center">3</p>	<p align="center">3</p>	<p align="center">3</p>
	<p>183614: estrategias para reducir los precursores de la depresión.</p>	<p align="center">2</p>	<p align="center">3</p>	<p align="center">3</p>
<p>183616: efectos de la depresión en el funcionamiento diario.</p>	<p align="center">1</p>	<p align="center">3</p>	<p align="center">3</p>	
<p>183617: interrelación de autoestima e imagen corporal con la depresión.</p>	<p align="center">2</p>	<p align="center">4</p>	<p align="center">4</p>	

**CAMPO: 03 Conductual      CLASE: R. Ayuda para el afrontamiento**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5330 CONTROL DEL ESTADO DE ANIMO**

**DEFINICIÓN: Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.**

<b>ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA</b>	<b>RAZONAMIENTO CIENTÍFICO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.</li><li>• Administrar cuestionarios auto cumplimentados (escala de Yesavage), según corresponda.</li><li>• Comprobar la capacidad de autocuidado (aseo, higiene, ingesta de alimentos/líquidos, evacuación).</li><li>• Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación y limitación de cafeína y medicamentos sedantes).</li><li>• Ayudar a que el paciente asuma una mayor responsabilidad en el autocuidado a medida que pueda hacerlo.</li><li>• Utilizar un lenguaje sencillo, concreto y exacto durante el contacto con el paciente que tiene déficits cognitivos.</li><li>• Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo disfuncional.</li></ul>	<p>Según algunos psicólogos como Robert Thayer, el estado de ánimo es una relación entre dos variables: energía y tensión. Según esta teoría, el estado de ánimo fluctuaría entre un estado energético (de más cansado a más activo) y un estado referido al grado de nerviosismo (entre más calmado o más tenso), considerándose el mejor un estado calmado-energético y el peor un estado tenso-cansado.<sup>74</sup></p> <p>Las fluctuaciones del humor son eminentemente moduladas por la satisfacción o la insatisfacción de diversas necesidades instintivas (el hambre, la sed, el sueño, la sexualidad); relacionales (vida conyugal, familia, profesional); o culturales (ocio, vacaciones). Las variaciones patológicas del humor pueden hacerse en el sentido negativo (la depresión), positivo (un carácter muy expansivo) o inscribirse en el sentido de una indiferencia.<sup>75</sup></p> <p>Dichas fluctuaciones del estado de ánimo suelen provocar una sensación de falta de control de sí mismo, contribuyendo así a la permanencia y/o agravamiento de los síntomas depresivos.</p>

<sup>74</sup> Thayer RE. T. Estado de Ánimo [Internet]. Mentessabiertas.org. [citado el 14 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.mentessabiertas.org/trastornos-del-estado-de-animo/depresion/bipolar/tratamiento-psicologico/psicologos/terapia-adultos-infantil/asociacion-psicologia-madrid>

<sup>75</sup> Baena A, Maurilia Z, Sandoval Villegas A, Urbina CC, Norma T, Juárez H, et al. LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO [Internet]. Unam.mx. [citado el 14 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov\\_art110.pdf](https://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf)

**CAMPO: 03 Conductual      CLASE: R. Ayuda para el afrontamiento**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5390 POTENCIACIÓN DE LA AUTOCONCIENCIA**

**DEFINICIÓN: Ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas.**

<b>ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA</b>	<b>RAZONAMIENTO CIENTÍFICO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos.</li><li>• Ayudar al paciente a identificar los sentimientos habituales que tiene de sí mismo.</li><li>• Compartir observaciones o pensamientos sobre la conducta o la respuesta del paciente.</li><li>• Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene la enfermedad sobre el autoconcepto.</li><li>• Manifestar verbalmente la negación de la realidad por parte del paciente, según corresponda.</li><li>• Ayudar al paciente a cambiar su visión de sí mismo como víctima mediante la definición de sus propios derechos.</li></ul>	<p>La conciencia emocional es la capacidad de reconocer y comprender las emociones propias y ajenas. Y la conciencia de uno mismo o autoconciencia emocional es la capacidad de reconocer las emociones propias, saber identificarlas.<sup>76</sup></p> <p>La autoconciencia emocional es un proceso complejo que requiere dedicarse un tiempo a sí mismo, de escucharse y comprenderse. No se trata de saber identificar nuestra última reacción emocional, por ejemplo, saber que estoy enfadado o me siento triste, sino de detenerse y observar que esconde esa emoción.<sup>77</sup></p> <p>Siendo uno de los objetivos principales de la autoconciencia someterse a un juicio propio y modificar las percepciones, pensamientos, así como cambiar la forma en que se interacciona con los demás.</p>

<sup>76</sup> Yolanda. Autoconciencia Emocional - Con Psicología - Psicólogos Ourense [Internet]. Psicólogos en Ourense Con Psicología. Con Psicología; 2019 [citado el 12 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.conpsicologia.es/blog/autoconciencia-emocional-como-puede-ayudarme/>

<sup>77</sup> Gallardo Vergara RR, Universidad Austral de Chile. Theory of mind and alexithymia: Emotional self-awareness and the other's face in a sample of cancer patients and contrast group. Psicol Desde Caribe [Internet]. 2018 [citado el 14 de diciembre de 2022];35(2):1–26. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-417X2018000200116&lang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2018000200116&lang=es)



<b>CAMPO: 03 conductual      CLASE: P. terapia cognitiva</b> <b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 4700 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA</b> <b>DEFINICIÓN: estimular al paciente para que modifique los patrones de pensamiento distorsionados y para que se vea a si mismo y al mundo de forma mas realista</b>	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a que acepte el hecho de que las afirmaciones personales median en la excitación emocional.</li>   <li>• Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa (desesperanza) que está sintiendo</li>   <li>• Ayudar al paciente a identificar los factores estresantes percibidos. (situaciones, sucesos e interacciones con otras personas) que contribuyen al estrés.</li>   <li>• Realizar preguntas sobre la conducta del paciente</li>   <li>• Realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación</li> </ul>	<p>La reestructuración cognitiva consiste en que el paciente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual.</p> <p>En combinación con otras técnicas (lo que se conoce como terapia cognitiva o terapia cognitivo-conductual), se ha mostrado más eficaz que la ausencia de tratamiento o que otros tratamientos en los trastornos de ansiedad, depresión mayor, trastorno bipolar.<sup>78</sup></p> <p>Los terapeutas cognitivos conductuales destacan la comprensión de los pensamientos, las creencias y las conductas relacionadas con nuestros estados de ánimo, nuestras experiencias físicas y lo que sucede en nuestra vida. Una idea fundamental de la terapia cognitiva conductual es que los pensamientos sobre un suceso o una experiencia influyen con fuerza en la respuesta emocional, conductual y fisiológica a ese suceso o experiencia.<sup>79</sup></p>

<sup>78</sup> Bados A, Eugeni G. LA TÉCNICA DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA [Internet]. Uprrr.edu. [citado el 23 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://sociales.uprrp.edu/relaciones-laborales/wp-content/uploads/sites/17/2022/09/Reestructuracion-cognitiva-Bados-y-Garcia-2010.pdf>

<sup>79</sup> Greenberger D, Christine A, Padesky. El control de tu estado de ánimo [Internet]. Planetadelibros.com. 2016 [citado el 23 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.planetadelibros.com/libros\\_contenido\\_extra/34/33066\\_El\\_control\\_de\\_tu\\_estado\\_de\\_animopdf](https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/34/33066_El_control_de_tu_estado_de_animopdf)

<b>CAMPO: 03. Conductual      CLASE: R. Ayuda para el afrontamiento</b> <b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO</b> <b>DEFINICIÓN: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.</b>	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.</li> <li>• Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.</li> <li>• Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.</li> <li>• Observar la situación familiar actual y la red de apoyo.</li> <li>• Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo.</li> <li>• Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador.</li> </ul>	<p>Según Ponce y Cols. (2007). Existen diversos aspectos que relacionan a la familia con la enfermedad. Uno de ellos menciona que la familia puede influir en el curso de la enfermedad, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso de la misma. Otro de los aspectos que mencionan es que: la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel de la cuidadora primaria, que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.</p> <p>Para Gottlieb (1998) el apoyo social es una información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesibilidad por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor.<sup>80</sup></p> <p>Por ende, que la importancia de aumentar las redes de apoyo es de suma importancia debido a que los pacientes que atraviesan por un periodo depresivo suelen manifestar la sensación de desamparo y soledad.</p>

<sup>80</sup> Vega Angarita OM, González Escobar DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm Glob* [Internet]. 2009 [citado el 16 de diciembre de 2022];(16):0-0. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000200021](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021)

**PLAN DE CUIDADOS**

<p><b>DOMINIO:</b> 03 Eliminación intercambio <b>CLASE:</b> 02 función gastrointestinal</p>	<p><b>DOMINIO:</b> <u>02 Salud fisiológica</u>                      <b>CLASE:</b> <u>F Eliminación</u></p>			
<p><b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b></p> <p>ETIQUETA: 00011 estreñimiento</p> <p>FACTOR RELACIONADO: dentición incompleta, ingesta de fibra insuficiente, la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad</p> <p>EVIDENCIADO POR: cambios en el patrón intestinal habitual, disminución de la frecuencia de las deposiciones, indigestión</p>	<p><b>RESULTADO ESPERADO:</b> 0501 ELIMINACIÓN INTESTINAL</p> <p>ESCALA LIKERT</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido.</li> </ol>			
<p><b>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO</b></p> <p>Mediante la adecuación de la de la dieta, aumento de la ingesta de fibra y del aumento de la actividad física adecuada a la edad y capacidades físicas del paciente se logró que el patrón de eliminación mejorara, así como que disminuyera la utilización de laxantes; a su vez facilitando el proceso de eliminación intestinal.</p>	<p align="center">INDICADORES</p>	<p align="center">PUNTUACIÓN DIANA</p>		
		<p align="center">MANTENER EN</p>	<p align="center">AUMENTAR A</p>	<p align="center">LOGRADO</p>
	<p>50101: Patrón de eliminación.</p>	<p align="center">3</p>	<p align="center">4</p>	<p align="center">4</p>
	<p>50104: Cantidad de heces en relación con la dieta.</p>	<p align="center">3</p>	<p align="center">5</p>	<p align="center">4</p>
	<p>50110 - Estreñimiento.</p>	<p align="center">3</p>	<p align="center">4</p>	<p align="center">4</p>
<p>50112 - Facilidad de eliminación de las heces.</p>	<p align="center">3</p>	<p align="center">4</p>	<p align="center">4</p>	
<p>50121- Eliminación fecal sin ayuda.</p>	<p align="center">3</p>	<p align="center">4</p>	<p align="center">4</p>	

**CAMPO: 01 Fisiológico Básico      CLASE: B Control de la eliminación**  
**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 0450 MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO.**  
**DEFINICIÓN: Prevención y alivio del estreñimiento**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color</li> <li>• Vigilar la existencia de peristaltismo.</li> <li>• Explicar la etiología del problema y las razones de las actuaciones.</li> <li>• Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.</li> <li>• Instruir al paciente acerca de la dieta rica en fibra</li> <li>• Instruir al paciente sobre el uso correcto de laxantes.</li> <li>• Instruir al paciente sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento</li> </ul>	<p>El envejecimiento supone la unión de factores que convergen en la aparición del estreñimiento tales como: inmovilidad, deshidratación, la polimedición, la baja ingesta de fibras naturales ya que de estas deriva un inadecuado tránsito intestinal, así como una mejor formación del bolo fecal intestinal, coadyubando esta se incluye la poca ingesta de líquidos ya que a través de este a los pacientes que se encuentran con un grado de deshidratación, suele ocasionar el estreñimiento ya que a través de la carencia de líquido en el organismo, el bolo fecal se verá afectado en su formación y consistencia.<sup>81</sup></p> <p>De igual manera durante la etapa de la vejez se asocia una baja en la actividad física, viéndose afectado el adecuado tránsito intestinal, lo cual a su vez retrasa la formación del bolo fecal, aumentando la absorción de líquido a nivel del colon, creando el estreñimiento.<sup>82</sup></p> <p>Podemos concluir con base en lo anterior que, con una adecuada alimentación adaptada a la etapa vital por la cual se está cursando, así como el llevar un balance adecuado entre la ingesta de fibra y la actividad física son factores que contribuirán a la disminución de los síntomas de estreñimiento en el adulto mayor</p>

<sup>81</sup> Remes Troche JM, Gómez Escudero O, Icaza Chávez ME, Noble Lugo A, López Colombo A, Victoria Bielsa M, et al. Guías de diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en México. Rev Gastroenterol Mex [Internet]. 2011 [citado el 28 de diciembre de 2022];76(2):141–54. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-guias-diagnostico-tratamiento-del-estreñimiento-articulo-X037509061124327X>

<sup>82</sup> Mascaró J, Formiga F. Valoración y tratamiento del estreñimiento en el anciano [Internet]. [citado el 28 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/Rodrigo/Downloads/S0211139X06729614.pdf>

<b>CAMPO: 01 Fisiológico: Básico      CLASE: D Apoyo nutricional</b> <b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL</b> <b>DEFINICIÓN: Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.</b>	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.</li>   <li>• Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.</li>   <li>• Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos, etc.</li>   <li>• Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades, cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales.</li>   <li>• Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.</li> </ul>	<p>El estado nutricional en el adulto mayor no debe ser focalizada únicamente en la enfermedad crónica que padece, por el contrario, un sinnúmero de factores de tipo físico, psicológico, conductual y económico contribuyen tanto positiva como negativamente en los hábitos alimentarios.</p> <p>La valoración nutricional es una herramienta por medio de la cual el profesional de enfermería logra prevenir, diagnosticar y educar al adulto con enfermedad crónica de manera integral e individualizada, así como tener en cuenta los múltiples aspectos que se derivan de la misma, e igualmente admitir que los hábitos alimentarios son un conjunto de acciones anunciadas por la cultura, el acceso económico y la conciencia sobre la enfermedad.<sup>83</sup></p> <p>El envejecimiento no modifica las necesidades nutricionales en la población adulta mayor, sin embargo, los cambios propios de este ocasionan que estas necesidades sean más difíciles de cumplir. Adicional a esto la evidencia afirma que una dieta incorrecta favorece el inicio de enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que se destaca la obesidad y la desnutrición con su consecuente deterioro de la calidad de vida.</p>

<sup>83</sup> Alvarado-García A, Lamprea-Reyes L, Murcia-Tabares K. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería [Internet]. Scielo. 2017 [citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632017000300199#:~:text=La%20intervenci%C3%B3n%20m%C3%A1s%20apropiada%20para,3%20veces%20por%20semana21](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300199#:~:text=La%20intervenci%C3%B3n%20m%C3%A1s%20apropiada%20para,3%20veces%20por%20semana21)

<b>CAMPO: 01 Fisiológico: Básico      CLASE: A Control de actividad y ejercicio</b> <b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 0200 FOMENTO DEL EJERCICIO</b> <b>DEFINICIÓN: Facilitar regularmente la regulación de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.</b>	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar las creencias de salud del individuo sobre el ejercicio físico.</li> <li>• Investigar experiencias deportivas anteriores.</li> <li>• Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.</li> <li>• Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.</li> <li>• Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.</li> <li>• Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico.</li> </ul>	<p>En el envejecimiento se producen una serie de modificaciones y pérdidas que por sí mismas, no justifican el cese de la actividad física y la aparición de la inactividad, solo justificarían tener que adaptar el ejercicio a la condición física personal y al paso del tiempo.</p> <p>Los adultos mayores inactivos pierden capacidad fundamentalmente en cuatro áreas, que son esenciales para conservar la salud y su autonomía como son: la resistencia, el fortalecimiento, el equilibrio y la flexibilidad. Esta situación podría evitarse, e incluso una vez que acontece revertir a través del ejercicio.<sup>84</sup></p> <p>Algunas de las ventajas que presenta la actividad física en el adulto mayor son: Favorece la eliminación de sustancias de Desecho, Evita el sobrepeso y la obesidad, Disminuye la formación de depósitos renales y en vías urinarias, Conserva más ágiles y atentos nuestros sentidos, Refuerza la actividad intelectual, Contribuye al equilibrio psicoafectivo, mejorando el estado de ánimo y reduciendo la ansiedad.</p>

<sup>84</sup> Gregorio PG, Cordero PR, Carmona JMM, Trigo JAL. Guía de ejercicio FÍSICO para mayores [Internet]. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. [citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/GU%C3%8DA%20DE%20EJERCICIO%20F%C3%8DSICO%20PARA%20MAYORES.pdf>

**PLAN DE CUIDADOS**

<b>DOMINIO:</b> <u>4 Actividad/reposo</u> <b>CLASE:</b> <u>01 Sueño/reposo</u>	<b>DOMINIO:</b> <u>01 Salud funcional</u> <b>CLASE:</b> <u>A Mantenimiento de la energía</u>			
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> ETIQUETA: 00095 Insomnio  FACTOR RELACIONADO: ansiedad, síntomas de depresión, estresores, precariedad económica.  EVIDENCIADO POR: expresa insatisfacción con la calidad de vida, expresa insatisfacción con el sueño.	<b>RESULTADO ESPERADO: 0004 SUEÑO</b>  ESCALA LIKERT 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido.			
<b>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO</b>  La disminución del estrés y la ansiedad, mediante la exteriorización de ideas, sentimientos y emisiones, fue una de las intervenciones esenciales para mejorar la calidad del sueño, ya que mediante esta se logró disminuir las interrupciones del sueño durante la noche, y que mediante esto se logró una mejora en el patrón del sueño.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	000403: Patrón del sueño.  000404: Calidad del sueño.  000406: Sueño interrumpido.  000410: Despertar a horas apropiadas.  000418: Duerme toda la noche.  000421: Dificultad para conciliar el sueño.	2  2  2  3  2  2	4  3  4  4  3  4	4  3  4  3  3  4

<b>CAMPO: 01 Fisiológico: Básico      CLASE: F. Facilitación del autocuidado</b> <b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 1850 mejorar el sueño</b> <b>DEFINICIÓN: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.</b>	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.</li> <li>• Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente.</li> <li>• Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.</li> <li>• Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.</li> <li>• Comentar con el paciente técnicas para favorecer el sueño.</li> </ul>	<p>El descanso y el sueño son situaciones biológicamente necesarias para la salud de la persona. Ayudan a recuperar la energía consumida durante las actividades de la vida diaria. En situaciones de enfermedad las necesidades del mantenimiento del descanso y el sueño se hacen necesarias para los seres humanos.</p> <p>Hay muchos factores que influyen en el descanso como la edad, pues dependiendo de la etapa de la vida en la que nos encontremos las necesidades de descanso y sueño van a cambiar. Otros factores que pueden influir pueden ser: el ambiente de alrededor de la zona de descanso, el cansancio, los estilos de vida, el estrés, el alcohol y los estimulantes, la dieta, el tabaco, motivaciones personales, algunas enfermedades, el dolor, medicamentos que influyan negativamente en la conciliación del sueño.<sup>85</sup></p> <p>Podemos llegar a asegurar que un estado de ansiedad de una intensidad moderada produce casi invariablemente dificultad para conciliar el sueño. Al mismo tiempo, el retardo en conseguir dormir puede favorecer la aparición de pensamientos intrusivos referentes a las consecuencias perniciosas que conlleva una deficiente calidad o cantidad del sueño y sobre lo necesario del dormir para la propia salud,<sup>86</sup></p>

<sup>85</sup> Medina Cordero A, Fería Lorenzo DJ, Oscoz Muñoa G. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. *Enferm Glob* [Internet]. 2009 [citado el 17 de diciembre de 2022];(17):0–0. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000300005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005)

<sup>86</sup> Montañés MC. ANSIEDAD Y TRASTORNOS DEL SUEÑO [Internet]. *Www.uv.es*. [citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.uv.es/=cholz/SuenoAnsiedad.pdf>



<p><b>CAMPO: 03 Conductual      CLASE: T: Fomento de la comodidad psicológica</b></p> <p><b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</b></p> <p><b>DEFINICIÓN: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.</b></p>	
<p><b>ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA</b></p>	<p><b>RAZONAMIENTO CIENTÍFICO</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</li> <li>• Escuchar con atención.</li> <li>• Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</li> <li>• Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</li> <li>• Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.</li> <li>• Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</li> <li>• Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.</li> </ul>	<p>Chambers y Kim, 1993, mencionan que. el insomnio es uno de los síntomas comunes en la mayor parte de los trastornos por ansiedad (trastorno por angustia, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad excesiva, etc.), de manera que quienes padecen alguna de estas alteraciones ven afectada seriamente su capacidad para conciliar el sueño.<sup>87</sup></p> <p>La aparición de síntomas psicológicos como consecuencia de un evento estresante intenso, que no aparece con frecuencia, pero que tiene un poder ansiógeno para cualquiera que lo sufre (lo que se denomina evento vital estresante), quienes lo han padecido pueden tener sueños recurrentes desagradables sobre dicho evento, o cualquier otra forma de recordarlo. El sueño puede verse alterado y aparecer dificultades en la conciliación o mantenimiento del mismo.<sup>88</sup></p> <p>Por ende, la exteriorización de los sentimientos e ideas que generan la ansiedad, son una de las pautas principales para introspección y uno de los primeros pasos en la autogestión de la salud personal.</p>

<sup>87</sup> (IDEM -76)

<sup>88</sup> Lizeretti NP. Tratamiento de los trastornos de ansiedad: Diseño y evaluación de una intervención grupal basada en I Inteligencia Emocional [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://tdx.cat/bitstream/handle/10803/9269/Tesis\\_Nathalie\\_P\\_Lizeretti.pdf?sequence=1](https://tdx.cat/bitstream/handle/10803/9269/Tesis_Nathalie_P_Lizeretti.pdf?sequence=1)

**PLAN DE CUIDADOS**

<b>Dominio: 04 Actividad/reposo</b> <b>Clase: 05 autocuidado</b>	<b>DOMINIO: <u>01 salud funcional</u></b> <b>CLASE: <u>D. Autocuidado</u></b>			
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: 00193</b> ETIQUETA: descuido personal  FACTOR RELACIONADO: manifestaciones neuroconductuales opciones de estilo de vida  EVIDENCIADO POR: higiene personal inadecuada, no adherencia a las actividades saludables	<b>RESULTADO ESPERADO: 0313 nivel de autocuidado</b>  ESCALA LIKERT 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido.			
<b>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO</b>  Mediante las intervenciones de enfermería utilizadas se logró que el autocuidado del paciente mejorara ya mejoro su autopercepción y a su vez tomo conciencia de la autorresponsabilidad sanitaria y las consecuencias que podría conllevar el no seguir conductas de salud adecuadas, como el baño diario el cambio de ropa y el mantenimiento de las medidas higiénicas y de control de la enfermedad.	<b>INDICADORES</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>		
	MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO	
31301 - Se baña.	3	4	4	
31302 - Se viste.	3	4	4	
31305 - Mantiene higiene personal.	2	3	4	
31306 - Mantiene higiene oral.	2	3	3	
31311 - Controla la economía del hogar.	3	4	3	
31315 - Controla su propia medicación no parenteral.	2	3	3	

**CAMPO: 03 Conductual      CLASE: O Terapia conductual**  
**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 4480 FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD**  
**DEFINICIÓN: Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comentar con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual.</li> <li>• Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud.</li> <li>• Fomentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.</li> <li>• Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente.</li> <li>• Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada.</li> <li>• Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible.</li> </ul>	<p>Con la auto responsabilidad em salud se pretende que el paciente tome cargo sobre las medidas encaminadas a su bienestar, fatalizando los puntos fuertes de la persona para así lograr una mejoría intrínseca a través de la creación de hábitos encaminados a la salud personal.</p> <p>Siendo el problema principal el de determinar la voluntariedad en la elección de las conductas relacionadas con la enfermedad se añade el de la información imperfecta sobre su evolución, debido a la incertidumbre sobre cuándo enfermamos, con qué gravedad y si los tratamientos aplicables en su momento serán seguros y efectivos.<sup>89</sup></p> <p>De tal manera que brindar orientación encaminada hacia la auto responsabilidad sanitaria será de los puntos clave para la mejoría del paciente.</p>

<sup>89</sup> Puyol A. ¿Quién es el guardián de nuestra propia salud?: responsabilidad individual y social por la salud. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2014 [citado el 20 de enero de 2023];88(5):569–80. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272014000500003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000500003)

**CAMPO: 03 Conductual      CLASE: O Terapia conductual**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 4470 AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SÍ MISMO**

**DEFINICIÓN: Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes.**

<b>ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA</b>	<b>RAZONAMIENTO CIENTÍFICO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ayudar al paciente a identificar las conductas diana que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada.</li><li>• Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado.</li><li>• Valorar el ambiente social y físico del paciente para determinar el grado de apoyo de las conductas deseadas.</li><li>• Ayudar al paciente a identificar la frecuencia con la que se producen las conductas específicas.</li><li>• Ayudar al paciente a identificar las circunstancias o situaciones en las que se produce la conducta.</li></ul>	<p>la modificación de conducta implica la aplicación sistemática de los principios y las técnicas de aprendizaje para evaluar y mejorar los comportamientos encubiertos y manifiestos de las personas y facilitar así un funcionamiento favorable.</p> <p>Tomando en cuenta la característica de la modificación de conducta es que los procedimientos y técnicas consisten en mecanismos para alterar el entorno de un individuo y así ayudarlo a funcionar más adecuadamente. El término entorno hace referencia a las personas, los objetos y sucesos presentes en el contexto más cercano de alguien, que pueden afectar a sus receptores sensoriales y alterar su comportamiento.<sup>90</sup></p> <p>Mediante esto se pretende lograr una mejora y/o cambio en los patrones de comportamiento no favorables para la salud.</p>

<sup>90</sup> Martin G, Pear J. Modificación de conducta qué es y cómo aplicarla [citado el 20 de enero de 2023]. Disponible en: [https://conductitlan.org.mx/06\\_psicologiaclinica/PISCOLOGIA%20CLINICA/RECURSOS/modificacion%20de%20conducta%20que%20es%20y%20como%20aplicarla.pdf](https://conductitlan.org.mx/06_psicologiaclinica/PISCOLOGIA%20CLINICA/RECURSOS/modificacion%20de%20conducta%20que%20es%20y%20como%20aplicarla.pdf)

**CAMPO: 03 Conductual      CLASE: R: Ayuda para el afrontamiento**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5395 MEJORA DE LA AUTOCONFIANZA**

**DEFINICIÓN: Fortalecer la confianza de una persona en su capacidad de realizar una conducta saludable.**

<b>ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA</b>	<b>RAZONAMIENTO CIENTÍFICO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Explorar la percepción del individuo de los beneficios de ejecutar la conducta deseada.</li><li>• Proporcionar información sobre la conducta deseada.</li><li>• Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción.</li><li>• Utilizar estrategias de enseñanza que sean adecuadas a la cultura y la edad.</li><li>• Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la implementación de la conducta.</li><li>• Utilizar afirmaciones convincentes positivas respecto a la capacidad del individuo de desarrollar la conducta.</li></ul>	<p>El auto concepto es la opinión o impresión que la gente tiene de sí misma, es su "identidad hipotetizada", la cual se desarrolla a lo largo de muchos años. El auto concepto, es el conjunto de percepciones cognoscitivas y actitudes que la gente tiene acerca de sí misma.</p> <p>Los individuos pueden tener auto conceptos diferentes, que cambian de vez en cuando, que pueden ser o no, retratos precisos de ellos mismos. Los autoconceptos se elaboran constantemente, dependiendo de las circunstancias y de las relaciones confrontadas por el individuo.<sup>91</sup></p> <p>De tal manera que mediante el reforzamiento de la autoconfianza pretende apoyar el crecimiento y resurgimiento de las habilidades que la persona consideraba perdidas, las cuales coadyuban una mejora en el autocuidado.</p>

<sup>91</sup> Eric J. autoestima [Internet]. Ugtó.mx. [citado el 20 de enero de 2023]. Disponible en: <http://www.dzne.ugto.mx/respaldo1/Contenido/MaterialDidactico/amezquita/Lecturas/Autoestima.pdf>

## PLAN DE CUIDADOS

<b>Dominio: 12 confort</b> <b>Clase: 02 Confort</b>	<b>DOMINIO: <u>05 salud percibida</u>      CLASE: <u>U salud y calidad de vida</u></b>			
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: 00214</b> ETIQUETA: Disconfort  FACTOR RELACIONADO: recursos inadecuados en salud, control inadecuado de la situación  EVIDENCIADO POR: ansiedad, dificultad para relajarse, verbaliza ciclo de sueño vigilia alterado, intranquilidad en la situación	<b>RESULTADO ESPERADO: 2008 estado de comodidad</b>  ESCALA LIKERT 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido.			
	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	200803: Bienestar psicológico	2	4	4
	200804: entorno físico	3	3	3
	200806: Apoyo social de la familia	2	3	3
	200808: Relaciones sociales	1	3	3
	200811: cuidados compatibles con las necesidades	2	4	4
<b>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO</b>  A través de la aplicación de las intervenciones de enfermería se logro que el paciente se sintiera con mayor apoyo por parte de su familia extensa, así como a su vez la mejora en el entorno y la autoconciencia de la situación por la cual cursa disminuyo los niveles de ansiedad.				

**CAMPO: 03. Conductual      CLASE: R. Ayuda para el afrontamiento**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO**

**DEFINICIÓN: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.**

<b>ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA</b>	<b>RAZONAMIENTO CIENTÍFICO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.</li><li>• Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.</li><li>• Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.</li><li>• Observar la situación familiar actual y la red de apoyo.</li><li>• Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo.</li><li>• Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador.</li></ul>	<p>Según Ponce y Cols. (2007). Existen diversos aspectos que relacionan a la familia con la enfermedad. Uno de ellos menciona que la familia puede influir en el curso de la enfermedad, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso de la misma. Otro de los aspectos que mencionan es que: la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel de la cuidadora primaria, que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.</p> <p>Para Gottlieb (1998) el apoyo social es una información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesibilidad por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor.<sup>92</sup></p> <p>Por ende, que la importancia de aumentar las redes de apoyo es de suma importancia debido a que los pacientes que atraviesan por un periodo depresivo suelen manifestar la sensación de desamparo y soledad.</p>

<sup>92</sup> (IDEM 72)

**PLAN DE CUIDADOS**

<b>DOMINIO:</b> <u>09 Afrontamiento/tolerancia al estrés</u> <b>CLASE:</b> <u>02 Respuestas de afrontamiento</u>	<b>DOMINIO:</b> <u>03 Salud psicosocial</u> <b>CLASE:</b> <u>N Adaptación psicosocial</u>			
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b>  ETIQUETA: Riesgo de deterioro de la resiliencia FACTOR RELACIONADO: precariedad económica, persona que atraviesa una nueva crisis, alteración en las relaciones familiares.  EVIDENCIADO POR:	<b>RESULTADO ESPERADO: 1309 RESILIENCIA PERSONAL</b>  ESCALA LIKERT 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado			
<b>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO</b>  Por medio de la expresión de las emociones, se logró identificar aquellos factores que dificultan la adaptación a los retos de la vida diaria, así como a las dificultades personales por las que este cursa, gracias a la autogestión y concientización de sus responsabilidades logro ser capaz de buscar apoyo emocional, en diversas redes de apoyo familiares.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	130903: Expresa emociones.	3	4	4
	130906: Muestra un estado de ánimo positivo.	3	4	4
	130908: Expresa comodidad con la soledad.	2	3	2
	130910: Asume la responsabilidad de sus propias acciones.	3	5	4
	130912: Busca apoyo emocional.	4	5	5
130914: Se adapta a adversidades como desafíos.	4	5	5	



<b>CAMPO: 03: Conductual    CLASE: R: Ayuda para el afrontamiento</b> <b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5270 APOYO EMOCIONAL</b> <b>DEFINICIÓN: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</b>	
<b>ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA</b>	<b>RAZONAMIENTO CIENTÍFICO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comentar la experiencia emocional con el paciente.</li>   <li>• Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.</li>   <li>• Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.</li>   <li>• Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.</li>   <li>• Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.</li>   <li>• Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores.</li>   <li>• Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.</li> </ul>	<p>Brindar un apoyo emocional efectivo implica mejor calidad del cuidado brindado por la Profesional de Enfermería, unificar criterios al respecto permitirá a la profesión constituirse en el modelo de cambio de las profesionales haciendo más sensible el cuidado. una necesidad emocional satisfecha proporciona sentimientos de felicidad y plenitud extremas. Estas necesidades pueden ser expresadas como sentimientos.<sup>93</sup></p> <p>Se puede encontrar entonces que hay una necesidad de apoyo y acciones ajustadas a la situación de vida de un paciente. Estas acciones deben contribuir a aumentar el nivel de apoyo emocional y de influir positivamente en el nivel de satisfacción con la cantidad de apoyo social que recibe el paciente, a su vez, ofrecer una mejor convalecencia, por parte de las personas que se encuentren a su alrededor.<sup>94</sup></p> <p>Mediante el apoyo emocional se pretende establecer una sensación de control y dirección sobre los objetivos planteados, así como ayudar a la potenciación de la resiliencia mediante el establecimiento de objetivos alcanzables y el logro de los mismos,</p>

<sup>93</sup> Rojas EGC. Precisando el concepto de apoyo emocional en el quehacer de enfermería [Internet]. Core.ac.uk. 2008 [citado el 28 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323353674.pdf>

<sup>94</sup> María P, Garduño M, Martínez D, Martínez VG, Juárez S. Apoyo emocional: conceptualización y actuación de enfermería, una mirada desde la perspectiva del alumno [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 23 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2009/eu093f.pdf>

**PLAN DE CUIDADOS**

<b>Dominio: 09 Afrontamiento/tolerancia al estrés</b> <b>Clase: 04 cognición</b>	<b>DOMINIO: <u>03 salud psicosocial</u> CLASE: <u>0 autocontrol</u></b>			
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: 00222</b> ETIQUETA: control de impulsos ineficaz  FACTOR RELACIONADO: trastornos del estado de ánimo, tabaquismo, consumo de alcohol  EVIDENCIADO POR: actuación impulsiva, búsqueda de sensaciones	<b>RESULTADO ESPERADO: 1405 autocontrol de los impulsos</b>  ESCALA LIKERT 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado			
<b>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO</b>  Mediante las intervenciones realizadas se logró que el paciente identificara aquellos sentimientos que detonan aquellas actitudes encaminadas al consumo de tabaco y alcohol, logrando así que al reducir estos estímulos se lograra una disminución en el consumo de los mismos	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	140501: identifica conductas compulsivas perjudiciales	3	4	4
	140502: identifica sentimientos que conducen a acciones compulsivas	3	4	4
	140507: verbaliza control de los impulsos	2 3	3 4	3 3
140512: mantiene el autocontrol sin supervisión				

**CAMPO: 03 Conductual      CLASE: R: Ayuda para el afrontamiento**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5240 ASESORAMIENTO**

**DEFINICIÓN: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.**

<b>ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA</b>	<b>RAZONAMIENTO CIENTÍFICO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Demostrar empatía, calidez y sinceridad.</li><li>• Establecer metas.</li> <li>• Proporcionar información objetiva</li> <li>• Favorecer la expresión de sentimientos.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.</li> <li>• Verbalizar la discrepancia entre los sentimientos y conducta del paciente.</li></ul>	<p>Ayudan a las personas a abordar los problemas que se produjeron como resultado del consumo de sustancias, ayudan a restaurar las relaciones rotas o ayudan a abordar los problemas de confianza con los amigos y la familia. También ayudan a liberarse de viejas relaciones que ya no sirven a los pacientes.</p> <p>Utilizan una variedad de técnicas como la terapia cognitiva conductual (TCC) y la atención plena (Mindfulness) que ayudan a los pacientes a examinar patrones de pensamiento y actuación poco útiles o incluso destructivos. Como resultado, los pacientes aprenden técnicas de afrontamiento más saludables y reconocen los pensamientos que pueden desencadenar antojos y recaídas.<sup>95</sup></p> <p>De tal manera que el asesoramiento en materia de adicciones es importante para que el paciente, forme un criterio sobre las estrategias a tomar para la reducción de dichas conductas que ponen en riesgo la integridad del mismo.</p>

<sup>95</sup> ¿Qué es el "asesoramiento en materia de adicciones"? [Internet]. Paracelsus Recovery. 2021 [citado el 20 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.paracelsus-recovery.com/es/blog-es/que-es-el-asesoramiento-en-materia-de-adicciones/>

## 5.7 Plan de alta

**NOMBRE DEL USUARIO (A):** O.C.T

**SEXO:** HOMBRE    **EDAD:** 65                      **SERVICIO:**

**DIAGNÓSTICO MEDICO:** DEPRESIÓN EN EL MES DE FEBRERO DEL 2022

### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:**

- Disposición para mejorar la autogestión de la salud E/P expresa deseo para mejorar las elecciones de la vida diaria para satisfacer los objetivos de salud.
- Disposición para mejorar la alfabetización en salud E/P expresa deseo de mejorar la toma de decisiones sobre la atención de salud personal.
- Disposición para mejorar el afrontamiento familiar E/P expresa deseo de seleccionar experiencias que mejoren el bienestar.

### **RESUMEN:**

El paciente muestra mejoría en su estado anímico, así como la concordancia entre las palabras y acciones que lleva a cabo.

De igual manera refiere sentirse mejor en cuanto a su estado físico, ya que gracias a la implementación de una dieta equilibrada de acuerdo al plato del bien comer y ejercicio acorde a las capacidades, esta muestra una actitud mas positiva en cuanto a los retos venideros.

Mejoro el sueño ya que al expresar sus sentimientos y aceptar la nula influencia en los eventos pasados, se logra conciliar el sueño y se disminuyen los episodios de insomnio tardío, refiriendo un mejor descanso durante las noches.

Se disminuyen los cuadros de estreñimiento y manifiesta tener evacuaciones no forzadas (actual Bristol 4)

**ACCIONES ENCAMINADAS CON EL RÉGIMEN DIETÉTICO:**

**DIETA:** normal, aumento de ingesta en fibra natural considerando los gustos y aversiones del paciente (mango, frambuesa, ciruelas, papaya, frijoles, lentejas, avena) tomando en cuenta el plato del buen comer

**EJERCICIO:** ejercicio matutino cardiovascular de bajo impacto (caminata, natación).

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:** terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal en caso de sentir falta de control sobre su estado emocional, así como algún cuadro depresivo remitente

**ACCIONES ENCAMINADAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD:**

- Exteriorización de emisiones, sentimientos y temores
- Baño diario
- Cambio de ropa interior y exterior diario
- Higiene bucal 2 veces por día
- Lavado de manos con agua y jabón antes de consumir alimentos
- Uñas cortas y limpias (uso de antimicóticos)
- Realización de ejercicio de bajo impacto
- Reducir consumo de tabaco
- Lubricación de la piel
- Consumo de porciones de alimentos adecuadas al plato del buen comer

**MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EL LOGRO DE LA INDEPENDENCIA:**

- Realizar actividades recreativas que sean del agrado del paciente
- Trabajar en actividades que no sean perjudiciales para la salud
- Realización de caminatas
- No permanecer aislado en su habitación
- Acudir a redes de apoyo de ser necesarias

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:**

- No automedicarse
- Consumir medicación prescrita a horas y dosis indicadas (losartán tableta 100mg c/24h)
- Consumo de alimentos en porciones adecuadas y horarios establecidos.
- Notificar al personal de salud en caso necesario.

**SIGNOS DE ALARMA:**

Síntomas depresivos como: insomnio, ansiedad, sensación de soledad, perdida por el interés en la vida)

No evacuar en más de tres días o presentar evacuaciones dolorosas o con sangrado

**RECUERDE:**

Acudir a su cita a la consulta externa en: consultorio de psicología o bien con un médico familiar para continuar con su tratamiento. Es importante que colabore con nosotros para establecer y/o conservar su salud.

NOMBRE DEL CUIDADOR PRIMARIO: Eduardo C.

NOMBRE DE LA ENFERMERA: Rodrigo Bernal Cedillo

## VI. CONCLUSIONES

La depresión es probablemente la principal causa de sufrimiento emocional en la vejez, es una enfermedad de múltiples etiologías, la cual suele desencadenar diversas complicaciones no solo psicológicas, sino que los cambios conductuales derivados de esta suelen generar trastornos en la persona y llevarlo a una disfunción social y familiar, así como una escasa autogestión sanitaria. Disminuye de manera

significativa la calidad de vida y muchas veces no se reconoce, ni se diagnóstica o bien no se le presta la debida atención.

Al llegar a la vejez aparecen toda una serie de modificaciones que afectan a los distintos sistemas corporales y generar alteraciones psicosociales tales como aprensiones y miedos, motivados por la progresiva e inexorable pérdida de facultades tanto físicas como psíquicas que hacen que esta etapa del ciclo de vida sea la más temida por algunas personas ya que en la mayoría de los casos al ver un declive en las habilidades físicas que ostentaban en su juventud, la aparición de cambios en la imagen corporal la cual no es grata para sí mismos, así como la perdida de seres cercanos como la familia o amigos; y la estabilidad económica, suelen desencadenar cuadros depresivos que lo llevan a exacerbar múltiples afecciones las cuales ponen en riesgo su vida.

Gracias al abordaje integral del paciente en su domicilio se logró identificar el origen del estado depresivo mediante la aplicación de algunos instrumentos de valoración que sirvieron de apoyo para identificar este problema de salud, y detectar los principales síntomas Físicos, disfóricos, conductuales y cognitivos, así mismo durante este proceso se logró mantener una escucha activa y reorientar al paciente y su familia sobre este problema de salud.

Es por ello que la participación del profesional de enfermería con el equipo de salud, resulta de gran importancia ya que mediante la valoración inicial y focalizada, se pueden plantear diagnósticos de enfermería, planificar las intervenciones de manera oportuna basadas en evidencia científica y así mismo contribuir a lograr el mantenimiento y mejora del estado de salud coadyubando con ello en la mejoría del paciente.

Por lo que resulta de gran importancia el trabajo conjunto con el paciente y sus familiares para brindar una atención integral y mejoría en los principales problemas que le aquejaban, ya que mediante la atención al diagnóstico principal el paciente refirió sentir una mejoría en los demás aspectos que se consideraban afectados, así

como el establecimiento de una dieta tomando como referencia el plato del bien comer y la jarra del buen beber, e inicio de un programa de activación física ayudo a la mejora del estado anímico y coadyubo la mejora del estado gastrointestinal. Así mismo se recomendaron terapias cognitivas como la reminiscencia, musicoterapia entre otras ya que constituyen una alternativa y un complemento viable que se relaciona estrictamente con tareas psicosociales previstas para esta fase evolutiva.



## VII. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Bioética:** El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la salud.
- **Bradisfigmia** del griego *bradys*, lento y *sphygmós*, pulso, Lentitud del pulso.
- **Care:** cuidados cotidianos que la persona es capaz de proporcionarse a sí misma como, comer, beber, protegerse del frío, etc.
- **Coiloniquia:** trastorno de las uñas, generalmente de la mano, en la que éstas son anormalmente delgadas, perdiendo su convexidad.
- **Crepitante:** pequeños ruidos chasqueantes, burbujeantes o estrepitosos en los pulmones.
- **Cure:** cuidados reparadores se precisan en las situaciones de enfermedad, y se añaden a los cuidados cotidianos.
- **Depresión:** trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento.
- **Disciplina:** La disciplina es un conjunto de conocimientos rigurosos y sistemáticos sobre determinada materia, en donde se explica, describe analiza y contienen conocimientos ordenados y sistemáticos interrelacionados con otras áreas disciplinares, pero con independencia de ellas.
- **Disfagia:** dificultad para tragar
- **Disnea:** Respiración difícil, dolorosa o deficiencia respiratoria.
- **Emesis:** Acción de vomitar.
- **Empírico:** Que está basado en la experiencia y en la observación de los hechos.
- **Envejecimiento:** es un proceso biológico, universal, endógeno, intrínseco, deletéreo, progresivo e irreversible que se caracteriza por un deterioro bioquímico y fisiológico que conduce a una disminución de las capacidades

del organismo para adaptarse, tanto a su medio interno como externo, a la detención de los sistemas autorregulados y que lleva a la muerte

- **Epistemología:** del griego episteme que significa conocimiento, y es una rama de la filosofía que se ocupa de todos los elementos que procuran la adquisición de conocimiento e investiga los fundamentos, límites, métodos y validez del mismo
- **Equimosis:** Lesión resultante de una contusión sin solución de continuidad de la piel, que produce una extravasación de sangre en el tejido celular subcutáneo por rotura de los capilares, así como dolor por desgarramiento de los filetes nerviosos.
- **Ética:** del griego ethos que significa 'forma de ser' o 'carácter' La ética estudia los principios que deben regir la conducta humana al tratar de explicar las reglas morales de manera racional, fundamentada, científica y teórica.
- **Flictenas:** Vejiga pequeña o ampolla cutánea que contiene sustancias acuosas y no pus.
- **Gerontología:** Es el estudio de los procesos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento, desde una perspectiva interdisciplinaria.
- **Hematomas:** Mancha de la piel, de color azul amoratado, que se produce por la acumulación de sangre u otro líquido corporal, como consecuencia de un golpe, una fuerte ligadura u otras causas.
- **Hipertrófico:** crecimiento excesivo de un órgano por aumento de tamaño de sus células. Puede producirse en cualquier órgano del cuerpo
- **Hipoacusia:** trastorno sensorial que consiste en la incapacidad para escuchar sonidos, y que dificulta el desarrollo del habla, el lenguaje y la comunicación.
- **Holístico:** Del todo o que considera algo como un todo.
- **Insomnio:** trastorno frecuente del sueño. En el insomnio, tiene dificultades para conciliar el sueño, para mantenerse dormido o para lograr un sueño de buena calidad.

- **Isocórico:** Igualdad de tamaño entre ambas pupilas.
- **Lentigo:** hiperpigmentación localizada que se presenta en la piel. Suele tratarse de 'manchas' marrones claras u oscuras, bien delimitadas.
- **Leuconiquia:** vetas o puntos blancos en las uñas que se deben a menudo a medicamentos o enfermedades.
- **Melasma:** afección de la piel en la que las manchas de piel en la cara adquieren un color marrón claro u oscuro.
- **Metaparadigma:**
- **Moral:** del latín morālis, que significa 'relativo a las costumbres'. Por lo tanto, la moral se define como expresiones del comportamiento basadas en los valores y tradiciones de una sociedad.
- **Morbilidad:** presentación de una enfermedad o síntoma de una enfermedad, o a la proporción de enfermedad en una población.
- **Nicturia:** despertarse una o más veces durante la noche por la necesidad de orinar.
- **Odinofagia:** trastorno en el que la deglución se dificulta y resulta dolorosa
- **Ortopnea:** Forma de disnea (sensación subjetiva de falta de aire) en la que el paciente es incapaz de respirar correctamente en decúbito supino
- **Paradigma:** conjunto de realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica.
- **Petequias:** Pequeña mancha de color rojo vivo que aparece en la piel a causa de una hemorragia subcutánea.
- **Piloerección:** Pelos que se erizan debido a la acción de los músculos erectores del pelo, llamados piloerectores o pilomotores.
- **Polidipsia:** Necesidad de beber con frecuencia y abundantemente, que se presenta en algunos estados patológicos, como la diabetes.

- **Profesión:** proviene del latín “*professio-onis*” acción y efecto de profesar, empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución
- **Salud:** estado de completo bienestar físico, mental y social —no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- **Sialorrea:** también llamada ptialismo, es una condición en la que existe una excesiva producción de saliva en la boca.
- **Taquisfigmia:** del griego *takhys* = veloz y *sphygmos* = pulso, aceleración del pulso
- **Taxonomía:** Clasificación u ordenación en grupos de cosas que tienen unas características comunes.
- **Vejez:** etapa vital determinada por la sociedad es vista como una construcción social tanto individual como colectiva que determina las formas de percibir, apreciar y actuar en ciertos espacios sociohistóricos
- **Xerostomía:** Sensación de sequedad en la boca. Se produce cuando el cuerpo no puede elaborar suficiente saliva.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gobierno de la ciudad de México. La Depresión en la vejez y la importancia de su prevención [Internet]. 2021 feb. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/la-depresion-en-la-vejez-y-la-importancia-de-su-prevencion?idiom=es>
2. SUIVE/DGE SECRETARÍA DE Salud/estados unidos mexicanos 2020 [internet] disponible en: [https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2021/morbilidad/grupo/veinte\\_principales\\_causas\\_enfermedad\\_grupo\\_sesentaicinco\\_mas.pdf](https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2021/morbilidad/grupo/veinte_principales_causas_enfermedad_grupo_sesentaicinco_mas.pdf)
3. Gómez A.E. La depresión en el anciano. Clínica y tratamiento. Revista de divulgación sanitaria. Vol. 26 NÚM 9 octubre 2007 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-depresion-el-anciano-13111062>
4. Sistema U, Abierta Y, Educación A. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA [Internet]. Unam.mx. [citado el 24 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.educacionadistancia.eneo.unam.mx/guias/Guia%20Filosofia%20y%20enfermeria.pdf>
5. ROSA MA. ZARATE. ENEO UNAM. construcción disciplinar de enfermería. :20. [citado el 11 de diciembre de 2022].
6. (IDEM-2).
7. Hernández Conesa J. La construcción de la enfermería como disciplina científica: una aproximación desde su historia y sus fundamentos teóricos [Internet]. 2014 [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/38159>
8. (IDEM-2).
9. Amezcua M. ¿Por qué afirmamos que la Enfermería es una disciplina consolidada? Index enferm [Internet]. 2018 [citado el 11 de noviembre de 2022];27(4):188–90. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962018000300002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300002)

10. Villalobos D, Mercedes M. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Aquichan [Internet]. 2005 [citado el 11 de diciembre de 2022];5(1):86–95. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972005000100009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100009)
11. Cárdenas M, Zarate R. La enfermería como disciplina profesional en UNAM, Editor. ENEO-UNAM
12. Borré-Ortiz YM, Lenis-Victoria C, Suárez-Villa M, Tafur-Castillo J. El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. Rev. Cienc. salud [Internet]. 11 de noviembre de 2015 [citado 22 de noviembre de 2022];13(03):481-9. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/4362>
13. Cárdenas Becerril L. Profesionalización De La Enfermería En México. Ediciones Pomares; 2014. [citado el 11 de diciembre de 2022].
14. Colliere Françoise. Promover la vida. Ed. Interamericana. Mc. Graw Hill. Madrid España; 1993. Pp. 211- 218
15. Ibarra Mendoza X. Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros. Cult Cuid Rev Enferm Humanid [Internet]. 2006;(20):147–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2006.20.21>
16. Vista de FILOSOFÍA DE LA CIENCIA DEL CUIDADO Analogía del mito de la caverna de Platón con la profesión de enfermería / PHILOSOPHY OF SCIENCE OF CARING The Allegory of the Cave by Plato with the nursing profession [Internet]. Org.mx. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/17/106>
17. de Enfermería Ocronos RM y. El cuidado eje fundamental del conocimiento de Enfermería. Reflexiones aplicando aspectos filosóficos propios de la profesión [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. Ocronos - Revista Médica y de Enfermería; 2019 [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://revistamedica.com/cuidado-conocimiento-de-enfermeria/>
18. Martín-Caro G, Martín M. Historia de la enfermería [Internet]. Elsevier; 2007. Disponible en: <https://books.google.at/books?id=iR2PWNAhoqsc>

19. (IDEM-15)
20. Fernández SP. Breve estudio sobre la historia de la enfermería [Internet]. Rua.ua.es. 2017 [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/67698/1/HISTORIA\\_DE\\_LA\\_ENFERMERIA\\_ESPANOLA\\_DESDE\\_EL\\_PERIODO\\_PONS\\_FERNANDEZ\\_SARA.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/67698/1/HISTORIA_DE_LA_ENFERMERIA_ESPANOLA_DESDE_EL_PERIODO_PONS_FERNANDEZ_SARA.pdf)
21. LASCO G.Sapiens. Did Margaret Mead think a healed femur was the earliest sign of civilization? [Internet]. SAPIENS. 2022 [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sapiens.org/culture/margaret-mead-femur/>
22. Roche I. ENCICLOPEDIA de BIODERECHO y BIOÉTICA [Internet]. Enciclopedia-bioderecho.com. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/142>
23. Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. la Ciudad Condal, España: Elsevier Masson; 2018. [citado el 15 de noviembre de 2022].
24. Cano A, del Carmen M. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2004 [citado el 13 de diciembre de 2022];20(3):0–0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192004000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009)
25. Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas [Internet]. Berri.es. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.berri.es/pdf/manual%20cto%20oposiciones%20de%20enfermeria%20%20pais%20vasco%E2%80%9A%20vol%C3%BAmen%201/9788417470050>
26. (IDEM-25)
27. (IDEM-22)

28. Varez Pelaez S, López Parra M, Santos Ruiz S, Abril Sabater D. Perspectiva sobre modelos y teorías de enfermería en el ámbito de nefrología. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [Internet]. 2008 [citado el 11 de noviembre de 2022];11(3):178–83. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-13752008000300004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752008000300004)
29. (IDEM-24)
30. Cisneros F, Enfermera Especialista G. Teorías y modelos de enfermería [Internet]. Edu.co. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
31. Adler AH. La ética profesional basada en principios y su relación con la docencia [Internet]. Unirioja.es. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4406374.pdf>
32. Guillén Fonseca M. Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en Educación Superior. Rev Cubana Enferm [Internet]. 1999 [citado el 20 de enero de 2023];15(1):10–6. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03191999000100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000100002)
33. Modelos, Pae E. Actualización en Enfermería familiar y comunitaria [Internet]. Enfermerialugo.org. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.enfermerialugo.org/wp-content/uploads/2021/09/Tema-Modelos-de-Enfermeria.PAE\\_.pdf](https://www.enfermerialugo.org/wp-content/uploads/2021/09/Tema-Modelos-de-Enfermeria.PAE_.pdf)
34. Martín CH. EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN LA PRÁCTICA ENFERMERA [Internet]. Uva.es. [citado el 11 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf;jsessionid=BE8E0CF2C43C9FF57C71CC22714775B2?sequence=1>
35. (IDEM-33)
36. García M. Metaparadigma, modelo y teoría en Enfermería - Revista Electrónica de Portalesmedicos.com [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. Revista Electrónica de Portales Medicos.com; 2015 [citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.revista->



portalesmedicos.com/revista-medica/metaparadigma-modelo-y-teoria-en-enfermeria/

37. Amezcua M, de las Nieves CB. Virginia Henderson [Internet]. Fundacionindex.com. [citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>
38. Mora Guillart L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev cuba oftalmol [Internet]. 2015 [citado el 11 de noviembre de 2022];28(2):228–33. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21762015000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009)
39. María Adoración Alba Rosales José Carlos Bellido Vallejo Verónica Cárdenas Casanova José Ibáñez Muñoz. Enfermero. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes [Internet]. Index-f.com. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
40. Ramírez Elías A. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. Enferm Univ [Internet]. 2016 [citado el 12 de diciembre de 2022];13(2):71–2. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632016000200071](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200071)
41. Vista de FILOSOFÍA DE LA CIENCIA DEL CUIDADO Analogía del mito de la caverna de Platón con la profesión de enfermería / PHILOSOPHY OF SCIENCE OF CARING The Allegory of the Cave by Plato with the nursing profession [Internet]. Org.mx. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/17/106>
42. El Proceso de Atención de Enfermería [Internet]. Org.ar. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>
43. Lorente L, Durán M, Aller MA, Arias. J. Introducción a la Exploración Clínica [Internet]. Ucm.es. [citado el 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-54484/11%20Exploraci%C3%B3n%20Resumida.pdf>

44. NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación: 2021-2023. ELSEVIER; 2021.
45. North American Nursing Diagnos Nanda International, Nanda International. Diagnosticos Enfermeros. Definiciones y Clasificacion 2021-2023. Herdman TH, editor. Elsevier; 2021.
46. De M, Pae E. Actualización en Enfermería familiar y comunitaria [Internet]. Enfermerialugo.org. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: [https://www.enfermerialugo.org/wp-content/uploads/2021/09/Tema-Modelos-de-Enfermeria.PAE\\_.pdf](https://www.enfermerialugo.org/wp-content/uploads/2021/09/Tema-Modelos-de-Enfermeria.PAE_.pdf)
47. Castro Sánchez L, Flores Rangel H. Enfermería geriátrica: protocolos del cuidado del anciano [Internet]. México: Grupo Fármacos Especializados; 2006. Disponible en: <http://biblioteca.ulsaneza.edu.mx/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=443%20thumbnail-shelfbrowser>
48. Instituto Nacional de Geriátria [Internet]. Gob.mx. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>
49. Secretaría de la Ciudad de México S de I y. BS. Secretaría de Inclusión y Bienestar Social de la Ciudad de México [Internet]. Secretaría de Inclusión y Bienestar Social de la Ciudad de México. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://sibiso.cdmx.gob.mx/blog/post/quienes-son-las-personas-mayores>
50. Durán LR. La vejez en movimiento. Un enfoque integral. DUNKEN; 2013. [citado el 16 de noviembre de 2022]
51. Pardo Andreu G. Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. Rev cuba investig bioméd [Internet]. 2003 [citado el 12 de diciembre de 2022];22(1):0–0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002003000100008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100008)
52. Campos R, Barzuna L. Estudio del Envejecimiento. Rev médica Hosp nac niños Dr Carlos Saenz Herrera [Internet]. 2004 [citado el 20 de diciembre de 2022];39(2):33–47. Disponible en:

[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1017-85462004000200004](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1017-85462004000200004)

53. (IDEM-47)

54. El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales [Internet]. Mheducation.es. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>

55. Sánchez C, Rangel F. enfermería geriátrica. protocolos de cuidado al anciano. :32–35. [citado el 11 de noviembre de 2022]

56. (IDEM-44)

57. Situación de las personas adultas mayores en México [Internet]. Gob.mx. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101243\\_1.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf)

58. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Gob.mx. [citado el 20 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5616097&fecha=16/04/2021](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5616097&fecha=16/04/2021)

59. Procuraduría Federal del Consumidor. Geriátrica. La importancia de envejecer bien [Internet]. gob.mx. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/profeco/documentos/geriatria-la-importancia-de-envejecer-bien?state=published>

60. Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5° edición. . [citado el 11 de noviembre de 2022].

61. Coryell W. Depresión [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado el 11 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/depresi%C3%B3n>

62. Mitchell C. OPS/OMS | [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [citado el 11 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=0&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=0&lang=es)

63. Alonso-Fernández F. Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo. *Salud Ment (Mex)* [Internet]. 2009 [citado el 14 de diciembre de 2022];32(6):443–5. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252009000600001](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000600001)
64. Vizarreta Vega Marlene Espinoza Cadillo Deli Margarita. Factores condicionantes y el Nivel de Depresión en el Adulto mayor del centro geriátrico San Martín de Porres [Internet]. *Edu.pe*. 2021 [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: [http://repositorio.unid.edu.pe/bitstream/handle/unid/256/T117\\_46510659\\_T%20T117\\_09973409\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unid.edu.pe/bitstream/handle/unid/256/T117_46510659_T%20T117_09973409_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
65. Gómez Ayala A-E. La depresión en el anciano. *Offarm* [Internet]. 2007 [citado el 11 de noviembre de 2022];26(9):80–94. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-depresion-el-anciano-13111062>
66. Coryell W. Trastornos depresivos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>
67. Dick Paredes DF, Pazmiño Farfán JC, Franco Orellana JM, Bravo Legarda AA. Trastorno disfórico premenstrual. *RECIAMUC* [Internet]. 2019 [citado el 11 de diciembre de 2022];3(1):199–217. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007193.htm>
68. (IDEM-60)
69. Cara Rodríguez R, Avilés Sáez Z, López Trinidad LM. Comunicación y escucha activa por parte del profesional de Enfermería a pacientes con cáncer ginecológico: una revisión bibliográfica = Nursing staff communication and active listening to patients with gynecological cancer: a bibliographic review. *Rev Esp Comun Salud* [Internet]. 2018 [citado el 16 de diciembre de 2022];9(2):221. Disponible en: <https://core.ac.uk/reader/270226330>

70. Subiela Garcia JA, Abellón Ruiz J, Celdrán Baños AI, Manzanares Lazaro JA, Satorres Ramis B. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enferm Glob* [Internet]. 2014 [citado el 16 de diciembre de 2022];13(2):276–92. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000200013](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200013)
71. Gil B, Gil-Juliá B, Bellver A, Ballester R. DUELO: EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO [Internet]. *Ucm.es*. 2008 [citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/PSIC0808130103A/15522/>
72. Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2007 [citado el 18 de enero de 2022];30:163–76. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000600012](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012)
73. Álvarez Monsalve E. proceso de duelo y herramientas de afrontamiento [Internet]. *Edu.co*. 2019 [citado el 18 de enero de 2022]. Disponible en: [https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16345/1/AlvarezEsteffania\\_2019\\_ProcesoDueloEstrategias.pdf](https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16345/1/AlvarezEsteffania_2019_ProcesoDueloEstrategias.pdf)
74. Thayer RE. T. Estado de Ánimo [Internet]. *Mentesabiertas.org*. [citado el 14 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.mentesabiertas.org/trastornos-del-estado-de-animos/depresion/bipolar/tratamiento-psicologico/psicologos/terapia-adultos-infantil/asociacion-psicologia-madrid>
75. Baena A, Maurilia Z, Sandoval Villegas A, Urbina CC, Norma T, Juárez H, et al. LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO [Internet]. *Unam.mx*. [citado el 14 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov\\_art110.pdf](https://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf)
76. Yolanda. Autoconciencia Emocional- Psicólogos Ourense [Internet]. *Psicólogos en Ourense Con Psicología*. 2019 [citado el 12 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.conpsicologia.es/blog/autoconciencia-emocional-como-puede-ayudarme/>

77. Gallardo Vergara RR, Universidad Austral de Chile. Theory of mind and alexithymia: Emotional self-awareness and the other's face in a sample of cancer patients and contrast group. *Psicol Desde Caribe* [Internet]. 2018 [citado el 14 de diciembre de 2022];35(2):1–26. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-417X2018000200116&lang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2018000200116&lang=es)
78. Bados A, Eugeni G. LA TÉCNICA DE LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA [Internet]. Uprrp.edu. [citado el 23 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://sociales.uprrp.edu/relaciones-laborales/wp-content/uploads/sites/17/2022/09/Reestructuracion-cognitiva-Bados-y-Garcia-2010.pdf>
79. Greenberger D, Christine A, Padesky. El control de tu estado de ánimo [Internet]. Planetadelibros.com. 2016 [citado el 23 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.planetadelibros.com/libros\\_contenido\\_extra/34/33066\\_El\\_control\\_de\\_tu\\_estado\\_de\\_animo.pdf](https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/34/33066_El_control_de_tu_estado_de_animo.pdf)
80. Vega Angarita OM, González Escobar DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm Glob* [Internet]. 2009 [citado el 16 de diciembre de 2022];(16):0–0. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000200021](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021)
81. Remes Troche JM, Gómez Escudero O, Icaza Chávez ME, Noble Lugo A, López Colombo A, Victoria Bielsa M, et al. Guías de diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en México. *Rev Gastroenterol Mex* [Internet]. 2011 [citado el 28 de diciembre de 2022];76(2):141–54. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-guias-diagnostico-tratamiento-del-estreñimiento-articulo-X037509061124327X>
82. Mascaró J, Formiga F. Valoración y tratamiento del estreñimiento en el anciano [Internet]. [citado el 28 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/Rodrigo/Downloads/S0211139X06729614.pdf>

83. Alvarado-García A, Lamprea-Reyes L, Murcia-Tabares K. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería [Internet]. Scielo. 2017 [citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632017000300199#:~:text=La%20intervenci%C3%B3n%20m%C3%A1s%20apropiada%20para,3%20veces%20por%20semana21](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300199#:~:text=La%20intervenci%C3%B3n%20m%C3%A1s%20apropiada%20para,3%20veces%20por%20semana21)
84. Gregorio PG, Cordero PR, Carmona JMM, Trigo JAL. Guía de ejercicio FÍSICO para mayores [Internet]. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. [citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/GU%C3%8DA%20DE%20EJERCICIO%20F%C3%8DSICO%20PARA%20MAYORES.pdf>
85. Medina Cordero A, Feria Lorenzo DJ, Osoz Muñoa G. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Enferm Glob [Internet]. 2009 [citado el 17 de diciembre de 2022];(17):0–0. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000300005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005)
86. Montañés MC. ANSIEDAD Y TRASTORNOS DEL SUEÑO [Internet]. Www.uv.es. [citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.uv.es/=cholz/SuenoAnsiedad.pdf>
87. (IDEM -76)
88. Lizeretti NP. Tratamiento de los trastornos de ansiedad: Diseño y evaluación de una intervención grupal basada en I Inteligencia Emocional [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://tdx.cat/bitstream/handle/10803/9269/Tesis\\_Nathalie\\_P\\_Lizeretti.pdf?sequence=1](https://tdx.cat/bitstream/handle/10803/9269/Tesis_Nathalie_P_Lizeretti.pdf?sequence=1)
89. Puyol A. ¿Quién es el guardián de nuestra propia salud?: responsabilidad individual y social por la salud. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2014 [citado el 20 de enero de 2023];88(5):569–80. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272014000500003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000500003)

90. Martin G, Pear J. Modificación de conducta qué es y cómo aplicarla [citado el 20 de enero de 2023]. Disponible en: [https://conductitlan.org.mx/06\\_psicologiaclinica/PISCOLOGIA%20CLINICA/RECURSOS/modificacion%20de%20conducta%20que%20es%20y%20como%20aplicarla.pdf](https://conductitlan.org.mx/06_psicologiaclinica/PISCOLOGIA%20CLINICA/RECURSOS/modificacion%20de%20conducta%20que%20es%20y%20como%20aplicarla.pdf)
91. Eric J. autoestima [Internet]. Ugto.mx. [citado el 20 de enero de 2023]. Disponible en: <http://www.dcne.ugto.mx/respaldo1/Contenido/MaterialDidactico/amezquita/Lecturas/Autoestima.pdf>
92. (IDEM-72)
93. Rojas EGC. Precisando el concepto de apoyo emocional en el quehacer de enfermería [Internet]. Core.ac.uk. 2008 [citado el 28 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323353674.pdf>
94. María P, Garduño M, Martínez D, Martínez VG, Juárez S. Apoyo emocional: conceptualización y actuación de enfermería, una mirada desde la perspectiva del alumno [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 23 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2009/eu093f.pdf>
95. ¿Qué es el “asesoramiento en materia de adicciones”? [Internet]. Paracelsus Recovery. 2021 [citado el 20 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.paracelsus-recovery.com/es/blog-es/que-es-el-asesoramiento-en-materia-de-adicciones/>
96. Montañés MC. ANSIEDAD Y TRASTORNOS DEL SUEÑO [Internet]. Www.uv.es. [citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.uv.es/=cholz/SuenoAnsiedad.pdf>
97. Purriños MJ. ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) [Internet]. Meiga.info. [citado el 19 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>
98. Miguel A, Cuba S, Espinoza MA. apgar familiar [Internet]. Org.bo. [citado el 28 de diciembre de 2022]. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1\\_a10.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf)



## IX. ANEXOS

### Anexo 1: Escala de YESAVAGE

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión en el adulto mayor, ya que esta es una de las enfermedades con un gran impacto en este tipo de población, esta evalúa 15 ítems, de los cuales se generan respuestas dicotómicas SI-NO. Esta maneja una puntuación máxima de 15 la cual indica una depresión grave.<sup>96</sup>

La puntuación que maneja esta escala es:

0-4 puntos: Se considera normal, sin síntomas depresivos.

5-8 puntos: Indica la presencia de síntomas depresivos leves.

9-10 puntos: Indica la presencia de síntomas depresivos moderados.

12-15 puntos: Indica la presencia de síntomas depresivos graves.

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Si (1)	No (0)
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Si (1)	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Si (0)	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Si (1)	No (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si (0)	No (0)
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Si (1)	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si (1)	No (0)
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Si (0)	No (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Si (1)	No (0)

<sup>96</sup> Montañés MC. ANSIEDAD Y TRASTORNOS DEL SUEÑO [Internet]. Www.uv.es. [citado el 18 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.uv.es=/cholz/SuenoAnsiedad.pdf>

10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Si (1)	No ( )
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Si (0)	No ( )
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Si (0)	No ( )
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Si (1)	No ( )
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si (0)	No ( )
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Si (1)	No ( )

## Anexo 2: Escala de HAMILTON

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.<sup>97</sup>

La puntuación manejada es:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

ITEM	PUNTOS
Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4
Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2

<sup>97</sup> Purriños MJ. ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) [Internet]. Meiga.info. [citado el 19 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>

- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
<b>Suicidio</b>	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
<b>Insomnio precoz</b>	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
<b>Insomnio intermedio</b>	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
	3
<b>Insomnio tardío</b>	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
<b>Trabajo y actividades</b>	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
<b>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</b>	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligero retraso en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2

- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
<b>Agitación psicomotora</b>	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
<b>Ansiedad psíquica</b>	
- No hay dificultad	0
- Tensión subjetiva e irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten	4
<b>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</b>	
- Ausente	0
- Ligera	1
- Moderada	2
- Severa	3
- Incapacitante	4
<b>Síntomas somáticos gastrointestinales</b>	
- Ninguno	0
- Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2
<b>Síntomas somáticos generales</b>	
- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	1
- Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2

<b>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</b>	
- Ausente	<b>0</b>
- Débil	1
- Grave	2
<b>Hipocondría</b>	
- Ausente	<b>0</b>
- Preocupado de si mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
<b>Pérdida de peso</b>	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	<b>0</b>
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
<b>Introspección (insight)</b>	
- Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
- No se da cuenta que está enfermo	<b>3</b>

### Anexo 3 Apgar familiar

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción.<sup>98</sup>

	CASI SIEMPRE (2)	ALGUNAS VECES (1)	CASI NUNCA (0)
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.		<b>1</b>	
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			<b>0</b>
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.		<b>1</b>	
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			<b>0</b>
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.		<b>1</b>	

<sup>98</sup> Miguel A, Cuba S, Espinoza MA. apgar familiar [Internet]. Org.bo. [citado el 28 de diciembre de 2022]. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1\\_a10.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf)