



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL
DISTRITO FEDERAL
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

NOMBRE DE LA OPCIÓN

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TRABAJO

DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL RELACIONADO CON DEPRESIÓN

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

NOHEMI VEJAR GAYOSSO

DIRECTOR DE TRABAJO ESCRITO

LIC. ENF. SILVIA VEGA HERNÁNDEZ

CIUDAD DE MÉXICO, 2017



SECRETARÍA DE SALUD

**Dirección de Educación e Investigación
Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud
Escuela de Enfermería**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Desempeño Ineficaz del Rol relacionado con
Depresión

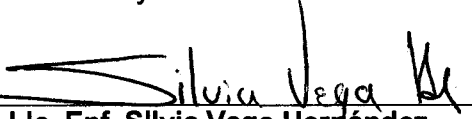
Elaborado por:

1.	<u>Vejar</u>	<u>Gayosso</u>	<u>Nohemi</u>	Núm. de cuenta:	<u>412504802</u>
2.					
3.					
	Apellido paterno	Materno	Nombre	Núm. de cuenta	

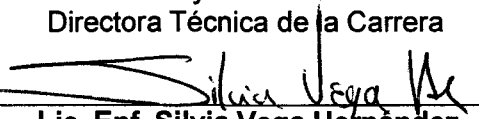
Alumna (s) de la carrera de: Licenciada en Enfermería y Obstetricia
Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México a 28 de junio de 2017

Nombre y firma del Asesor


Lic. Enf. Silvia Vega Hernández

Nombre y firma de la
Directora Técnica de la Carrera


Lic. Enf. Silvia Vega Hernández

Sello
Institución



Secretaría de Salud del Distrito Federal
Escuela de Enfermería
DIRECCIÓN
CLAVE 3095



SECRETARÍA DE SALUD

2.4 DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

Para empezar no quiero dejar atrás las horas que descuidé, debido a decisiones erróneas que me llevaron por otro camino, alejándome de mi formación académica. Fueron catorce años aproximadamente los que deje pasar, sin embargo, lo importante siempre será la oportunidad que tuve para retomar mis estudios y llegar a este punto donde me siento inmensamente orgullosa de mi misma y de todo lo que he logrado hasta este momento.

En primer lugar, quiero agradecer a Dios tantas cosas como lo son: la vida con todas las experiencias buenas y malas, el amor de mi familia, amigos, mi salud y mi cuerpo entero habiendo tantas personas con capacidades diferentes y aquí estoy completa y sana para seguir adelante.

En segundo lugar agradecer infinitamente a Judith y a mi Fran; definitivamente ustedes fueron las grandes personas que motivaron mi superación profesional y me acompañaron en este largo y arduo camino, viviendo junto conmigo los desvelos, la angustia por el periodo de exámenes, mis traumas sobre mis calificaciones de ocho y sin lugar a dudas mis locuras al saber que pasaba con exento alguna materia. Gracias por su invaluable apoyo durante mis facetas como madre, esposa y estudiante aguantando fuerte y siendo el soporte de nuestra familia. ¡Los amo!

En tercer lugar agradecer los valores, inculcados durante mi niñez, mi formación como persona de bien con el amor que solo unos excelentes padres le pueden dar a su hija, te extraño mucho papá y yo sé que estas muy orgulloso de tu chipote te encuentres donde te encuentres. Mami tal vez no te lo diga seguido, pero gracias a ti soy lo que soy y espero te sientas orgullosa de ello, gracias por la vida y la familia que me diste. A mis hermanos Omar y Juan de Dios mis compañeros de

infancia, gracias por las travesuras y apoyo que me han brindado a lo largo de toda mi vida, los amo hermanos.

Y por último pero no por eso menos importantes quiero dedicar este trabajo a todos mis profesores desde nivel preescolar hasta nivel licenciatura. Gracias a ustedes aprendí desde cómo hacer un círculo donde tenía que llenar adecuadamente un cuadro, hasta como elaborar un Proceso Atención Enfermero con un lenguaje científico. Sobre todo a la Profesora y Asesora de PAE Silvia Vega Hernández, por transmitir su amor y vocación como Enfermera y Docente, dejando su inestimable huella en mí desde primer semestre con su materia de Historia de la Enfermería, siendo con ello un extraordinario modelo a seguir dentro de estas áreas profesionales.

2.5 ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	5
II. JUSTIFICACIÓN:	7
III. METODOLOGÍA	8
IV. OBJETIVOS	10
4.1 General.....	10
4.2 Específicos.....	10
V MARCO TEÓRICO.....	11
5.1 Enfermería como profesión disciplinar	11
5.1.1 Enfermería como disciplina.....	16
5.2 El cuidado como objeto de estudio	30
5.2.1 Concepto.....	30
5.2.2 Antecedentes del cuidado:.....	31
5.2.3 Tipos de cuidado	35
5.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA	37
5.3.1 Concepto, objetivos y clasificación.....	37
5.3.2 Relación de la Teoría con el Proceso de Enfermería.....	40
5.3.3 Modelo Conceptual de Virginia Henderson (Definición de la Enfermería)	42
5.4 El proceso de enfermería como herramienta metodológica para dar cuidado a la persona sana o enferma.	46
5.4.1 Concepto:.....	46
5.4.2 Objetivo	46
5.4.3 Descripción de etapas	47
5.5 LA PERSONA.....	49
5.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales:.....	49
5.5.2 Enfermedades más frecuentes.	55
5.5.3 Descripción del padecimiento.....	60
VI. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	82
6.1 Presentación del caso clínico.....	82

6.2 Resultados de Valoración.....	92
6.3 Priorización de Diagnósticos de Enfermería	103
6.4 Diagnósticos reales.	111
6.5 Diagnósticos potenciales	112
6.6 Diagnósticos de Promoción a la Salud.....	112
6.7 Plan de cuidados de Enfermería	113
VII CONCLUSIONES.....	144
VIII BIBLIOGRAFÍA.....	147
IX ANEXOS	153

I. INTRODUCCIÓN

Debido a la estabilidad y el bienestar, en materia de salud, dentro de las sociedades desarrolladas y en vías de desarrollo, se ha dado un incremento importante en la esperanza de vida, invirtiendo de forma radical la pirámide demográfica, viéndose el aumento en la población geriátrica dentro de estas sociedades. Según la OMS la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Se calcula, que entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. Es preciso reconocer que este grupo poblacional puede llegar a sufrir problemas físicos y mentales.

Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neuronal (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en este grupo de edad.¹

Mientras tanto en nuestro país abundan viejos de 50 y jóvenes de 80 años. Es una cuestión de actitud, más que de años y salud, dicen algunos expertos en la materia, aunque ubican el inicio de la tercera edad alrededor de los 65 años.

Las sociedades con mayor nivel sociocultural son las que poseen mayor cantidad de personas con esos o más años, y su calidad de vida tiene el mismo nivel de la calidad de los servicios médicos asistenciales y tecnológicos que posean.

¹ La salud mental y los adultos mayores. [Internet] Año 2016 [consulta 26 de Marzo de 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

El retiro de la actividad laboral a veces se extiende a una especie de retiro del núcleo familiar, llegando incluso a terminar sus días en geriátricos y hogares de reposo, cuando llega el deterioro de la salud mental.

Cabe mencionar la importancia en que los prestadores de asistencia sanitaria, en este caso los profesionales de enfermería, y la sociedad en conjunto deben procurar su atención a las necesidades especiales de los grupos de población de edad mayor, ya que la depresión es un trastorno del estado de ánimo que debe ser tratado profesionalmente; los trastornos depresivos se diferencian de la tristeza o la melancolía en su duración e intensidad, si el adulto mayor no recibe ayuda a tiempo podría llegar a pensar incluso en el suicidio.

Es mucho lo que se puede hacer para apoyar y mejorar la vida de las personas adultas que padecen depresión, así como a sus cuidadores y familias, como por ejemplo el diagnóstico temprano para promover el tratamiento oportuno y preciso, la optimización de la salud física y psíquica y el bienestar, la identificación y el tratamiento de las enfermedades físicas conexas, la detección y el tratamiento de síntomas comportamentales y psíquicos difíciles, y el suministro de información y apoyo prolongado a los cuidadores.

Con base a lo anterior, se realiza el presente Proceso Atención de Enfermería, fundamentado en el Modelo Conceptual de Virginia Henderson (Definición de la Enfermería), a una persona con desempeño ineficaz del rol relacionado con depresión, en su domicilio, que le permita al profesional de enfermería utilizar sus conocimientos y habilidades para valorar, diagnosticar y tratar la respuesta humana ante un problema de salud real, potencial o de bienestar y con ello establecer un plan de cuidados de manera individualizada, mediante la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina. Y así proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle a un estado de bienestar y mejorar su calidad de vida.

II. JUSTIFICACIÓN:

La asistencia sanitaria y social dentro de la población en general es importante para mejorar la salud, prevenir enfermedades y tratar los padecimientos crónicos degenerativos. Siendo la prioridad, la comunidad de adultos mayores, debido al cambio en la pirámide poblacional. Por lo tanto, es importante que el personal de salud esté preparado ante el incremento en la atención a los problemas y trastornos relacionados con la vejez.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo y de las emociones. Es una enfermedad que está relacionada con una disminución en la serotonina, que es un neurotransmisor que regula las emociones de bienestar y el sueño; provocan un cambio en su energía, y se ve reflejado en una serie de alteraciones en las que dominan los sentimientos de tristeza y baja de la voluntad.

Es importante señalar que aun cuando existen una gran variedad de tratamientos eficaces, la depresión en los adultos mayores sigue siendo poco reconocida y mucho menos tratada. Es considerada una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico, por lo que es necesario actuar de manera oportuna y eficaz.

Para ello es imprescindible proporcionar a la persona una atención integral, mediante la aplicación de un Proceso Atención de Enfermería, que le permita a la enfermera otorgar cuidados de manera sistematizada y de calidad con base a las necesidades de la paciente y con ello contribuir en la mejora de su calidad de vida y evitar complicaciones, así como dar capacitación y apoyo a los familiares que lo atienden para fortalecer su dinámica familiar y su integración durante el proceso de cuidado.

III. METODOLOGÍA

Dentro de las opciones dadas en la forma de titulación en la institución académica, se selecciona la forma escrita mediante la elaboración y presentación de un Proceso Atención Enfermero, desarrollando a su vez dentro de este trabajo todas las etapas del mismo. Se selecciona a la paciente adulta mayor originaria del estado de Hidalgo, tomando como referencia su estado de salud depresivo y por medio de su consentimiento informado se da paso al PAE.

Se inicia con la obtención de datos mediante la aplicación de dos instrumentos de valoración aplicados en el domicilio de la paciente, en el primero se tomó como referencia las catorce necesidades del Modelo Conceptual de Virginia Henderson (Definición de la Enfermería), y posteriormente se realizó la valoración mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage debido a que es una de las escalas más utilizadas en la actualidad en población anciana, ya que su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo. Al término de la valoración, se procede a ordenar la información obtenida, comenzando con marco teórico tomando como referencia la depresión en el adulto mayor, así mismo el desarrollo del diagnóstico enfermero, marcando con esto los objetivos a los que se quiere llegar teniendo como apoyo los libros NANDA, NOC y NIC realizando las intervenciones estandarizadas de este último, para obtener el resultado esperado por la paciente, no sin antes realizar una evaluación de todas las actividades realizadas y corroborando los resultados finales de este.

Se da un período de revisión por parte del personal docente donde se realizan las correcciones pertinentes y a su vez los cambios indicados para el desarrollo de este trabajo, recabando firmas de aprobación para dar paso a su impresión.

Las actividades realizadas con la paciente se realizaron en un marco de completa, participación y comunicación, donde si encontraron dificultades fue con su familia,

debido a que sus hijos manifiestan no contar con el tiempo necesario para atender ciertas actividades recreativas con ella, manifiestan que por la lejanía no es imposible visitarla diario, pero harán lo posible para realizar las visitas con más frecuencia.

IV. OBJETIVOS

4.1 General

Elaborar un Proceso de Atención de Enfermería a una persona Adulto mayor con desempeño ineficaz del rol relacionado con depresión, en su domicilio con el fin de proporcionar una atención holística y de calidad con base al Modelo de Atención de Virginia Henderson.

4.2 Específicos

- Valorar e Identificar las necesidades en la persona con el fin de jerarquizarlas y conocer su condición general de salud.
- Diseñar los diagnósticos de enfermería, reales, potenciales y de bienestar.
- Elaborar un Plan de Cuidados de enfermería para la atención domiciliaria, respetando su dignidad, para contribuir en su tratamiento, rehabilitación y favorecer su dinámica social.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería de manera conjunta, para iniciar medidas de prevención y con ello evitar mayor deterioro
- Evaluar las intervenciones de enfermería de manera continua para verificar los resultados esperados y su grado de dependencia e independencia.

V MARCO TEÓRICO

5.1 Enfermería como profesión disciplinar

Las profesiones de la salud tienen el compromiso de realizar actividades relacionadas con esta función social -cuidar y mantener la vida-, y con los esfuerzos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.²

Una disciplina profesional, se define por su relevancia social y la orientación de sus valores, estos requisitos requieren expresarse de forma nuclear, clara y precisa y parte fundamental del crecimiento de la disciplina radica, en el crecimiento de las teorías que dan sustento al conocimiento de la enfermería teniendo como prioridad, aquel conocimiento que permita ser la base de una práctica fundamentada y autónoma.³

Según la definición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 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.

El concepto de profesión, es habitualmente asociado en el colectivo social a un título que es obtenido a través de estudios superiores. Sin embargo, el término requiere mayor análisis desde su concepto, evolución histórica y de este modo lograr comprender como se fue perfilando una profesión dentro de la sociedad.

La enfermería como profesión se fue perfilando a través de los años. La suposición de que enfermería es un arte innato a cualquier mujer ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión.⁴

² Cárdenas, M., Zarate, R. (2010). La enfermería como disciplina profesional. En: UNAM, Editor. La teoría de enfermería: Dimensiones, conceptos y aplicaciones prácticas. Multimedia. Ed. México ENEO-UNAM.

³ Duran VM, Marco epistemológico de la enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Asesora de la Facultad de enfermería Universidad de la Sabana. Colombia, 1992, p. 83-87.

⁴ Leddy S. y Peppler J. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. 1ª ed. México: OPS; 1989

Es en este contexto donde surge la enfermería como profesión incipiente con Florence Nightingale, quien establece las bases de una formación formal para enfermeras. Ésta se realizaba en hospitales con instrucción entregada por médicos. Las candidatas eran sometidas a un estricto sistema de selección de disciplina y calidad moral.⁵

CARACTERÍSTICAS DE LAS PROFESIONES

1. **Tener 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 le dan sustento a su práctica. 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. **Utilización del método científico.** El Proceso de Atención de Enfermería es el resultado de esfuerzos que comenzaron a realizarse a mediados del Siglo XX. Este proceso consiste en la aplicación del método científico, 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.

⁵ Schubert V. El Legado Histórico del modelo Nightingale Su estilo de Pensamiento y su Praxis. Revista Horizonte de Enfermería. 1988; 9 (1):7-21.

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.

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.

El sistema Nightingale llega a Estados Unidos aproximadamente el año 1873, y dio continuidad a la formación de enfermeras en hospitales. Posteriormente surgió la tendencia de establecer hospitales universitarios, convirtiendo las escuelas de enfermería en parte del sistema universitario general.

En América Latina la formación universitaria en enfermería es relativamente reciente, comenzó a vincularse a las universidades en la década de los treinta del siglo XX. Junto a esto los procesos de formación de enfermeras han sido muy heterogéneos. Diferentes programas y años de estudios en la formación de enfermeras a nivel mundial, ha sido un factor que ha dificultado el desarrollo de esta carrera en su reconocimiento social como profesión a lo largo de la historia.

4. **Funcionar con autonomía en la formulación del control profesional.** La conquista de la autonomía 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. 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. En la medida que la enfermera se ha empoderado de los cuidados como su principal propósito, y cuenta con argumentos teóricos, es capaz de perfilar un quehacer autónomo e indelegable. La autonomía y su asociada responsabilidad se evidencian en la legislación de los países que regula el quehacer profesional.

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 Asociación Nursing American (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.

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 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 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.⁶

⁶ Burgos MM, Paravic KT. Enfermería como Profesión. Scielo. [Internet] 2009 [12 de abril 2017]; 25 (1-2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100010

5.1.1 Enfermería como disciplina

Es un conjunto de conocimientos rigurosos y semánticos sobre determinada materia, en donde se explica, describe, analiza un fenómeno y confiere unos conocimientos ordenados y sistemáticos, los cuales interrelacionados con otras disciplinas pero con independencia de ellas, a la vez implica un ejercicio profesional, con actitudes determinadas, aptitudes específicas y técnicas aplicadas.⁷

Las disciplinas se caracterizan por los siguientes aspectos:

1. Poseen un cuerpo de conocimiento sistemático y relacionado.

La enfermería como ciencia ha revolucionado a la par de las diferentes corrientes de pensamiento que han ocurrido a lo largo de la historia, provocando situaciones de cambio al interior de su práctica. A mediados del siglo pasado es cuando se identifica claramente un proceso de consolidación como disciplina profesional, sustentada por una serie de investigaciones y aportaciones teóricas que le han dado solidez sintáctica.

Ha creado un cuerpo de conocimientos que interpreta, describe y explica los fenómenos que ocurren en torno al cuidado, a través de métodos de indagación que tienen en cuenta la naturaleza práctica de la acción de cuidar; han vislumbrado su fundamentación epistemológica, construyendo teorías que orientan el cuidado la persona como sujeto de cuidado, el entorno con el que interactúa la persona y la concepción de salud que le subyace. De este avance teórico no excluya la tarea por hacer al respecto, de la consolidación de la enfermería como ciencia.

La construcción del conocimiento de la Enfermería como disciplina aplicada, se inscribe en la epistemología filosófica y en los paradigmas de la ciencia general,

⁷ Ídem

que explican e implican la construcción y validación de los modelos teóricos, teorías, métodos y tecnologías, que constituyen el cuerpo científico de esta disciplina, concebida como: autónoma, universitaria y humanística social.

2.- Se han establecido formas de conocimientos propias:

En la disciplina de enfermería conocer se entiende como trabajar en la solución de problemas que son importantes para el bienestar de las personas. En Enfermería Carper (1978) propone cuatro formas de conocimiento que son: **el empírico, ético, estético y personal.**

El **conocimiento empírico**, alude al desarrollo teórico a partir del trabajo empírico, generando interrogantes sobre la práctica del cuidado: teorizado sobre ellas, a través de diferentes metodologías investigativas que permitan la indagación, reflexión, explicación e interpretación a través de metodologías como la inducción o la deducción; en el entendido, que uno solo paradigma investigativo no da las respuestas necesarias debido a la complejidad que implica el cuidado.

El **conocimiento ético** o conocimiento moral guía la práctica de la 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. El código moral o código ético que conduce la conducta 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.

El **conocimiento estético** Este componente está relacionado con el arte de enfermería. Se desarrolla 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. Este se hace visible a través de

las acciones, el cuidado, las actitudes y las interacciones que desarrolla la enfermera en respuesta a las demás personas.

Y por último 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, entender sus experiencias, el significado que le dan a su situación personal, para establecer a través de la interacción formas de cuidado que den respuesta a las necesidades del otro.

Asimismo, permite reconocer las diferencias individuales, las diversas formas de percibir el mismo fenómeno, la confrontación de los puntos de vista de la enfermera con los de las personas que cuida y su genuino deseo de prodigarle bienestar.

3.- El conocimiento se funda en los paradigmas científicos.

Si el cuidado a la salud es una empresa humana cuyo valor esencial es de índole moral, orientado hacia el bien, entonces las prácticas de salud deberán estudiadas no sólo por las ciencias naturales, sino por las ciencias humanas aplicadas. El desarrollo del conocimiento de la Enfermería se fundamenta en la epistemología contemporánea y en sus formas metodológicas de los paradigmas de la investigación científica.

En ese sentido, se identifican tres tradiciones o paradigmas de la ciencia, que han tenido y tienen importancia e influencia en la construcción disciplinar de la enfermería: ***El paradigma Positivista o empírico analítico. El Interpretativo o fenomenológico, y El Socio-criticó o humanista.***

Positivismo: Racionalidad técnica o razón instrumental por citar algunas de sus denominaciones, fue acuñado en el siglo XIX por August Comte, para designar el conocimiento científico, por punto culminante del saber humano. El atributo “lógico” fue añadido para indicar el apoyo que el positivismo obtuvo de los nuevos desarrollos en la lógica formal.

En la Enfermería, se argumenta desde el punto de vista positivista, que el conocimiento de la realidad del cuidado es “objetivo”, es una percepción imparcial de lo que ocurre y es independiente de las opiniones y creencias de los enfermeros. Se presenta en forma de relaciones causa-efecto entre la salud y los comportamientos humanos que pueden aislarse y fragmentarse para su análisis, sin que intervengan los juicios personales de quién los analiza.

Paradigma interpretativo o hermenéutico

Este paradigma se conoce también como cualitativo, fenomenológico, humanista, naturalista o etnográfico. Ha surgido como una alternativa al paradigma positivista, no pretende hacer generalizaciones a partir del objeto estudiado, más bien dirige su atención a aquellos aspectos no observables, no medibles, ni susceptibles de cuantificación, interpreta y evalúa la realidad, no la mide; es decir, no le interesa el mundo sino la forma en que el conocimiento del mundo, se da.

Los hechos se interpretan partiendo de los hechos, intereses, motivos, expectativas, Concepción del mundo, sistema ideológico de los involucrados, investigador e investigados; no se puede interpretar de manera neutral separando al investigador del factor subjetivo, de lo espiritual.

Busca la objetividad en el ámbito de los significados. Se centra en la descripción de lo que es único y personal en el sujeto y no en lo generalizable; pretende desarrollar conocimiento ideográfico y acepta que la realidad es dinámica, múltiple y holística; cuestiona la existencia de una realidad externa valiosa para ser analizada.

El **paradigma socio crítico o humanista**, dada su naturaleza analítica y transformadora, se centra en el análisis de la función que tienen la ciencia y la tecnología en las sociedades modernas, y su vinculación con el poder. El propósito común es teorizar la crisis de valores en las sociedades liberales postindustriales, en donde central es el papel de la ciencia y la tecnología en las sociedades modernas y su vinculación con el poder; tratan de reconciliar la relación teoría-práctica desde posiciones contrarias al positivismo. Se basa en una epistemología que tiene un componente de crítica ideológica, el para que de la acción, la relación objeto-sujeto en la sociedad y el papel de los valores en ese proceso.

En el campo de la enfermería, el conocimiento técnico hace referencia a los procedimientos o métodos claramente definidos por unas reglas invariables o protocolos de actuación por ejemplo: y técnicas de ministración de medicamentos, técnicas de sondeo, técnicas para la toma de signos vitales, rutina establecidas en los servicios, técnicas para el cálculo del personal de enfermería por servicio y otros; pero el problema está cuando la noción de cuidado se reduce a la racionalidad técnica y a la eficacia.

4.- Los conceptos básicos de la Enfermería sustentan la disciplina y la profesión.

Uno de los componentes de la sintaxis disciplinar lo constituyen los fenómenos que la Enfermería debe investigar para desarrollar conocimientos; estos derivan del **metaparadigma** o conceptos básicos, que influyen y determinan a la práctica profesional y su área de competencia; surgen de los fenómenos abstractos y generales, y dan una perspectiva universal a la disciplina. Son muchas las propuestas teóricas de Enfermería que explican los fenómenos de los que se derivan conceptos que les son comunes, permiten su análisis, y dan significado y especialidad a la disciplina.

Estos conceptos son:

- El “**cuidado**” como el objeto de estudio de la Enfermería.
- La “**persona**” como el sujeto de cuidado.
- La “**salud**” como un valor y un derecho humano.
- El “**entorno**” interno y externo de cada persona.

El cuidado ha sido identificado como objeto de estudio y eje del ejercicio profesional, siendo este intencional, interpersonal e intransferible, como lo plantea Colliere: “El cuidado humano en enfermería no es una simple emoción, preocupación o un deseo bondadoso, cuidar es el ideal moral de Enfermería, el fin es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana; implica valores, deseos y compromiso de cuidar, conocimiento y acciones de cuidado”. (Colliere, 1982).

La persona, sujeto de estudio y de cuidado, se concibe como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, un todo integral indisociable, más complejo que la suma de sus partes y diferente a estas, que tiene maneras de ser únicas en relación consigo mismo y con el universo. Las personas cuentan con un bagaje cultural; sus expresiones y su estilo de vida reflejan los valores, las creencias, las prácticas de su cultura y por ende, su salud.

Cada persona es única y particular, lo que determina necesidades, las cuales se constituyen en el punto de referencia para el cuidado de Enfermería. La noción de persona abarca a cada individuo, hombre o mujer, a la familia, al grupo y a la colectividad. La persona humana “como única e irrepetible existe, necesariamente, en un cuerpo sexuado de hombre o de mujer, cada uno igualmente diferente. (Alatorre, 2004).

Desde el punto de vista **ontológico**, existen cuatro tipos de ser: ser real, ser lógico, ser verdadero y ser potencial, los cuales se definen de la siguiente manera.

El **ser real** es el ser existente, independiente de la conciencia; por ejemplo, la persona está existe porque posee una corporeidad y un espíritu que la determina cómo hombre o mujer, ambos integrados; por tanto, en el cuidado merecen una atención equilibrada.

Ser lógico es lo que existe a partir de construcciones mentales; por ejemplo, el bienestar, de ahí que uno de los objetivos fundamentales del cuidado.

Ser verdadero es el ser real que existe; por ejemplo, la Sra. María adulta mayor que requiere cuidados espirituales.

Y por último, el **Ser potencial** que es el ser real que puede existir pero que no lo hace debido a múltiples factores; un ejemplo es la Sra. Luisa que sufre de obesidad, sin embargo, posee la fuerza, el conocimiento, y hay que impulsar la voluntad para que tome la decisión de asumir un plan dietético para recuperar su peso (Ledy, 1989).

En el cuidado, el profesional de enfermería se basa en la relación que existe entre el ser real, el ser verdadero y ser potencial; por tanto el cuidado al ser personalizado, necesariamente es diferente entre una persona y otra. Al respecto,

En síntesis, al hablar de la persona se deben considerar los siguientes aspectos:

- Es una unidad invisible y particular (espiritual, emocional, física, cultural, social y económica).
- El cuerpo es el objeto material que le permite la medicación entre su naturaleza y al cultura.
- El conocimiento posibilita y orienta la autorrealización, la cual se concreta en la libertad y acción de la persona.

El entorno comprende el medio interno genético, fisiológico, psicológico y espiritual, y el medio externo compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte: los aspectos físicos, ecológicos, sociales, culturales, políticos, económicos; así como la visión del mundo y todo factor que tenga influencia sobre el estilo de vida de la persona, de tal forma que todas las influencias del entorno proporcionan un significado a las experiencias de la salud y de la vida. El entorno lo constituyen los sitios donde las personas se desarrollan: el hogar, la escuela, los centros de trabajo y otros, y donde atienden su salud: centros comunitarios, centros de asistencia social, centros de salud y centros hospitalarios; es así que la interacción entre cada persona y su entorno condiciona su proceso de salud-enfermedad.

La salud es un valor y una experiencia humana que se vive según las perspectivas, las creencias y las formas de actuar que son culturalmente conocidas y utilizadas, con el fin de prevenir y conservar el bienestar individual y colectivo, permitir a la realización de las actividades cotidianas; varían de una cultura a otra, lo que significa que la salud para una sociedad puede ser diferente para otra.

5.- Las escuelas de pensamiento enfermero.

El dotar a la Enfermería de un cuerpo de conocimientos y de intervenciones propias, ha sido una preocupación permanente para las enfermeras. Para algunas, el inicio se ubica en la figura de Florence Nightingale al dejar evidencia de sus observaciones; cambió el concepto de la Enfermería, la concebía como un servicio femenino a la humanidad, basado en la observación minuciosa y en la experiencia fundada, a fin de poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza pudiera establecer o conservarle la salud, e inició un importante proceso de dignificación del trabajo de las enfermeras.

La teoría de Nightingale se centró en el entorno. Aunque ella nunca utilizó el término entorno en sus escritos, definió y describió con detalles los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido elementos del entorno que se han acabado conociendo como entorno en discusiones de su obra.⁸

Según Kerouac (2005), las distintas concepciones sobre la disciplina pueden en seis escuelas de pensamiento, mismas que sustentan las bases filosóficas y científicas para la comprensión de los fenómenos de estudio e incorporar dicho conocimiento a la sintaxis disciplinar.

Las escuelas del pensamiento obedecen a criterios derivados del paradigma en el que se encuentren y en el devenir histórico que las caracteriza. Estas son: Escuela de las necesidades, Escuela de la interacción, Escuela de los efectos deseados, Escuela de la promoción de la salud, Escuela del ser humano unitario y la Escuela del caring.

La escuela de las necesidades está centrada en la búsqueda del hacer específico de las enfermeras, el cuidado se centra en el logro de la independencia y en la satisfacción de las necesidades fundamentales, por lo que el papel de estas debe privilegiar la capacidad para el autocuidado, la salud es vista como el logro de la autonomía de la persona. Entre las representantes más destacadas están: Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah.

Para Virginia Henderson, “los cuidados enfermeros” consisten en la ayuda proporcionada a las personas en la ejecución de las acciones que satisfagan las catorce necesidades fundamentales. Plantea que, las necesidades son “comunes a toda persona enferma o sana”, las denomina como: respirar normalmente; alimentarse e hidratarse adecuadamente; eliminar; moverse y mantener una posición adecuada; dormir y descansar; vestirse y desvestirse; mantener una

⁸ Raile AM, Marriner TA. Modelos y teorías en enfermería, 7ª ed. España, Elseiver; 2011.

temperatura corporal normal; estar limpio y aseado; evitar los peligros del entorno; comunicarse con otras personas; practicar su religión y actuar según sus creencias; ocuparse de manera que se sienta útil; participar en actividades recreativas; y aprender, descubrir y satisfacer su curiosidad. El objetivo de este modelo teórico es lograr la independencia de la persona, de manera que sea capaz de mantener la salud y lograr la autonomía.

Otra teórica de esta escuela es Dorothea Orem. Postula que “el Autocuidado” es una acción aprendida por una persona en su contexto sociocultural de manera voluntaria y deliberada, con el objetivo de mantener la vida, la salud y el bienestar propio o el de las personas bajo su responsabilidad; Orem agrega que “la imposibilidad de ejercer autocuidado está unida a la incapacidad de decidir, de emprender, o de efectuar una acción personal”.

La escuela de la interacción, surge entre los años 50 y 60. se sustenta en la teoría psicoanalítica y existe en la época la demanda de atención a las necesidades de intimidad y las relaciones humanas; considera que el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle ayuda, por lo que la enfermera debe analizar sus propios valores, sus potencialidades para utilizar su propia persona de manera terapéutica, por lo que se basan en la teoría de la interacción, en la fenomenología y el existencialismo.

Las enfermeras teóricas representantes de esta escuela son: Hildegard Peplau, Josefina y Lorena Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestina Wiedenbach e Imogene King; para ejemplificar esta escuela se considera la propuesta teórica de Peplau.

Hildegard Peplau, reconoce la ciencia enfermera como ciencia humana, se centra en la relación interpersonal para la totalidad de la disciplina enfermera, considera

cuatro fases secuenciales en la relación interpersonal terapéutica: la orientación, la identificación, la profundización y la resolución.

La orientación, fase que sirve para clarificar la necesidad de ayuda y la búsqueda de los recursos necesarios. La identificación, la persona plantea su necesidad de ayuda y su respuesta puede ser de interdependencia, dependencia o independencia respecto a la enfermera; está por su parte, realiza la asistencia y comprende a la persona de acuerdo a su historia personal. La profundización consiste en que la persona aprovecha al máximo su relación con la enfermera y esta le ofrece todas las posibilidades para responder a sus necesidades; y la fase de resolución significa la satisfacción de las necesidades antiguas y resurgen otras; se pueden repetir el proceso o finalizar la relación.

La escuela de los efectos deseables considera que el propósito de los cuidados consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasis o preservar la energía; se fundamenta en las teorías de adaptación, de desarrollo y en la de sistemas.

Las representantes de esta escuela son: Dorothy Jonson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy y Bety Neuman; para ejemplificar esta escuela, Kerouac (2005) propone la teoría de adaptación de Callista Roy.

Roy sustenta que la persona es un ser biopsicosocial que está en interacción constante con su entorno, que a su vez está en constante cambio y es la persona que se adapta a los cambios del entorno o responde a sus estímulos a través de mecanismos de adaptación que posea, sea innatos o adquiridos biológica, psicológica o socialmente, la adaptación depende de los estímulos y del nivel de adaptación.

Los estímulos -según Roy- son de tres tipos: el focal, el que se da al inicio de una experiencia y la persona reacciona de manera inmediata; el contextual es aquel

que se presenta en una situación dada; y los residuales, que se refieren a un efecto indefinido en una situación.

Los principios del humanismo y las necesidades de Maslow son la base de esta teoría.

Los mecanismos que permiten a la persona adaptarse son los siguientes:

- Modo fisiológico, referido a la actividad y al reposo, a la nutrición, eliminación, oxigenación y protección, a las funciones neurológicas y endocrinas, a los sentidos, y a los líquidos y electrolitos.
- Modo de auto imagen, se relaciona con el yo físico y el yo personal.
- Modo de función según los roles: primarios, secundarios o terciarios representados en la sociedad.
- Modo de interdependencia, que pertenece a los comportamientos contributivos y retributivos para dar y recibir amor y respeto.

La escuela de la Promoción a la salud; en esta, el entorno constituye el centro de la reflexión puesto que es en el donde se ubican los factores condicionantes del proceso salud enfermedad; distingue el enfoque social y cultural de la salud y no sólo el carácter biológico, además el papel del aprendizaje en la consecución de la salud como autonomía de la persona en su relación con las instituciones.

Entre las principales teóricas se encuentran Moyra Allen y Madeleine Leninger .

La promoción de la salud en la familia, según Moyra Allen. Esta teoría sustenta que el don máspreciado de una nación es la salud de los individuos, las familias y las comunidades, quienes poseen la motivación para lograr la aspiración de una mejor salud; este valor se aprende a través del descubrimiento personal al interior de la familia, la Enfermería se propone como el recurso primario de salud para las familias y la comunidad.

La escuela del ser humano unitario, es un término promovido por Martha Rogers; considera que la salud y la enfermedad son expresiones del proceso de vida y no están ni opuestas ni divididas, sustenta que la salud es la realización continua de uno mismo y como ser humano unitario, y la enfermedad es parte de la salud.

Se sustenta esta escuela en la psicología, sociología, astronomía, filosofía, historia, biología y la física; y Rogers sugiere que la enfermera se mantenga de los conocimientos de estos campos, de tal manera que puedan innovar el servicio que ofrece a la población.

La escuela del Caring o del desarrollo humanista, define a la enfermería como “Cuidado”, moralmente imperativo en esta sociedad en constante transformación. Representantes como Watson, Paterson, Zderat y Leininger, consideran a la Enfermería como un diálogo humano, como un acto de cuidado y como una presencia de ambos, la persona y la de enfermera.

La experiencia del cuidado tiene características intersubjetivas y recíprocas, consideran que la enfermera y la persona son igualmente importantes en el entendimiento de las necesidades de ambas; los resultados de la relación de cuidado son considerados a través de percepciones y las respuestas humanas. La orientación de Watson es existencial fenomenológica y espiritual, considera a la Enfermería como una ciencia humana y un arte.

Esta corriente de pensamiento ha permeado la práctica y la investigación de la Enfermería contemporánea, aportando elementos sociales críticos y emancipatorios. Por ejemplo Madeleine Leininger propone una visión culturalista de la salud y la enfermedad; entre sus principios de “cuidados enfermeros”, destaca el que reconoce la factibilidad de modificarse las conductas culturales a partir de los aprendizajes significativos.

La misma autora propone tres principios de cuidados: La conservación o mantenimiento de cuidados culturales, la adaptación o la negociación de cuidados culturales, y la remodelación o reestructuración de los cuidados culturales.

6. Conceptualización de la enfermería

Virginia Henderson en 1966, basada en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología y física. La define como: **“la función propia de la enfermera para asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o su recuperación (o a una muerte digna), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesarios.** Todo aquello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.

Dorothea Orem considera que la Enfermería es: **“Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”.**

Para Leininger, la Enfermería como práctica social, se define a partir del concepto de cuidado, la acción social que realizan las enfermeras y enfermeros es cuidar, es decir, se interactúa con otros -individuos, colectivos, sanos o enfermos- con el fin de promover su salud y atenderlos durante la enfermedad –prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación-. El cuidado es una forma de interacción, cuyos motivos y fines se encuentran en el horizonte de la salud y la enfermedad; los problemas, intereses y necesidades en el campo de la salud y la enfermedad son los que definen el inicio de la interacción; la promoción de la salud y la atención de la enfermedad son los fines intermedios para contribuir al bienestar, la calidad de vida y el desarrollo de las personas con quienes se interactúa.

Martha Rogers describió que la Enfermería es una profesión que requiere aprendizaje y que se puede interpretar como una ciencia y como un arte; este planteamiento se centra en el interés por las personas y el mundo en que viven.

5.2 El cuidado como objeto de estudio

5.2.1 Concepto

En la enfermería, el término cuidado se ha empleado de manera creciente desde la década de los sesenta del siglo pasado hasta nuestros días. Existen diferentes connotaciones en relación con el cuidado. Según Collière, en su libro Promover la vida (1993), menciona que “cuidar son todas las acciones que realizan las enfermeras con la intención de que los individuos desarrollen al máximo sus capacidades para mantener, conservar la vida y permitir que ésta continúe considerando sus derechos y sentimientos”. En 2007, se definió el “cuidado como una respuesta humana de la persona, familia o comunidad, tanto sana como enferma, en los aspectos biológico, psicológico y social, de ahí que el cuidado especializado se centre en valores ético-profesionales, no solo para comprender las alteraciones de las funciones ocasionadas por la enfermedad, sino para trascender hacia el cuidado de la vida de las personas, en los diferentes contextos en que se desarrolla, ya que estos son determinantes de su situación de salud.”⁹

⁹ Cárdenas BL, Arana GB. Cuidado profesional de enfermería. 1ª ed. México: Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, A.C; 2009.

5.2.2 Antecedentes del cuidado:

Etapa Doméstica

En el concepto de ayuda a los demás está presente desde el inicio de la civilización, como lo demuestran estudios antropológicos, arqueológicos, etc. Lo que no está claro es que lo que denominamos el cuidado de enfermería aparezca con el hombre, ya que en aquella época se entremezclaban diversas formas de cuidar, que con el transcurso del tiempo dieron lugar a diferentes disciplinas. Sin embargo, es nuestra convicción que son estos primeros cuidados los que han dado origen a los cuidados profesionales, razón de ser de las enfermeras.

Por este motivo, en esta primera etapa los cuidados se desarrollan formando parte de la historia de la atención a la salud de la época, comprendiendo desde las primeras civilizaciones hasta la caída del imperio Romano.

Esta etapa de los cuidados se denomina doméstica, por ser la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio.

Alrededor de cada mujer en la familia se entrelazan y elaboran las prácticas rituales que tienden a asegurar la vida, su promoción y su continuidad. La mujer utiliza elementos que son parte de esta 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, elemento muy importante de contacto maternal, para transmitir bienestar.

Etapa Vocacional

El calificativo vocacional de la actividad de cuidar se asocia con el nacimiento de la religión cristiana. Con la aparición del Cristianismo, la salud adquirió una nueva interpretación. La sociedad cristiana de la época atribuyó la salud y la enfermedad

a los designios de Dios. El valor religioso de la salud que impero se determinó por la convicción del pensamiento de que la enfermedad era una gracia del Todopoderoso: el que sufre es un elegido de 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 las personas dedicadas al cuidado eran las actitudes que debían mostrar y mantener. Actitudes consistentes en hacer voto de obediencia y sumisión, actuar en nombre de Dios, permanecer en el seno de la iglesia, reconfortar a través del consejo de tipo moral y utilizar el cuidado como vehículo de salvación propia y comunicación con Dios Aparece la figura de una mujer cuidadora a la que Colliere llama la “mujer consagrada”.

Por otro lado, las normas cristianas eran estrictas y rechazaban todo contacto corporal, por tanto, la incipiente enfermera, a causa de estos principios de tipo moral, centró la atención en la palabra en forma de oración y en los consejos morales. Como resultado de la expansión y florecimiento del Cristianismo en el Mundo Occidental surgieron las órdenes monásticas y religiosas. Este acontecimiento tuvo especial auge en épocas en las que las necesidades de cuidados fueron más patentes, debido a los problemas ocasionados por los constantes conflictos bélicos, tales como las Cruzadas.

Durante la etapa vocacional, los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples. Lo realmente importante eran las actitudes que debían mostrar y mantener las personas dedicadas al cuidado de los enfermeros, menesterosos y necesitados.

Naturalmente, la práctica enfermera, vista desde esta perspectiva, no requería ningún tipo de preparación a excepción de la formación religiosa. La enfermería de esta época se describe como una actividad ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia.

La etapa considerada como vocacional se encuadra en la historia de los cuidados desde el nacimiento del pensamiento cristiano hasta finalizar la Edad Moderna de la Historia Universal.

Etapa Técnica

Esta etapa se desarrolla en la época en que la salud es entendida como lucha contra la enfermedad. El desarrollo científico y tecnológico aplicado a la atención médica, que se produjo lentamente desde el Renacimiento, tuvo el exponente más claro en el siglo XIX. Este desarrollo condujo a la clase médica a un mayor conocimiento, que se centró en la búsqueda de las causas de la enfermedad y su tratamiento. El saber médico se enfocó hacia la persona como sujeto de la enfermedad. Se acrecentó la tecnología y, alrededor de los enfermos, fueron apareciendo instrumental y aparataje cada vez más complejos. Se fomentó realmente la concentración de todos los recursos sanitarios para la atención diagnóstica y curativa dentro de los hospitales, pasando a ser instituciones el único dispositivo asistencial.

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 fines curativos (administración de fármacos, curas, etc.). De esta manera, a las personas dedicadas al cuidado del enfermo se les denominó personal paramédico o auxiliar, calificativo derivado de las tareas que estas personas realizaban, en su mayor parte delegadas por los médicos.

Esta etapa conocida como técnica, se inició a mediados del siglo XIX con el advenimiento de lo que Colliere denomina “mujer enfermera-auxiliar del médico”¹⁰. Época marcada por la herencia de estadios precedentes: profesión de mujeres y, durante siglos, reservada a mujeres consagradas.

¹⁰ Colliere, MF. Promover la vida, Interamericana-McGraw-Hill, Madrid, 1993.

La aparición de la enfermera técnica y la separación de los poderes político y religioso permitieron el inicio de la enfermería en vías de profesionalización.

Los principios de la profesionalización de la enfermería se atribuyen a Florence Nightingale, pero verdaderamente la consideraron de enfermería como trabajo eminente técnico surgió a raíz de los años cincuenta del siglo XX, cuando la red hospitalaria se extiende, adquiriendo estos centros otra función diferente a la que venían desempeñando.

El paso a esta etapa técnica, desde la vocacional, no ocurrió de una forma brusca. Por el contrario, fue necesario un largo periodo de transición, conocido como Etapa Oscura de Enfermería por las circunstancias que dieron lugar a esta denominación.

Etapa Profesional

Dentro de nuestro cambiante mundo actual, probablemente sea el de salud uno de los conceptos que ha sufrido una más profunda transformación, fruto de la evolución de la comunidad humana en materia económica, social y política¹¹.

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

Entre las nuevas definiciones de salud de los denominados grupos revisionistas, que surgen a partir de los años setenta del siglo XX, cabe destacar la enunciada por el profesor H. San Martín, que la considera como un “fenómeno de tipo psico-biológico-social de equilibrio y adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social. En este concepto de salud hay tres aspectos a considerar: un componente subjetivo (bienestar), otro objetivo

¹¹ V.V.A.A. Conceptos de Enfermería. Curso de Nivelación de A.T.S., Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, 1983, p.93.

(capacidad para la función) y un tercero de tipo psicosocial (adaptación social del individuo¹²)”.

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

En consecuencia, las enfermeras han tenido que ampliar el campo de actuación que les era propio al lado de la cama del enfermo. En la actualidad, el cuidado enfermero integra un conjunto de actividades para propiciar mayor bienestar físico y una mejor adaptación de los individuos con su entorno.

Paralelamente a este nuevo concepto de salud, las enfermeras comienzan a preguntarse sobre su razón de ser, entienden que están perdiendo su identidad ligada al individuo y tratan de desprenderse de la dependencia histórica de otras disciplinas. Surgen enfermeras investigadoras como Peplau y Henderson, que inician estudios sobre los contenidos teóricos de la enfermería que a nivel teórico y filosófico describen la actuación diferenciada de la profesión. Al mismo tiempo enfermeras docentes, entre las que cabe destacar a Ida J. Orlando, la cual describe métodos de trabajo propios de la actividad profesional. En definitiva, con estos hechos, entre otros, la actividad de cuidar se convierte en una disciplina diferenciada de otras profesiones de salud, comienzan a emplearse métodos de trabajo científicos sustituyendo a los empíricos, y las enseñanzas se incluyen en la universidad, dando con ello inicio a la etapa de la enfermería profesional.

5.2.3 Tipos de cuidado

Cuidar es un acto individual que uno se da así mismo cuando adquiere autonomía, pero del mismo modo es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier

¹² San Martín, H. La crisis mundial de la salud, Karpos, Madrid, 1981, p.5.

persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.¹³

Dentro de una u otra de estas eventualidades, hay una absoluta necesidad de recurrir a la ayuda para asegurar el mantenimiento de su propia vida, ayuda a que según las circunstancias pueden proceder de la familia, los vecinos o los allegados, o puede requerir la suplencia de un personal dispuesto a ofrecerla.

El vocabulario inglés más rico que la lengua francesa respecto a la noción de cuidados, ha mantenido dos tipos de cuidados de naturaleza diferente:

- Los cuidados de costumbre y habituales: **care**, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida;
- Los cuidados de curación: **cure**, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

El **care** representa a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua (hidratación, aseo), de calor, de luz, o de naturaleza afectiva o psicosocial, etc.

Los cuidados de costumbre y habituales están basados en todo tipo de hábitos, de costumbres y de creencias. A medida que se constituye la vida de un grupo, nace todo un ritual, toda una cultura que programa y determina lo que se considera bueno o malo para conservar la vida.¹⁴

Estos cuidados representan el tejido, la textura de la vida y aseguran su permanencia y su duración.

¹³ Colliere, MF. Promover la vida, Interamericana-McGraw-Hill, Madrid, 1993

¹⁴ Colliere, Francois M. Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería. Cap.12. En Promover la vida. Interamericana. Mc-Graw Hill. Madrid. España 1993. Pp. 223-240.

El **cure** garantizar la continuidad de la VIDA encuentra obstáculos o trabas, entre las que las principales son:

- El hambre, es decir, la falta de recursos en energía alimentaria para mantener las funciones vitales.
- La enfermedad
- El accidente
- La guerra

En determinadas circunstancias es necesario utilizar, además de los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida, cuidados de curación es decir, todo aquello que exige el tratamiento de la enfermedad.

Cuando prevalece la cure sobre el care, es decir los cuidados de curación descuidando los cuidados habituales y de costumbre, se aniquilan progresivamente todas las fuerzas vivas de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan las fuentes de energía vital, sean de la naturaleza que sean (física, afectiva, social etc). Esta aniquilación puede llegar puede llegar a deterioro irreversible.¹⁵

5.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA

5.3.1 Concepto, objetivos y clasificación.

Las teorías de la enfermería se han convertido en un tema importante durante los últimos 50 años, estimulando un crecimiento notable y la inmensa expansión de la enfermería. Numerosas enfermeras de épocas anteriores proporcionaban un cuidado excelente a sus pacientes, no se escribía mucho de lo que se sabía sobre enfermería ni tampoco se dejaba constancia del cuidado que se llevaba a cabo,

¹⁵ Idem.

que permitiera investigar y documentar la eficacia de estos cuidados. Así pues, las enfermeras empezaron a plantearse la meta de desarrollar un conocimiento enfermero en el cual pudieran basar su práctica.

El desarrollo de teorías en enfermería es un componente esencial de la erudición enfermera para fomentar el conocimiento de la disciplina, estas bien explicadas fomentan la comprensión y el análisis de fenómenos enfermeros y guían el desarrollo académico de la ciencia de la práctica enfermera a través de la investigación. Es importante mencionar que cada día y con mayor frecuencia las enfermeras desarrollan actividades de carácter administrativo, que ocupan la mayor parte de su tiempo. Las instituciones de salud han delegado en los profesionales de enfermería la función de garantizar el cumplimiento de los procesos de normalización y estandarización de la calidad, atender las demandas de las normas legales y de auditoría en los servicios, y garantizar el cumplimiento de órdenes de otros profesionales.

Modelo Conceptual:

Están formados por ideas abstractas y generales, (conceptos) y por las proposiciones que especifican sus relaciones.

De acuerdo a (Meléis) los modelos conceptuales constituyen una carta de navegación para la práctica. Evitan que ésta se base en preconcepciones, intuiciones, rutinas y rituales, refuerzan la identidad de las enfermeras como enfermeras al crear un pensamiento y un lenguaje compartido entre quienes las siguen, refuerzan la importancia del ser humano como centro de atención para el cuidado y, de esta manera, permiten identificar con mayor claridad cuál es la contribución de las enfermeras, como parte de un equipo interdisciplinario, a los servicios de salud.¹⁶

¹⁶ Meleis A. Theoretical nursing: development and progress. 3ª ed. Lippincott; 1997.

Teoría: Es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos mediante el diseño de unas interrelaciones específicas entre los conceptos con el fin de describir, explicar y predecir.¹⁷

CLASIFICACIÓN DE LOS MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Marriner los clasifica de la siguiente manera:

1. **Filosofía de la enfermería:** Explica el significado de los fenómenos de la enfermería a través del análisis, el razonamiento y el argumento lógico.
2. **Los modelos conceptuales de enfermería:** Son las obras de lo que se denomina habitualmente “Grandes teóricos de Enfermería”, un modelo conceptual proporciona un marco de referencia definitivo, a sus partidarios indicándoles hacia donde deben mirar y qué preguntas deben formularse.
3. **Teorías de enfermería o teorías de nivel medio:** Estas teorías proceden de trabajos de otras disciplinas referidos a la enfermería, de los primeros teóricos de la enfermería, y de las grandes teorías o modelos conceptuales, de la enfermería

¹⁷ Marriner, T. Modelos y Teorías de enfermería. ed. 1ª. Ed. Harcourt Brace

TIPOS DE TRABAJOS TEÓRICOS EN ENFERMERÍA	
Filosofías en Enfermería <ul style="list-style-type: none"> • Nightingale • Watson • Ray • Benner • Martinsen • Eriksson 	Teorías en Enfermería <ul style="list-style-type: none"> • Boykin y Schoenhofer • Meleis • Pender • Leininger • Newman • Parse • Erikson, Tomlin, y Swain • Husted y Husted.
Modelos conceptuales en Enfermería <ul style="list-style-type: none"> • Levine • Rogers • Orem • King • Neuman • Roy • Johnson 	Teorías intermedias en enfermería <ul style="list-style-type: none"> • Mercer • Mishel • Reed • Winer y Dodd • Eakes, Burke y Hainsworth • Barker • Kolcaba • Beck • Swanson • Ruland y Moore

Fuente: Marriner, T. Modelos y Teorías de enfermería.

5.3.2 Relación de la Teoría con el Proceso de Enfermería.

- En la práctica, el conocimiento de los principios filosóficos y científicos que fundamentan los modelos provee una orientación sobre cómo interpretar el fenómeno de interés de la disciplina; tales principios se ven reflejados en el quehacer profesional y, por lo tanto, en la actitud que éstos asumen frente a las situaciones de cuidado, al reconocer los beneficios de esta relación para el

paciente, la familia y para su propio crecimiento personal, mejorando así la calidad del cuidado de enfermería en los diferentes escenarios.¹⁸

- Favorece la comunicación entre los profesionales de enfermería al unificar criterios frente a la interpretación de las situaciones de cuidado, y la aplicación del proceso de enfermería.
- Tener claridad sobre la razón de ser de la disciplina y las metas del cuidado permite a los profesionales diferenciar su campo de acción e identificar claramente su contribución para la promoción y recuperación de la salud de las personas, y los estimula a participar activamente en el equipo interdisciplinario; además, promueve su reconocimiento fortaleciendo la necesidad de contar con este recurso no sólo por parte de los profesionales del área de la salud, sino también de los usuarios y de las entidades prestadoras de servicios de salud.
- Lograr un punto de equilibrio entre el cuidado del paciente y el control administrativo de los servicios para asumir un verdadero liderazgo. Los modelos facilitarán establecer indicadores de calidad para enfermería.
- En la docencia es esencial que los programas de enfermería tengan un marco de referencia claro, esto facilita la orientación y el desarrollo de las asignaturas que integran el currículo, de tal forma que los estudiantes alcancen las competencias necesarias para desempeñarse con excelencia según las exigencias del medio.
- Desde la docencia, fomentar el desarrollo de competencias esenciales como son el pensamiento crítico reflexivo, la creatividad, el interés por profundizar los

¹⁸ Moreno, F. M. E. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. Aquichán vol.5 no.1 Bogotá Jun/Dec. 2005.

conocimientos que adquieren, generar la necesidad de fortalecer un marco de referencia que oriente su ejercicio profesional, además de las habilidades necesarias para ofrecer un cuidado de alta calidad.

5.3.3 Modelo Conceptual de Virginia Henderson (Definición de la Enfermería)

Virginia Henderson es una Enfermera Norteamericana. Nació en 1897, desarrollo su interés por la enfermería durante la primera guerra mundial. En 1918 ingreso a la escuela de enfermería de la Armada en Washington D.C. graduándose más tarde.

Se dio a conocer en nuestra patria por los años 60, al revisar el libro de Bertha Harmer, que se publicó en español con el nombre de Tratado de Enfermería Teoría y Práctica y que sirvió de libro de texto o de consulta en muchas escuelas de enfermería.

Supuestos principales del Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

“Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud”. Un estado saludable es aquel en que se experimenta una sensación de bienestar o comodidad, del cual nos hacemos más conscientes cuando perdemos la salud, es entonces cuando buscamos los medios para recuperarla lo más pronto posible. Cuando el individuo aprecia de gran manera su salud, dichos medios están encaminados a conservar ese estado saludable, mediante la puesta en práctica de medidas preventivas.

“Cada individuo es una totalidad compleja, (un ser bio-psico-social) que requiere satisfacer necesidades fundamentales. La jerarquía de necesidades de Abraham Maslow ubica las necesidades biológicas en un primer plano y afirma que el individuo debe satisfacer primero estas, para poder acceder a las demás áreas.

“Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad, ni es independiente”. El termino independiente significa que el individuo tiene los conocimientos, la fuerza y la voluntad que son necesarios, para ejecutar las acciones que se requieren para conservar o recuperar la salud.¹⁹

ENFERMERÍA

Henderson definió la enfermería en términos funcionales. Afirmó: <<La función de la enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que este podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Asimismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible>>.

SALUD

La considera un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Enfermedad por lo tanto, es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades.

Consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por si misma las 14 necesidades básicas sin ayuda. Afirmaba: Es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma, ese margen de energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

- Fuerza: La dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza, no solo de fuerza física sino también de fuerza moral, para tomar decisiones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.

¹⁹ García GMJ. El proceso de Enfermería y el modelo de atención de Virginia Henderson, Editorial Progreso, México, 2002.

- Voluntad: La voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado, está relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado con la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.
- Conocimiento: Hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.

ENTORNO

En el año de 1961 Henderson utiliza la definición de Entorno como el <<conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo>>. ²⁰

PACIENTE

Henderson consideraba que el paciente era un individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. De igual forma, el paciente y su familia son una unidad.

NECESIDADES

No existe ninguna definición específica de necesidad, pero Henderson identificó 14 necesidades básicas del paciente, que integran los elementos del cuidado enfermero. Estas necesidades son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.

²⁰ Marriner, TA. Raile AM. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: Elsevier Science; 2003.

5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.²¹

AFIRMACIONES TEÓRICAS.

La relación enfermera – paciente:

Se pueden identificar tres niveles en la relación enfermera paciente: que varían desde una relación muy dependiente, a otra marcadamente independiente:

1. La enfermera como un sustituto de algo para el paciente.
2. La enfermera como ayuda para el paciente
3. La enfermera como compañera del paciente.

La relación enfermera – médico:

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, distinta que la de los médicos. El plan de cuidados, elaborado por la enfermera junto con el paciente, se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico.

²¹ Idem.

La enfermera como miembro del equipo sanitario:

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios. La enfermera y los demás miembros del equipo, se ayudan mutuamente a realizar el conjunto del programa de asistencia desarrollando cada uno su trabajo.

5.4 El proceso de enfermería como herramienta metodológica para dar cuidado a la persona sana o enferma.

5.4.1 Concepto:

El Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud. Yura y Walsh (1988) afirman que “el Proceso de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y, si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que el bienestar no se pueda conseguir, el Proceso de Enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible”.

5.4.2 Objetivo

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, la familia y de la comunidad. El Proceso de Enfermería consiste en una relación de interpretación entre el cliente y el profesional de enfermería, con el cliente como centro de atención. El profesional de enfermería valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta utilizan el Proceso de Enfermería. Esto ayuda al cliente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.

5.4.3 Descripción de etapas

Como se ha señalado anteriormente el Proceso de Enfermería está organizado en cinco fases identificables: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación cada una de ellas puede describirse además de la siguiente forma.

VALORACIÓN

La valoración es la primera fase del Proceso de Enfermería. Sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el cliente, el sistema cliente/familia o a la comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería.²²

DIAGNÓSTICO

En esta etapa se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases. Se diseña un plan de cuidados basado en el diagnóstico de enfermería, que se ejecuta y se evalúa. Los diagnósticos de enfermería suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente.

PLANIFICACIÓN

En la fase de planificación, se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. La fase de planificación consta de varias etapas:

1. Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados.

²² Iyer PW. Taptich BJ. Losey DB. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3a ed. México: Mc GRAW-HILL INTERMERICANA;1997.

2. Fijar resultados con el cliente para corregir, reducir al mínimo o evitar problemas.
3. Escribir las actuaciones de enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos.
4. Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados.

EJECUCIÓN

Es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros de equipo de atención sanitaria, por cliente, o por su familia. El plan de cuidados se utiliza como guía. El profesional de enfermería continuara recogiendo datos relacionados con la situación del cliente y de su interacción con el entorno. La ejecución incluye también el registro de la atención al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería. Esta documentación verificara que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia de un plan.

EVALUACIÓN

Esta es la última etapa. Se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería.²³

²³ Idem.

5.5 LA PERSONA

5.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales:

Desde el punto de vista Geriátrico es importante saber a qué edad se es viejo. De acuerdo a la OMS en México y en los países en desarrollo se alcanza la vejez cuando se llega a los 60 años de edad cronológica.

Desde el punto de vista médico, la vejez es un proceso que disminuye poco a poco la vitalidad humana. El declive del ser humano comienza a partir de que se alcanza el umbral de su desarrollo máximo; este punto se sitúa cerca de los 30 años, por tanto a partir de esta edad inicia la disminución de las funciones corporales. Así mismo existen corrientes que menciona que se comienza a envejecer a partir del momento de la concepción, ya que ahí da inicio la transformación del individuo que culminará con su muerte.²⁴

ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

A medida que envejece, el ser humano presentara los siguientes cambios en sus órganos vitales y sentidos:

Ojos: Disminución gradual de la agudeza visual por opacidad del cristalino, degeneración de la macula y cambios en la retina. Esto se manifestara por medio de cansancio en los ojos, por la lectura, disminución en la capacidad de ver, y visión borrosa de cerca o de lejos en algunos casos, aunque no siempre será necesario el uso de lentes.

Oídos: Disminución de la circulación de oído medio y cambios en las células vellosas, que se manifiestan por medio de: disminución auditiva para tolerar las frecuencias altas y dificultad para distinguir algunos sonidos.

²⁴ Villa, E.V. El adulto Mayor. Manual de Cuidados y Autocuidado. ed.1ª. Ed. Trillas. México 2012

Olfato: Adelgazamiento de la mucosa y disminución de los vellos de la mucosa nasal, que se manifiesta a través de un menor sentido olfativo discriminatorio de algunos olores y bajas defensas a las infecciones respiratorias.

Tacto: Adelgazamiento de la piel, disminución de las glándulas, resequedad, pérdida de elasticidad con aparición de arrugas, comezón en el cuerpo, canas y caída de cabello.

Es importante saber que la piel no pierde su sensibilidad y que es uno de los órganos de los sentidos que en la mayoría de los adultos mayores permanece intacto hasta la muerte. De ahí la importancia de este órgano como canal de comunicación con las personas mayores.

Gusto: Disminución del tamaño y forma de las papilas gustativas, acompañada de una pérdida en la distinción del sabor de la comida. Esta es la razón por la cual se conserva el gusto por lo dulce, mientras que se reduce por otro tipo de alimentos.

APARATO RESPIRATORIO

Disminución de los movimientos y capacidad pulmonar. Esto se debe a los cambios que sufren en el esqueleto, la columna y la caja del tórax por las posturas adoptadas por la gente mayor, como la curvatura de la espalda, así como por adelgazamiento de la masa muscular. Todo ello repercute aún más cuando hay una enfermedad previa, pues además de los problemas respiratorios, se incrementaran los síntomas al doble, y más todavía si el sujeto fumo durante toda su vida.

Disminución de las prolongaciones de las células del tracto respiratorio (cilios). Esto traerá como consecuencia una menor capacidad de los pulmones para expulsar las secreciones, por tanto, al acumularse, estas causaran mayor susceptibilidad a padecer enfermedades broncopulmores.

APARATO CARDIOVASCULAR

Aumento en la presión arterial. Es prácticamente seguro que en el adulto mayor existirá un incremento en comparación con los valores que tuvo en su juventud; esto se debe a la pérdida de elasticidad en los vasos sanguíneos, ya sea por acumulación de grasa o colesterol, o simplemente por disminución de la colágena, que es una proteína que favorece la elasticidad de estos; sin embargo, este incremento no llega a niveles patológicos, por lo que es importante enfatizar que no significa que todos los viejos serán hipertensos y que necesariamente van a requerir tratamiento médico, sino que solo existirá una predisposición a la enfermedad.

Cambios en las células cardíacas. Existirá una disminución del volumen sanguíneo que el corazón envía al organismo, además, el corazón responderá más lentamente a las necesidades del cuerpo cuando se haga algún esfuerzo, o cuando se experimente estrés.

Disminución de la transmisión de los impulsos cardíacos con menor respuesta a las necesidades del organismo. Debido a un envejecimiento del sistema de conducción eléctrica del corazón, el organismo tiende a mayor cantidad de arritmias.

APARATO GASTROINTESTINAL

Dentadura. La pérdida de las piezas dentarias conlleva una dificultad en la masticación de los alimentos y, por tanto, en su deglución.

Salivación. Se presenta una menor producción en la cantidad de saliva, por lo que la mucosa bucal se encontrará frecuentemente seca y será más difícil pasar los alimentos.

Disminución de los ácidos gástricos y las enzimas intestinales. Lo que traerá como consecuencia una digestión menos favorable, con alteraciones en la absorción, y

disminución de la motilidad intestinal, lo que provocara estreñimiento y una mayor facilidad de padecer trastornos digestivos.

APARATO GENITOURINARIO

Las gónadas femeninas se volverán más pequeñas y flácidas, como en el caso de las glándulas mamarias. Por su parte, los genitales externos femeninos se volverán más delgados y pequeños. En el varón habrá disminución en la capacidad de erección, y tanto la mujer como el presentaran disminución en la libido.

En cuanto al sistema urinario habrá una disminución en la producción de orina, secundaria a la pérdida de células o unidades de función renal. La próstata crecerá, ocasionando en el varón dificultad en la micción. En la mujer habrá más propensión a padecer infecciones urinarias.

SISTEMA NERVIOSO

Disminución del tamaño y peso del cerebro debido a pérdida de la cantidad de neuronas y neurotransmisores; existirán cambios degenerativos en porciones del cerebro que rigen la memoria y el equilibrio, por tanto, la capacidad de la memoria reciente disminuirá, aunque se diferenciara del adulto normal acabara siempre por recordar lo que había olvidado. Su agilidad mental se volverá más lenta; en cambio, el lenguaje permanecerá intacto o incluso se enriquecerá, pero podría haber mayor susceptibilidad a perder el equilibrio, así como riesgo de sufrir caídas.

SISTEMA ENDOCRINO

Los principales cambios en el organismo obedecen a una disminución de la función de las glándulas suprarrenales, páncreas y otras. También se presenta una disminución de la función en la capacidad para tolerar la glucosa, disminución de la masa ósea con un metabolismo basal más lento, y por consiguiente una menor capacidad de respuesta al estrés.

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

Los músculos y el esqueleto mostraran notorios cambios tempranamente. Habrá una menor masa muscular y nerviosa, con una menor concentración de calcio en el hueso; por lo que se presentara disminución en la estatura, flexibilidad, en los reflejos y en la fuerza muscular.

SISTEMA INMUNOLÓGICO

Aumentan los anticuerpos y disminuyen las células de defensa (linfocitos T), por lo que hay una mayor tendencia a la producción de tumores e infecciones. La capacidad de respuesta a las vacunas es menor que en el individuo joven.²⁵

CAMBIOS PSICOSOCIALES:

Existen numerosas teorías que intentan explicar los cambios psicosociales que se producen con el envejecimiento y el origen de esos cambios.

- 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*.

El entorno social adquiere gran importancia para el individuo. El apoyo que cualquier sujeto puede recibir desde su entorno puede ser de varios tipos:

- **Apoyo instrumental:**
Se refiere al suministro de bienes materiales y servicios que puedan ayudar en la solución de problemas prácticos.

²⁵ Idem

- **Apoyo emocional:**
Se relaciona con la información que recibe el sujeto de ser respetado, amado, valorado e integrado en una red social.
- **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.
- **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.
- **Compañía social:**
La actividad social, sobre todo la de carácter lúdico, es un generador de estado de ánimo positivo. Las actividades lúdicas, formativas, deportivas, se deben fomentar 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. Debemos reconocer que la persona no tiene limitaciones. Al llegar a la vejez, la red social a la que siempre había pertenecido el individuo se transforma.

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. En las mujeres, sobre todo, también se mantienen las relaciones vecinales de toda la vida. 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.

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.

5.5.2 Enfermedades más frecuentes.

PANORAMA DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO

Una de las razones por las que el envejecimiento se ha convertido en una cuestión política clave es que tanto la proporción como el número absoluto de personas mayores están aumentando de manera notable en todo el mundo.²⁶ La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 millones de personas mayores de 60 años.²⁷ De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años, son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90, viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90, se les denomina grandes viejos o grandes longevos. Este organismo define al envejecimiento como ***“Un proceso fisiológico, que se inicia en el momento mismo de la concepción, y se hace más evidente después de la madurez, en él se producen cambios cuya resultante es la disminución de la adaptabilidad del organismo a su entorno”.***²⁸

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en

²⁶ OMS Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet] Año 2015 [consulta 20 septiembre 2016] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf

²⁷ OMS La Salud Mental y los adultos mayores [Internet] Año 2015 [consulta 20 septiembre 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

²⁸ Organización Mundial de la Salud. (2012) Datos epidemiológicos. 10 datos sobre el envejecimiento. [Consultado 17 de septiembre de 2016] Disponible: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>

desarrollo. En México se considera anciano a una persona mayor de 60 años. Algunos autores definen la vejez o la tercera edad a partir de los 60, otros, a partir de los 65-70 años.

Según cálculos de las Naciones Unidas, en 1950 había alrededor de 200 millones de personas de 60 o más años de edad en todo el mundo. Ya en 1975, su número había aumentado a 350 millones, las proyecciones demográficas para el año 2025 serán de más de 1,100 millones lo que significa un aumento del 224% a contar de 1975. Se prevé que durante ese mismo período la población total mundial aumentará de 4.100 millones a 8.200 millones, o sea, un 102%. Por lo tanto, en 45 años más, las personas de edad avanzada constituirán el 13,7% de la población mundial.²⁹

El envejecimiento demográfico se define como ***“el aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total, lo que resulta de una gradual alteración del perfil de la estructura por edades, cuyos rasgos clásicos (una pirámide con base amplia y cúspide angosta) se van desdibujando para darle una fisonomía rectangular y tender, posteriormente, a la inversión de su forma inicial (una cúspide más ancha que su base).”***³⁰

Existen dos factores que han contribuido al envejecimiento de la población, el primero es la esperanza de vida: en promedio las personas de todo el mundo ahora viven más tiempo. Esto se debe al mayor índice de supervivencia de las

²⁹ Hernández LM, López VR y Velarde VS. La situación demográfica en México. Panorama desde las proyecciones de la población. Año 2013 [consulta 28 septiembre 2016] Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1720/1/images/1_La_Situacion_Demografica_En_Mexico.pdf

³⁰ Secretaría de Salud. Perfil epidemiológico del adulto mayor en México Año 2010 [consulta 28 septiembre 2016] Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DEL_ADULTO_MAYOR_EN_MEXICO_2010.pdf

personas de edad avanzada, gran parte responde a un mayor índice de supervivencia a edades menores. Este fenómeno ha acompañado el desarrollo socioeconómico sin precedentes que se ha registrado a nivel mundial durante los últimos cincuenta años.

ESPERANZA DE VIDA

Estadística empleada para analizar el envejecimiento de la población. La cual se define como ***“El número promedio de años que cabría esperar que viviera un recién nacido si las tasas de mortalidad prevalentes en el momento de su nacimiento cambiaran a lo largo de su vida”***.³¹

Durante la década de 1990 al año 2000, la esperanza de vida al nacimiento para el total de la población pasó de 70.4 a 73.2; al año 2007, ya situados en la primera década del siglo XXI la esperanza de vida total alcanzó 74.1, lo que constituye un avance de casi cuatro años más de vida para la población en su conjunto en un lapso de 15 años, lo cual revela la contribución de los avances logrados durante el siglo XX en el desarrollo económico y social del país.

Por circunstancias coyunturales, en los años posteriores a 2007 se registró un descenso ligero en la esperanza de vida, como resultado de una sobre mortalidad en algunos grupos de población. La esperanza de vida actualmente se sitúa en un valor de 74.5 años.³²

³¹ OMS La buena salud añade vida a los años. Información general para el día mundial de la salud. Año 2012 [consulta 30 septiembre 2016] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75254/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_spa.pdf

³² Hernández LM, López VR y Velarde VS. La situación demográfica en México. Panorama desde las proyecciones de la población. Año 2013 [consulta 28 septiembre 2016] Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1720/1/images/1_La_Situacion_Demografica_En_Mexico.pdf

BONO DEMOGRÁFICO Y ENVEJECIMIENTO

La expresión “bono demográfico” se refiere a un periodo donde la estructura por edades de la población experimenta cambios importantes, estos son: la reducción del peso de la población infantil, y el aumento del peso de la población adulta y de las personas en edades avanzadas, generalmente de 65 años y más. Con ello, la proporción de personas en edades potencialmente productivas crece de manera sostenida en relación con la de personas en edades normalmente clasificadas como inactivas. Cuando se habla de este fenómeno es usual pensar en las grandes cifras que acompañan a la expresión, pero también debe tenerse en cuenta que el “bono” es resultado de un proceso de cambio, vinculado a la propia transición demográfica.³³

AFECCIONES EN LA VEJEZ

Es importante señalar que con la edad aumenta el riesgo de muchos trastornos de la salud los cuales pueden tener efectos importantes en la capacidad intrínseca. Sin embargo es un error pensar que la presencia de una enfermedad en la vejez significa que la persona ya no es saludable. Muchos adultos mayores mantienen una buena capacidad funcional y presentan altos niveles de bienestar a pesar de tener una o más enfermedades.

Es importante mencionar que la mayor carga de la discapacidad proviene de las deficiencias sensoriales (especialmente en los países de ingresos bajos y medianos bajos) el dolor de espalda y cuello, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los trastornos depresivos, las caídas, la diabetes, la demencia, y la artrosis.

³³ Ídem

Los trastornos afectivos como la Depresión y la ansiedad, suelen repetirse a lo largo de la vida en la población vulnerable a estas afecciones. Debido al aumento del riesgo de acontecimientos adversos en la vida, cabe esperar episodios de trastornos afectivos cada vez más frecuentes en la vejez. Las personas mayores con más frecuencia sufren síntomas depresivos considerables sin llegar a cumplir los criterios de un diagnóstico de un trastorno depresivo. Esta afección se le conoce como depresión subclínica la cual tiene un impacto considerable en la calidad de vida de las personas mayores, y es un factor de riesgo en los trastornos depresivos.³⁴

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. La depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. Es importante que en las unidades de Atención Primaria de salud la depresión se diagnostique y se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores.

Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes sacarina. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria.³⁵

³⁴ OMS Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet] Año 2015 [consulta 20 septiembre 2016] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf

³⁵ OMS La Salud Mental y los adultos mayores [Internet] Año 2015 [consulta 20 septiembre 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

5.5.3 Descripción del padecimiento.

DEPRESIÓN:

Se define como un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria (anedonia). Incluye alteraciones en el sueño, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales; caracterizándose por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad y la realización de actividades diarias, existiendo diferentes niveles de severidad.³⁶

Dentro de la práctica clínica predominan algunos síndromes como lo son: Depresión mayor que equivale, en términos generales, a la categoría antes denominada depresión atípica, psicótica y endógena. En cambio, la Depresión menor, correspondería a la antes englobada en el rubro depresión neurótica; comúnmente acompañada de ansiedad.³⁷

FISIOPATOLOGÍA:

La actividad de la serotonina y su unión a los receptores 5-HT_{2A} disminuye con el envejecimiento. Irregularidades en este neurotransmisor han sido implicadas principalmente en la fisiopatología de la depresión. La depresión mayor tiene un efecto sistémico y los ancianos deprimidos parecen tener mayor susceptibilidad para las enfermedades, puesto que esta patología ocasiona cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos. De esta manera, la depresión favorece el aumento

³⁶ Guía de referencia clínica rápida: Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Año 2011 [consulta 11 octubre 2016] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/DEPRESION_Rapida_CENETEC.pdf

³⁷ Factores asociados a la depresión en el adulto mayor Institucionalizado [Internet] Año 2015 [consulta 25 de octubre 2016] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21620/3/TESIS.pdf>

del tono simpático, la disminución del tono vagal y de las aminas cerebrales así como la inmunosupresión.

El cambio en las emociones se acompaña de complejas modificaciones neuroendocrinas donde la secuencia de eventos fisiopatológicos no ha sido bien establecida. Sin embargo, la hipersecreción de la hormona liberadora de corticotropina y la no supresión del cortisol se encuentran en adulto mayor deprimido. Aunque controversial, la deficiencia de dehidroepiandrosterona se ha asociado a depresión en los varones y en la aparición de síntomas depresivos en las mujeres, mientras que la disminución de la testosterona ha sido también asociada a la distancia en el hombre. Otras causas exploradas han involucrado en la insuficiencia de neurotransmisores a alguna infección subclínica o a la reactivación de algún virus latente en el cerebro. Por ejemplo, los sujetos deprimidos presentan un mayor número de anticuerpos contra el virus del herpes simple tipo 1 y contra el citomegalovirus en comparación con sus controles. La susceptibilidad genética de la depresión en el anciano ha sido explorada y es un tema de gran interés debido a que se busca algún marcador o genes asociados; entre estos se ha encontrado una asociación con las variantes corta y larga del polimorfismo (5-HTTLPR) del gen promotor del transporte de la serotonina (SLC6A4)^{32,33} que ha sido propuesto como marcador farmacogenético de la eficacia de algunos antidepresivos.

Otros autores han informado que la presencia de este gen está relacionado con el estrés neuronal, depresión mayor e ideas suicidas. Se ha encontrado hasta en el 50% de los caucásicos y afro-americanos, esto surge que este gen no es un predictor de depresión per se, pero sí está relacionado con mayor presencia de síntomas depresivos y menor respuesta al estrés psicológico, fenómeno estudiado en estados de estrés mayor como, por ejemplo, después de una fractura de cadera.

FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR:

Pérdida de su vitalidad, cambio en su ritmo de vida, disminución de sus funciones y capacidades. Otros son las pérdidas que va teniendo a su alrededor de figuras significativas e importantes, como puede ser: gente de su edad, de su pareja, la separación de los hijos y las familias, así como pérdidas laborales. También repercute el inicio de una serie de enfermedades crónico degenerativas que con la edad empiezan a llegar. La pérdida económica puede ser factor predisponente para una depresión; no es lo mismo que sea trabajador en activo a que tenga alguna limitante, como una pensión o que incluso no tenga ninguna entrada económica.³⁸

Por otro lado, la demencia, la enfermedad vascular cerebral (con lesiones en el hemisferio izquierdo o ganglios basales) y la enfermedad de Parkinson son patologías que afectan el sistema nervioso central y se asocian con el desarrollo de depresión en algún momento de la evolución de la enfermedad.

Las causas psicológicas de la depresión son más complejas.

Errores cognoscitivos, psicodinámicos o de comportamiento pueden originar la depresión. El aprendizaje de un comportamiento de abandono y la asociación de la depresión con eventos adversos durante el curso de la vida pueden condicionar una cierta respuesta hacia los agentes de estrés continuo, donde el número de eventos negativos vividos se asocia con el desarrollo de la depresión.

Por otro lado, los adultos mayores deprimidos pueden malinterpretar muchos de los eventos que ocurren en el transcurso de la vida. Esta distorsión cognoscitiva ocasiona una respuesta exagerada a los eventos, además de la creación de expectativas no realistas y la generalización y personalización de las situaciones adversas.

³⁸ Depresión en el Adulto Mayor [Internet] Año 2011 [consulta 11 de octubre 2016] Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>

Tradicionalmente, el apoyo social engloba el tamaño y la composición de la red social, la frecuencia y la satisfacción de los contactos sociales y el apoyo emocional e instrumental. Por lo tanto, parece que una red social débil se asocia con un peor pronóstico en el curso de la depresión sobre todo en los varones, y es muy probable que ésta favorezca a un menor compromiso social de parte del adulto mayor (como el decidir dejar de conducir).³⁹

DIAGNÓSTICO:

Existen numerosas escalas para la valoración de síntomas depresivos, pero muchas de ellas no han sido específicamente diseñadas para el anciano. Entre las más utilizadas, se pueden citar:

- A. Escala de Hamilton para la depresión
- B. Escala auto aplicada de Zung
- C. Escala geriátrica de depresión de Yesavage.
- D. Escala de Cornell.⁴⁰

A. Escala de Hamilton.

Escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes con diagnóstico previo de depresión, teniendo como objetivo 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.⁴¹

³⁹ La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor [Internet] Año 2006 [consulta 11 de octubre 2016] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>

⁴⁰ Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. Madrid. International Marketing & Communication, S.A. 2006 Pág. 244.

⁴¹ ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS) [Internet] Año 2006 [consulta 7 de noviembre 2016] Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf>

B. Escala auto aplicada de Zung

Encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.⁴²

C. Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Una de las escalas más utilizadas en la actualidad en población anciana es el cuestionario Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS). Se trata de una escala auto aplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para la población del adulto mayor. Su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo.⁴³

D. Escala de Cornell.

La Escala de Cornell para la depresión en la demencia (CSDD) es una prueba clínica utilizada para determinar los síntomas y signos de la depresión en las personas que sufren de demencia.⁴⁴

Es importante destacar que, la OMS y las sociedades psiquiátricas, en el sentido de mejorar el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales, han propuesto dos sistemas clasificatorios ampliamente establecidos y utilizados en el ámbito internacional para el diagnóstico de los trastornos mentales de la edad adulta y también de la niñez y adolescencia, estos son el DSM-IV y la CIE-10

⁴² Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión [Internet] Año 2005 [consulta 7 de noviembre 2016] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v36n3/v36n3a5.pdf>

⁴³ Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación [Internet] Año 2002 [consulta 8 de noviembre 2016] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>

⁴⁴ Acerca de la Información para la Escala de Cornell para la Demencia. [Internet] Año 2014 [consulta 8 de noviembre 2016] Disponible en: <http://salud.fdctimes.com/esp-conditions-treatments/esp-epression/1008059123.html>

(Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de la Salud).⁴⁵

De acuerdo al DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), el diagnóstico de depresión mayor se efectúa con el hallazgo de 5 o más de los siguientes síntomas, siendo obligados la presencia de los dos primeros:

A. Al menos uno de los siguientes tres estados de ánimo debe de estar presente e interferir en la vida de la persona.

1. Animo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, por lo menos dos semanas.
2. Perdida todo interés y del placer la mayor parte de día, casi todos los días al menos 2 semanas.
3. Si es menor de 18 años, humor irritable la mayor parte del día, casi todos los días, al menos 2 semanas

B. Al menos 5 de los síntomas siguientes han estado presentes durante las primeras semanas:

1. Animo depresivo (o irritabilidad en los niños y ancianos) como se define en A1.
2. Marcada disminución del interés o del placer. Como se define en A2.
3. Alteraciones del peso o del apetito, ya sea: pérdida de peso (sin hacer dieta) o disminución del apetito, ganancia anormal de peso o aumento del apetito.
4. Alteraciones del sueño. Ya sea insomnio o hipersomnia.
5. Alteraciones en la actividad, ya sea agitación o enlentecimiento (observado por otros).
6. Fatiga o pérdida de la energía.
7. Autor reproche o culpabilidad inapropiada.

⁴⁵ Factores asociados a la depresión en el adulto mayor Institucionalizado [Internet] Año 2015 [consulta 25 de octubre 2016] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21620/3/TESIS.pdf>

8. Pobre concentración o indecisión.
 9. Pensamientos mórbidos de muerte (no solo miedo de morir) o de suicidio.
- C. Los síntomas no son debidos a psicosis.
- D. Nunca ha sido un episodio maniaco.
- E. Los síntomas no son debidos a enfermedad física, consumo de alcohol, medicamentos o de drogas ilícitas.
- F. Los síntomas no son por una perdida normal.

Cabe mencionar que los criterios del DSM IV-R no se presentan en la totalidad de los ancianos deprimidos y algunas alternativas en la presentación de la depresión en el adulto mayor son: irritabilidad, agitación, ansiedad, preocupación, quejas somáticas, deterioro cognitivo, disminución de la iniciativa y de la capacidad de resolución de problemas, deterioro del auto cuidado, abuso de alcohol y otras sustancias, aislamiento social, culpa excesiva, paranoia, obsesiones y compulsiones y discordia marital; los cuales tenemos que considerar para establecer el diagnóstico de depresión en el adulto mayor. La presentación atípica del trastorno depresivo es común en este grupo etario, siendo frecuentemente subdiagnosticada, esto se debe al estigma asociado a la depresión y la creencia de que esta es parte normal del envejecimiento. Es considerada una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico.⁴⁶

Criterios diagnósticos para Episodio Depresivo, CIE-10

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- Duración, al menos dos semanas

⁴⁶ Guía de referencia clínica rápida: Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Año 2011 [consulta 11 octubre 2016] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/DEPRESION_Rapida_CENETEC.pdf

- No es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico

B. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad

C. Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico. Además deben estar presentes uno o más de los síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de 4

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesivos e inadecuada
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar acompañadas de falta de decisiones y vacilaciones
- Cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo
- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome somático.

- Síndrome Somático
- Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos, de aquí denominados “somáticos” tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se usan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos).
- Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático. Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:
- Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes, en actividades que normalmente eran placenteras.
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional.
- Despertarse en la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas)
- Pérdida marcada de apetito
- Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes)
- Notable disminución el lívido.⁴⁷

Criterios de gravedad del trastorno depresivo

- Leve: presencia de 2 a 3 síntomas del criterio B, la persona puede mantener sus actividades cotidianas.

⁴⁷Guía clínica AUGÉ, Depresión en personas de 15 años o más. Año 2013 [consulta 26 octubre 2016]
Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>

- Moderado: están presentes al menos 2 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar al menos 6 síntomas. La persona probablemente tenga dificultad para mantener sus actividades cotidianas.
- Grave: deben estar presentes los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes los pensamientos y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes, pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave.⁴⁸

A nivel mundial, la detección de depresión en el adulto mayor se ha realizado a través de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS). Esta se ha convertido, probablemente, en el instrumento de tamiz más utilizado. Sin embargo, una de las limitantes es que no incluye de manera sistemática todos los criterios de la DSM IV, que es el estándar de oro actual.

SEÑALES DE DEPRESIÓN Y SU PRONÓSTICO AL NO SER TRATADA.

Existe una diversidad de señales que pueden identificar una depresión, tales como: buscar a personas con las que estaba distanciado, la suspensión de tratamientos médicos, menos socialización, carácter irritable, indiferencia ante situaciones que habitualmente disfrutaba o le afectaban, llorar frecuentemente, además de dormir más y comer menos. Provocando con esto la disminución de energía, merma en sus actividades, disfunción social, familiar y en caso extremo el suicidio.⁴⁹

⁴⁸ Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. Año 2015 [consulta 26 octubre 2016]

Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GPC_TRASTORNO_DEPRESIVO/Imgs_161ER.pdf

⁴⁹ Guía de referencia clínica rápida: Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Año 2011 [consulta 26 octubre 2016] Disponible en:

La recuperación es similar en ancianos y en jóvenes, solo algunas remisiones pueden tomar más tiempo en el adulto mayor. Un 54 a 84% de los pacientes se recuperan, 12 a 24% recaen y 4 a 28% permanecen enfermos o discapacitados. El pronóstico de la depresión es mejor cuando se inicia tempranamente el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico indicado. La depresión con deterioro cognoscitivo asociado (pseudomencia) es un factor predictivo para demencia, se observa con mayor frecuencia en mujeres con eventos depresivos previos y nivel socioeconómico elevado.⁵⁰

TRATAMIENTO

Con base a los Criterios Diagnósticos para Episodio Depresivo, CIE-10

Recomendación clave	Criterio
La meta del tratamiento es la remisión total de los síntomas y el restablecimiento funcional.	A
Proporcionar al paciente y familiares información simple y objetiva sobre el tratamiento para promover su adherencia.	A
Se recomienda iniciar el tratamiento con un inhibidor selectivo de recaptura de serotonina (ISRS).	A
Se sugiere que el antidepresivo de primera elección en casos de pacientes con otras patologías no psiquiátricas y con uso de varios fármacos sea sertralina o citolapram.	A
Es más efectiva la terapia combinada (psicoterapia más farmacoterapia) que la terapia con antidepresivos únicamente	A
Se debería garantizar la disponibilidad de tratamiento psicoterapéutico para los pacientes que lo necesiten	B

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/DEPRESION_Rapida_CENETEC.pdf

⁵⁰ Idem

En la depresión leve-moderada se recomienda considerar un tratamiento psicológico breve (como la terapia cognitivo-conductual o la terapia de solución de problemas) 6 a 8 sesiones durante 10-12 semanas	B
El tratamiento psicológico de elección en la depresión moderada-grave es la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal, 16 a 20 sesiones durante 5 meses	B
Para los pacientes con depresión crónica y/o recurrente se recomienda el tratamiento combinado de fármacos y terapia cognitivo-conductual.	B
En pacientes con depresión mayor de grado leve-moderada, la guía del NICE recomienda realizar un programa de ejercicio físico estructurado y supervisado (30-60 minutos tres veces a la semana durante al menos 10-12 semanas), ya que podría ser una intervención con impacto clínicamente significativo sobre los síntomas depresivos.	B

51

El tratamiento en la fase inicial debe ser encaminado a inducir la remisión del episodio mayor y llevar al paciente a un completo nivel de funcionalidad basal, para ello es importante la colaboración interdisciplinaria en el primer nivel de atención (médicos, enfermeros, psicólogo, trabajador social). Así mismo, los médicos deben proveer a los pacientes y sus familiares la información adecuada y referirlo a centros de atención social a la salud para distintos tipos de ayuda complementaria que ahí se ofrece.⁵²

⁵¹ diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto Año 2015 [consulta 26 octubre 2016]

Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GPC_TRASTORNO_DEPRESIVO/Imgs_161ER.pdf

⁵² Guía de referencia clínica rápida: Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Año 2011 [consulta 26 octubre 2016] Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/DEPRESION_Rapida_CENETEC.pdf

La depresión puede ser tratada efectivamente, mediante la utilización de estrategias terapéuticas farmacológicas y/o psicoterapéuticas.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Los resultados obtenidos en tratamientos no farmacológicos desafían la creencia generalizada de que los adultos mayores son rígidos e incapaces de alterar los hábitos disfuncionales, posiblemente por ello solamente 5% de los pacientes deprimidos tienen tratamiento psicoterapéutico asociado a que se presume que el anciano tiene menos respuesta que el joven, pero el potencial beneficio de la psicoterapia no disminuye por el incremento de la edad, los ancianos obtienen una mejor respuesta a la psicoterapia con baja frecuencia de recaídas y más respuestas positivas que los deprimidos jóvenes. En conclusión la psicoterapia es recomendada en adultos mayores con depresión. Para la depresión el tratamiento psicológico debe abarcar de 16 a 20 sesiones en un periodo de 6-9 meses.

Existe una amplia disponibilidad de intervenciones psicológicas que pueden ser utilizadas en los adultos mayores con depresión: terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, terapia por resolución de problemas, reminiscencia, biblioterapia, musicoterapia, la mesoterapia y la terapia luminosa y como herramienta general, se recomienda enviar al paciente deprimido a grupos de atención social a la salud para que se les otorgue alguna de las terapias señaladas anteriormente.

Los pacientes con depresión y con problemas de inicio y continuidad del sueño pueden beneficiarse con medidas de higiene del sueño así mismo distintos tipos de ejercicio físico han mostrado una mejoría en el estado de ánimo del paciente anciano deprimido.

Las prácticas de medicina complementaria que incluyan acupuntura, yoga y taichí son recomendables por su seguridad y eficacia en el tratamiento de la depresión,

ansiedad e insomnio. Debe tomarse en cuenta el contexto social y cultural del paciente antes de aconsejar el inicio o suspensión de una práctica de medicina complementaria.

Durante la terapia de inclusión en la pareja, en comparación con estar en lista de espera, la terapia incluyendo a la pareja en mujeres con depresión mayor o distimia mejora el distrés psicológico, la carga de la depresión y la implicación en el proceso.

Se recomienda considerar otras intervenciones psicológicas en el abordaje de la comorbilidad o de la complejidad de las relaciones familiares o de pareja, frecuentemente asociadas a la depresión.⁵³

ASPECTOS A CONSIDERAR POR LOS FAMILIARES PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON DEPRESIÓN:

- Buscar información sobre la depresión, su tratamiento y lo que puede hacer él para ayudar a su recuperación.
- Comentar a la persona que su familiar con depresión desea mejorar, si alguna vez le parece lo contrario diferenciarlo de los síntomas de la propia depresión.
- Ayudarle a reconocer las fuentes de estrés y a encontrar la forma más adecuada para hacerle frente. Es necesaria su colaboración en la solución de algunos problemas que preocupan especialmente a su familiar o amigo.
- No obligar al paciente a estar más activo sino darle oportunidades para compartir actividades para las que puede estar más dispuesto a hacer.
- Dedicarle parte de su tiempo para estar con el paciente.
- Recordarle que las críticas y los reproches activan los sentimientos propios de la depresión; los elogios y las alabanzas suben la autoestima y tienden a

⁵³ Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto Año 2015 [consulta 26 octubre 2016]

Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GPC_TRASTORNO_DEPRESIVO/Imss_161ER.pdf

aumentar el ánimo. Es por eso que debe elogiar cada uno de sus avances, especialmente al principio y por muy pequeños que sean.

- Motivarlo y compartir a que lleve una vida sana, realizar algo de ejercicio físico y que se diviertan juntos.
- Ayudarle a mantener los compromisos adquiridos respecto de los tratamientos acordados con los profesionales.
- Darle ejemplo y compartir con su familiar las restricciones respecto al consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas.
- Tomar en serio cualquier pensamiento de suicidio y mostrar disposición a hablar con él o ella sobre este tema abiertamente. Si su familiar se siente inseguro respecto a hacerse daño, acompañarlo, y decirle cuánto lo/a necesitas y que es valioso/a para ti.
- Si el familiar considera necesario o si necesita orientación puede contactar con personal sanitario.⁵⁴

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico está indicado en todos los casos de depresión, de leve a grave. Ningún antidepresivo ha demostrado superioridad sobre los otros.

Los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) tienen mayor tolerabilidad por menores efectos colaterales que el resto de los antidepresivos.

La meta del tratamiento es la remisión total de los síntomas y el restablecimiento funcional. La remisión disminuye el riesgo de recaídas y recurrencias mejorando el pronóstico. Los fármacos antidepresivos no generan adicción.

La respuesta antidepresiva se inicia posterior a la tercera semana de recibir el fármaco a dosis terapéutica. Se debe mantener la misma dosis con la que se obtuvo la remisión durante todo el tratamiento, dado que los dos errores más

⁵⁴ Anexo 4. La depresión: información para pacientes, familiares y allegados [Internet] Año 2014 [consulta 26 de octubre 2016] Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

frecuentes en el tratamiento farmacológico de la depresión son la utilización de dosis insuficientes y durante períodos de tiempo demasiado cortos.

La duración del tratamiento debe ser de 8 a 12 meses posterior a obtener remisión en un primer episodio, y continuarlo por dos años después de 2 episodios en el transcurso de 5 años y considerar mantenerlo de manera indefinida en los siguientes casos:

- Estado depresivo con una duración superior a un año
- Dos o más episodios durante los últimos 5 años

La elección del tratamiento se debe basar en la eficacia del medicamento, experiencia del clínico, condiciones especiales del paciente y antecedente de respuesta a tratamiento previo personal y/o en familiares de primer grado, es por eso que se recomienda iniciar el tratamiento con un inhibidor selectivo de recaptura de serotonina (ISRS).

Se sugiere que el antidepresivo de primera elección en casos de pacientes con otras patologías no psiquiátricas y con uso de varios fármacos sea sertralina o citalopram. Que de acuerdo a la evidencia han mostrado menor grado de interacciones farmacológicas y de efectos secundarios severos. Uso con cautela de anfebutamona, venlafaxina, reboxetina, y los ISRS en pacientes con epilepsia convulsiva.

La utilización de Anticonvulsivantes o Antipsicóticos e 2ª. Generación, potencian el efecto de los antidepresivos.

TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO		
ANTIDEPRESIVO	DOSIS INICIAL	DOSIS
	3 a 5 días	TERAPÉUTICA
PRIMERA LÍNEA DE ELECCIÓN		
Inhibidores Selectivos		

de la Recaptación de Serotonina (ISRS)

Citalopram	10 mg / día	20 – 40mg / día
Fluoxetina	10 mg / día	20 - 60mg / día
Paroxetina	10 mg / día	20 - 60mg / día
Sertralina	25 mg / día	50 -200 mg / día

Inhibidores no Selectivos de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN)

Venlafaxina	75 mg / día	75-225 mg / día
-------------	-------------	-----------------

Otro mecanismo de Acción

Anfebutamona	150 mg/día	150-300 mg / día
Reboxetina	4 mg	4 - 12mg / día

SEGUNDA LÍNEA DE ELECCIÓN**Tricíclicos**

Amitriptilina	25 mg	75 -300 mg/día
Imipramina	25 mg	75 -225mg/día

Medicamentos antidepresivos indicados en el tratamiento

Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Contraindicaciones
Amitriptilina	100 mg al día	25 mgs/envase con 50 tabletas y de 50mg con 20 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Estreñimiento, retención urinaria, sequedad de boca, visión borrosa, somnolencia, sedación, debilidad, cefalea, hipotensión ortostática	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos. Uso no aconsejado en pacientes con: Retención urinaria y estreñimiento Con alto riesgo suicida (por toxicidad en sobredosis) Cardiópatas Múltiples medicaciones
Anfebutamona	150 a 300mg día	150mgs/envase con 15 y 30 tabletas o grageas de liberación prolongada	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta mínimo de 6 meses	Efectos neurológicos, como temblores, crisis epilépticas, cefalea, insomnio y alteración, gastrointestinal.	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco Trastorno psicóticos No aconsejable en pacientes con crisis convulsivas. Traumatismo de cráneo,
Citalopram	20 a 60mg	20mg, envase con 14 o 28 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta mínimo de 6	Aumento de apetito y/o de peso, agitación, nerviosismo, disminución de la libido, ansiedad, alteraciones	Insuficiencia Renal Crónica, Insuf. Hepática, Embarazo, Lactancia.

			meses	del sueño	
Fluoxetina	20mg día	20 mg capsulas, comprimidos, solución, envase con 10, 20 y 40 tabletas o cápsulas Capsula de 90 mg de liberación prolongada (dosis semanal)	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Nerviosismo, ansiedad, insomnio, bradicardia, arritmias, congestión nasal, trastornos visuales, malestar respiratorio, disfunción sexual, retención urinaria, reacciones de hipersensibilidad	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco.
Imipramina	100mg al día	10mg, 25, 50 mg./envase con 60 tabs. la de 10 mg y de 20 tabs. para las otras presentaciones	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Insomnio, sedación, sequedad de mucosas, mareo, estreñimiento, visión borrosa, hipotensión o hipertensión arterial, taquicardia, disuria.	Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos. Uso no aconsejado en pacientes con: Retención urinaria y estreñimiento Con alto riesgo suicida (por toxicidad en sobredosis) Cardiópatas Múltiples medicaciones
Medicamentos potenciadores del efecto antidepresivo					
Paroxetina	25 mg al día	20 mgs y 25 mg / envase con 10 y 20 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio	Náusea, somnolencia, cefalea, estreñimiento, sudoración, temblor,	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco.

			de respuesta Mínimo de 6 meses	astenia, disfunción sexual, hipotensión postural.	
Reboxetina	8 a 12 mg día	Tabletas de 4 mg envase con 30 y 60 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta mínimo de 6 meses	Hipotensión leve relacionada con la dosis, insomnio, sequedad de boca, estreñimiento, sudoración, retención urinaria, taquicardia y vértigo	Hipersensibilidad al fármaco
Sertralina	100mg al día	50 mgs y 100mg / envase con 14 cápsulas o tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta. Mínimo de 6 meses	Náusea, diarrea, dolor abdominal, mareo, hipotensión arterial, palpitaciones, edema, disfunción sexual masculina.	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco, epilepsia,
Venlafaxina		37.5mg, 75 mg/envase con 10 cápsulas de liberación prolongada Comprimidos de 37.5mg, 75mg y 150mg con 20	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta. Mínimo de 6 meses	Nauseas sudoración, transitorios, cefalea, alteración de la acomodación visual, sequedad de boca e	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco. No aconsejable en pacientes en pacientes con Hipertensión limite o de difícil control

tabletas

insomnio,
Astenia, fatiga,
En algunos
casos con dosis
de 200mg al
dia pueden
presentar HTA
, y de la FC
disminución
del apetito
náusea.

⁵⁵ Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto Año 2015 [consulta 26 octubre 2016] Disponible en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GPC_TRASTORNO_DEPRESIVO/Imss_161ER.pdf

PRONÓSTICO

La depresión con frecuencia responde al tratamiento. El desenlace clínico generalmente será mejor para aquellas personas que tengan acceso a servicios sociales, familiares y amigos que puedan ayudarlos a mantenerse activos y ocupados.

La complicación más preocupante de la depresión es el suicidio. Los hombres representan la mayoría de los suicidios entre las personas mayores. Los divorciados o viudos están en mayor riesgo.

Las familias deben prestar mucha atención a familiares mayores que estén deprimidos y vivan solos.⁵⁶

⁵⁶ Depresión en el adulto mayor. [Internet] Año 2014 [consulta 11 de octubre 2016] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm>

VI. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

6.1 Presentación del caso clínico

1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: D.O.M.		
Edad: 72 Años.	Sexo: Femenino.	Escolaridad: Sin escolaridad
Ocupación: Ama de Casa.	Estado civil: Casada.	Religión: Católica.
Casa: Propia	Lugar de Nacimiento: Tulancingo Hidalgo	
Fuente de Información: Directa	Integrante de la familia: Madre	Personas significativas: Esposo e Hijos

Antecedentes Heredofamiliares

Sin antecedentes heredofamiliares patológicos

Padecimiento Actual

Hace un año aproximadamente presento un cuadro de ansiedad, refiere que desde ese momento se ha sentido decaída, sin ganas de hacer nada en su casa, con dificultad para dormir y con episodios de llanto sin motivo alguno

ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO
FEDERAL

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.

INSTRUMENTO DE VALORACION DE ENFERMERIA (VIRGINIA HENDERSON)

I. Ficha de identificación

Datos socio demográficos		
Edad 72 años	Sexo Femenino	Escolaridad Sin escolaridad
Ocupación Ama de casa	Estado civil Casada	Religión Católica
Casa	Propia <input checked="" type="checkbox"/>	Prestada
	Rentada	
Antecedentes personales:		
Alergias	Si:	No: <input checked="" type="checkbox"/>
Especificar:		

II. Valoración de necesidades

Necesidad de oxigenación:					
Área pulmonar					
Frec. Resp 18 x min.	Dif. Respiratoria <input checked="" type="checkbox"/>	Apnea	Disnea	En esfuerzo <input checked="" type="checkbox"/>	
Tos frecuente N/A	Productiva	Seca			
Secreciones bronquiales N/A	Si	No	Características		
Color de piel y mucosas:	Palidez	Cianosis distal	Cianosis peri bucal		
Datos subjetivos: La paciente refiere dificultad respiratoria al encontrarse ansiosa y al inicio de una subida.					
Área cardiovascular					
Frecuencia cardiaca: 85 latidos por minuto					
Pulso:	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Débil	Paradójico	Ausente	
Llenado capilar:	2	Distal:	3	segundos	


segundos							
Edema:	Si	No X	Sitio:				+ ++ +++ +++++
Datos subjetivos:							

Necesidad nutrición e hidratación:							
Peso: 50 500kg				Talla: 138 cms			
Dieta habitual (tipo):		Normal: X			Blanda:		
No. De comidas: 2							
Bebidas frecuentes diarias:				Agua X		Café X	Refresco
Ingesta de líquidos en 24 hrs		Menos de un litro X		1-2 litros		Mayor a 2 litros	
Apetito:	Aumentado:	Disminuido: X	Suplementos alimenticios			Si	No X
Cavidad oral:	Hidratada:		Semihidratada:			Deshidratadas:	
	Sin caries:	Caries:	Sí X	No	Faltan piezas dentales	Si X	No
Prótesis dental:		Fija:			Móvil: X		
Problemas de masticación:		Deglución:	Intolerancia: X	Nauseas:	Vomito:		
Datos subjetivos: La paciente refiere dolor mientras come porque tiene prótesis que le lastima al comer, y no come bien pues la mayoría de tiempo está sola y no le da hambre.							

Necesidades de eliminación					
Urinaria					
Frecuencia:	Veces al día:	Características normales		Si X	No
	3				
Anuria	Oliguria	Poliuria	Disuria	Nicturia	Tenosmo
Incontinencia urinaria			Orina intermitente		
Color		Normal X	Hematuria	Coluria	Otra
Dependencia parcial:		Acompañado al sanitario		Facilitador cómodo/orinal	Pañal
Dependencia total:		Sonda vesical:		Diálisis peritoneal	Hemodiálisis:

Datos subjetivos:					
Intestinal					
Frecuencia: <u>1</u> veces al día		Características normales		Si X	No
Estreñimiento:		Melena	Acolia	Mucosa	Pastosa
Con sangre fresca		Fétida		Líquida	
Dependencia parcial		Acompañado al sanitario		Facilitador de cómodo	Pañal
Dependencia total			Colostomía		
Datos subjetivos					

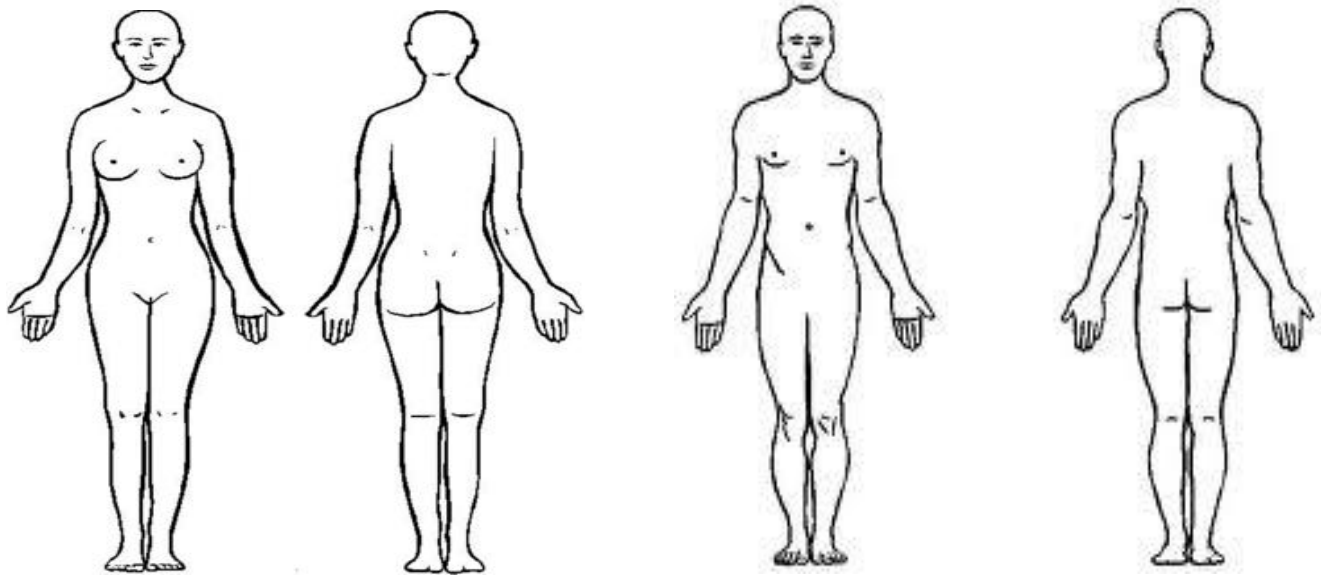
Necesidad de termorregulación		
Temperatura: <u>36</u> °C		
Normotermia:	Hipertermia	Hipotermia:
Datos subjetivos		

Necesidad de moverse y mantener una buena postura					
Realiza actividad física:	Si		No X		
Sistema musculoesquelético	Fuerza	Movilidad	Activa	Pasiva X	
Capacidad muscular:	Tono m.		Resistencia	Flexibilidad	
	Dolor articular X			Edema	
Postura:	Coordinación:	Seguridad:		Activo:	
Uso de dispositivo de ayuda:	Andador	Bastón	Silla de ruedas	Muletas	
Escala de dolor					
Leve matutino					

Necesidad de descanso y sueño			
Horas de descanso al día		Menos de 30 minutos	
Tipos de sueño:	Fisiológico	Inducido X	Insomnio
Horas de sueño:		De 5 a 7 horas	
Facilitadores de sueño	Masaje	Relajación	Música
	Lectura		Medicamentos X
Datos subjetivos: Refiere no poder dormir si no se toma su medicamento, este es clonazepam.			

Necesidad uso de prendas de vestir adecuadas			
Distingue, relación entre higiene y salud		Si X	No
Capacidad motora para vestirse y desvestirse		Si X	No
Vestido	Completo X	Incompleto	Sucio
Datos subjetivos			

Necesidad de higiene y protección de la piel				
Características de la piel: Seca				
Coloración	Palidez	Cianosis	Rubicunda	Ictericia
Estado de la piel	Hidratada	Deshidratada X	Integra	Lesionada
Tipo de lesión:				
Marque la ubicación en el esquema				
Independencia para el baño	De regadera	Dependencia para el baño	Esponja	
Baño (frecuencia): cada tercer día				
Higiene oral (frecuencia): dos o una vez al día				
Datos subjetivos:				



Necesidad de evitar peligros					
Alteración y/o deformidades congénitas o auditivas			Si X		No
Toxicomanías:	Tabaco		Alcohol		Otras drogas
Identificar las medidas para prevenir accidentes:					
Hogar:	Si X	No	Trabajo	Si	No
Escuela:	Si	No			
Efectuá controles médicos periódicos:			Si		No X
Presencia de peligros ambientales en su examen físico				Si	No X
Prácticas para mejorar su salud:					
Manejo del estrés: No			Técnicas de relajación: No		
Datos subjetivos:					

Necesidad de comunicarse					
Vive con:		Familia X		Solo	
Rol estructura familiar: Esposa					
Tipo de familia:	Nuclear		Mono parental		Extensa
Limitaciones físicas que interfieren con la comunicación:					
Si	Visual	Auditiva X		Verbal	Motora

neuromuscular					
Realiza alguna actividad lúdica o recreativa:		Si	No X	Cuál?	
Cuenta con recursos en su comunidad para la recreación:			Si X	No	
La distribución del tiempo es utilizado es entre el trabajo y la distracción			Si	No X	
Estado de ánimo:	Apático X	Aburrido		Participativo	
Datos subjetivos:					

Necesidad de aprendizaje				
Escolaridad	Analfabeta	Ultimo grado de estudios	Desempeño escolar	Sin escolaridad X
Conoce el proceso de su enfermedad: No				
La información le resulta	Insuficiente X	Clara	Confusa	Completa
Conoce su diagnóstico médico:	Si		No	
Cuenta con recursos				



**ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL
DISTRITO FEDERAL CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
U.N.A.M**

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

Nombre: D.O.M. Edad: 72 años. Sexo: Femenino. Fecha de evaluación: 27 de
Noviembre 2016

Escala de depresión Geriátrica de Yesavage	Si	No
1.- ¿Se siente básicamente satisfecho con su vida?		X
2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades?	X	
3.- ¿Siente que su vida esta vaciá?	X	
4.- ¿Se aburre con frecuencia?	X	
5.- ¿Tiene esperanza en el futuro?		X
6.- ¿Está molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	X	
7.- ¿Está de buen humor la mayor parte de su tiempo?		X
8.- ¿Tiene miedo de que algo le vaya a suceder?	X	
9.- ¿Se siente contento la mayor parte del tiempo?		X
10.- ¿Se siente frecuentemente desamparado?	X	
11.- ¿Se siente intranquilo y nervioso frecuentemente?	X	
12.- ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	X	
13.- ¿Se preocupa frecuentemente por el futuro?		X
14.- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que los demás?	X	
15.- ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?		X
16.- ¿Se siente desanimado o triste con frecuencia?	X	
17.- ¿Siente que nadie lo aprecia?	X	
18.- ¿Se preocupa mucho por el pasado?	X	
19.- ¿Cree que la vida es muy interesante?		X
20.- ¿Le es difícil comenzar con nuevos proyectos?	X	
21.- ¿Se siente lleno de energía?		X
22.- ¿Siente que su situación es desesperante?	X	
23.- ¿Cree que los demás están mejores condiciones que usted?	X	
24.- ¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia?	X	
25.- ¿Tiene ganas de llorar con frecuencia?	X	

26.- ¿Tiene problemas para concentrarse?	X	
27.- ¿Disfruta el levantarse por las mañanas?		X
28.- ¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	X	
29.- ¿Le es fácil tomar decisiones?	X	
30.- ¿Esta su mente tan clara como solía estar antes?		X
Puntaje total	30 puntos	

A cada pregunta, el sujeto responde por SÍ o NO en función de cómo se ha sentido durante la semana precedente. Un resultado de 0 a 10 sugiere ausencia de depresión, de 11 a 20 depresión ligera y de 21 a 30 depresiones modera a grave. El máximo total de puntos es 30. Las preguntas representan el centro de la depresión geriátrica y aquellas relacionadas a las quejas somáticas no están incluidas. En la Escala de depresión Geriátrica (EDG), 20 preguntas respondidas afirmativamente y 10 de forma negativa indican la presencia de depresión.

6.2 Resultados de Valoración.

Necesidades básicas: Oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

A la exploración física del patrón respiratorio se auscultan campos pulmonares ventilados, sin presencia de estertores, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, se encuentra con ligera palidez de tegumentos, la paciente refiere ser hipertensa desde hace aproximadamente 6 años actualmente su cifra de tensión arterial oscila en 110/60 mm Hg. hasta el momento, frecuencia cardiaca de 85 latidos por minuto, llenado capilar menor de 2 segundos. Así mismo refiere disnea grado 1 según la escala Medical Research Council, al andar deprisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada.

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Cavidad oral semihidratada, actualmente ha perdido 11 kilos en seis meses, tiene un peso aproximado de 50. 500 Kg y talla de 1.38, con un índice de masa corporal de 26.25 Kg/m² con sobrepeso. Se alimenta por sí sola, dieta habitual dos comidas al día porque se siente sola y no le dan ganas de comer, durante el desayuno ingiere te o café con un pan, durante la comida puede ser nopales, calabazas, ejotes, habas, alverjones, refiere que estos son de su preferencia. Así mismo en lo que respecta a la ingesta de líquidos, refiere que toma aproximadamente medio litro entre café, agua y jugo al día. Niega alergias alimentarias.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Refiere la paciente que no existe alteración alguna en la eliminación intestinal debido a que acude al baño una vez al día de manera regular, con una consistencia formada, color café, y presencia de flatulencia, cuando llega a presentar estreñimiento toma un yogurt activia o come ciruela pasa. Gasto urinario aparentemente normal ya que menciona que acude al baño tres veces en 24 horas.

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Refiere que le agrada el clima cálido. Si cambia de una región calurosa al frío se abriga bien, soporta el clima frío.

A la valoración de la temperatura corporal se encuentra normotérmica con una cifra de 36 grados centígrados, llenado capilar menor de 2 segundos. Sin datos de transpiración.

Necesidades básicas de: Moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Refiere que por las mañanas presenta dolor leve en las articulaciones mismo que durante el resto del día disminuye sin mayor problema.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Presenta alteraciones del patrón de sueño ya que es inducido, tiene indicado clonazepan 0.2 mg. cada 24 horas, duerme de 5 a 7 horas por la noche, para conciliar el sueño, no toma siestas durante el día.

A la exploración física se observa cansada y ojerosa..

6.- NECESIDAD USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Refiere utilizar ropa normal, casual y que no presenta molestia al vestirse. Su cambio de ropa interior y exterior lo realiza cada tercer día.

A la exploración física se observa que no presenta deterioro del autocuidado coordina adecuadamente sus movimientos para abrochar botones, subir cierres, colocarse zapatos y elegir la ropa adecuada, colocándose las prendas de forma correcta.

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Cabello bien implantado, canoso sin alopecias, limpio sin datos de seborrea, ojos simétricos sin alteraciones así como los oídos limpios. Baño cada tercer día, así como lavado de manos antes y después de ir al baño y al preparar sus alimentos. Higiene bucal una a dos veces al día. Presenta onicomycosis en miembros pélvicos.

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS/SEGURIDAD

Actualmente vive en casa propia con su esposo, cuenta con todos los servicios domiciliarios (agua, luz, drenaje etc.). Comenta que conoce las medidas de prevención de accidentes en casa. Cuando se presenta ante una situación de estrés refiere que se pone muy ansiosa, presenta tensión facial, tartamudea y le

da miedo salir de su casa porque en su último episodio de ansiedad se perdió y le costó trabajo regresar a su casa.

Tiene la vacuna de toxoide tetánico con fecha del 28/11/2007 e influenza con 5 dosis.

Tiene un plan farmacoterapéutico indicado por el médico fluoxetina 20mg cada 24 horas, así como antihipertensivos como el nifedipino 15mg cada 24 horas.

Obtuvo 30 puntos en la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage.

Necesidades básicas de: Comunicación, vivir según creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

10.- NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Comenta no tener buena comunicación con su esposo, tuvo cuatro hijos de los cuales, tres viven cerca de ella casi no van a visitarla, su cuarto hijo vive en el estado de Baja California, ella refiere que nunca les manifestó amor porque los tuvo por cumplir una regla de la sociedad, ella piensa que esta disminución de afecto hacia sus hijos se debe a que sufrió una violación al tener 8 años y a partir de ese momento concibió que la vida no tiene sentido. Desde hace un año aproximadamente se ha sentido decaída, sin ganas de hacer nada en su casa, con episodios de llanto sin motivo alguno, manifiesta que durante sus periodos de ansiedad llega a tartamudear.

A la valoración se observa un ligero problema auditivo, su lenguaje es claro, coherente al contestar las preguntas que se le hacen permitiendo el contacto visual.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Su religión es católica, va a misa cada mes o cada 15 días, los valores que considera importantes son: honestidad, respeto, cariño y empatía. Refiere que no cree que sus creencias influyan en su estilo de vida.

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Siempre ha sido ama de casa pero desde hace como 11 meses aproximadamente refiere que ya le da igual arreglar y ver su casa bonita observándose esta en el abandono.

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

No realizar ninguna actividad recreativa, en casa escucha el radio, cuando llega a prender la televisión ve caricaturas, manifiesta no tener recursos para dedicarse a las actividades que le interesan como conocer los estados de la República, siendo no equilibrada la distribución entre trabajo y distracción.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Comenta que no asistió a la escuela y es por eso que no sabe leer ni escribir.

A la valoración se encuentra atenta, alerta, orientada en sus tres esferas, cooperadora, comprende las preguntas, responde rápido, recuerda antecedentes patológicos de la infancia. Tiene poca información sobre depresión y quiere conocer que es para estar enterada sobre lo que le está sucediendo

La entrevista e intervenciones se realizan en su domicilio, los datos obtenidos son de forma directa. Se observa y se le da seguimiento a la paciente en un periodo de

5 meses y con el diseño de un Plan de Intervenciones de Enfermería se establece una mayor integración social y de salud para mejorar su calidad de vida.

15.- SEXUALIDAD

Antecedentes gineco-obstetricos, tuvo 4 gestas, 0 abortos y 4 partos con dos parejas sexuales, sufrió violación a los 8 años de edad, mamas flácidas acorde a la edad, amenorrea, sin presencia de enfermedades de transmisión sexual, ni alteraciones orgánicas.

El presente caso práctico, está dirigido a una paciente del sexo femenino de 72 años de edad que cursa la etapa de adulto mayor, originaria de Tulancingo Hidalgo de estado civil casado, sin escolaridad, religión católica, sin antecedentes laborales.

Actualmente vive en casa propia con su esposo, esta cuenta con todos los servicios domiciliarios (agua, luz, drenaje etc.),

VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON

Necesidades básicas: Oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

Necesidad de oxigenación

A la exploración física del patrón respiratorio se encuentra con ligera palidez de tegumentos, cavidad oral semihidratada, campos pulmonares ventilados, sin presencia de estertores, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, la paciente refiere ser hipertensa desde hace aproximadamente 6 años manteniendo un

control médico con nifedipino 15 mg. Vía oral cada 24 horas por lo que actualmente su cifra de tensión arterial oscila en 110/60 mm Hg. hasta el momento, frecuencia cardiaca de 85 latidos por minuto, llenado capilar menor de 2 segundos. Así mismo refiere disnea grado 1 según la escala Medical Research Council, al andar deprisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada.

Necesidad de nutrición e hidratación

Actualmente ha perdido 11 kilos en seis meses, tiene un peso aproximado de 50.500 Kg y talla de 1.38, con un índice de masa corporal de 26.25 Kg/m² con sobrepeso. Se alimenta por sí sola, acostumbra por dieta habitual dos comidas al día porque se siente sola y no le dan ganas de comer, durante el desayuno te o café con un pan, durante la comida puede ser nopales, calabazas, ejotes, habas, alverjones, refiere que estos son de su preferencia. Ingiere entre medio litro y cuarto litro de agua al día aproximadamente. Comenta masticación dolorosa, cuenta con prótesis dental, niega alergias alimentarias. Tiene un plan farmacoterapéutico indicado por el médico fluoxetina 20mg cada 24 horas, clonazepam .2mg cada 24 horas estos por 30 días, nifedipino 15mg cada 24 horas.

A la exploración física, se encuentra: sin una pieza dental (molar).

Necesidad de eliminación

No presenta problemas durante la eliminación urinaria ni fecal, refiere que rara vez se siente estreñida y cuando sucede esto se toma un activia o come ciruela pasa.

Necesidad de termorregulación

Refiere que le agrada el clima cálido. Si cambia de una región calurosa al frío se abriga bien, soporta el clima frío. No acostumbra a realizar ejercicio.

A la valoración temperatura corporal de 36 grados centígrados, piel semihidratada de color morena clara, llenado capilar menor de 2 segundos. Sin datos de transpiración.

Necesidades básicas de: Moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.

Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Refiere que por las mañanas presenta dolor leve en las articulaciones mismo que durante el resto del día disminuye.

Necesidad de descanso y sueño

Presenta alteraciones del patrón de sueño, su tipo de sueño es inducido, tiene indicado clonazepam 0.2 mg. cada 24 horas duerme de 5 a 7 horas por la noche, para conciliar el sueño, no toma siestas durante el día.

A la exploración física se observa cansada y ojerosa.

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Refiere utilizar ropa normal, casual y que no presenta molestia al vestirse. Su cambio de ropa interior y exterior lo realiza cada tercer día.

A la exploración física se observa que no presenta deterioro del autocuidado coordina adecuadamente sus movimientos para abrochar botones, subir cierres, colocarse zapatos y elegir la ropa adecuada, colocándose las prendas de forma correcta.

Necesidad de higiene y protección de la piel

Su baño es cada tercer día. Realiza higiene de manos antes de preparar alimentos y después de ir al baño. Realiza lavado de dientes una o dos veces al día.

A la valoración se visualiza piel integra, cabello bien alineado, canoso, no graso, tiene prótesis dental solo le falta 1 pieza dental. Onicomycosis en zona podal.

Necesidad de evitar peligros

Comenta que si conoce las medidas de prevención de accidentes en casa. Cuando se presenta ante una situación de estrés refiere que se pone muy ansiosa, refiere sentir tensión facial, tartamudea y le da miedo salir de su casa porque en su último episodio de ansiedad se perdió y le costó trabajo regresar a su casa.

Tiene la vacuna de toxoide tetánico con fecha del 28/11/2007 e influenza con 5 dosis.

Necesidades básicas de: Comunicación, vivir según creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

Necesidad de comunicarse

Comenta no tener buena comunicación con su esposo, tuvo 4 hijos todos nacieron por parto normal, sus 3 hijos aunque viven cerca de ella casi no van a visitarla, su cuarto hijo vive en el estado de Baja California, ella refiere nunca les manifestó amor porque los tuvo por cumplir una regla de la sociedad, ella piensa que esta disminución de afecto hacia sus hijos se debe a que sufrió una violación al tener 8 años y a partir de ese momento concibió que la vida no tiene sentido. Desde hace un año aproximadamente se ha sentido decaída, sin ganas de hacer nada en su casa, con episodios de llanto sin motivo alguno, manifiesta que durante sus periodos de ansiedad llega a tartamudear.

Antecedentes gineco-obstetricos, tuvo 3 gestas, 0 abortos y 3 partos con dos parejas sexuales, sufrió violación a los 8 años de edad, mamas flácidas acorde a la edad, amenorrea, sin presencia de enfermedades de transmisión sexual, ni alteraciones orgánicas.

A la valoración se observa un ligero problema auditivo, su lenguaje es claro, coherente al contestar las preguntas que se le hacen permitiendo el contacto visual.

Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Su religión es católica, va a misa cada mes o cada 15 días, los valores que considera importantes son: honestidad, respeto, cariño y empatía. Refiere que no cree que sus creencias influyan en su estilo de vida.

Necesidad de trabajar y realizarse

Siempre ha sido ama de casa pero desde hace como 11 meses aproximadamente refiere que ya le da igual arreglar y ver su casa bonita observándose en esta el abandono.

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Refiere no realizar ninguna actividad recreativa, en casa escucha el radio, cuando llega a prender la televisión ve caricaturas, manifiesta no tener recursos para dedicarse a las actividades que le interesan como conocer los estados de la Republica, siendo no equilibrada la distribución entre trabajo y distracción.

Necesidad de aprendizaje

Comenta que no asistió a la escuela y es por eso que no sabe leer ni escribir.

A la valoración se encuentra atenta, alerta, orientada en sus tres esferas, cooperadora, comprende las preguntas, responde rápido, recuerda antecedentes patológicos de la infancia. Tiene poca información sobre depresión y quiere conocer que es para estar enterada sobre lo que le está sucediendo

La entrevista e intervenciones se realizan en su domicilio, los datos obtenidos son de forma directa. Se observa y se le da seguimiento a la paciente en un periodo de 5 meses y con el diseño de un Plan de Intervenciones de Enfermería se establece una mayor integración social y de salud para mejorar su calidad de vida.

6.3 Priorización de Diagnósticos de Enfermería

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO REAL	DIAGNÓSTICO POTENCIAL	DIAGNÓSTICO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
Trabajar y realizarse	Desempeño ineficaz del rol R/C Depresión M/P Estrategias de afrontamiento ineficaces		
Reposo y sueño	Insomnio R/C Depresión M/P Energía insuficiente		
	Patrón del sueño alterado R/C Patrón de sueño no reparador M/P Dificultad para iniciar el sueño		
Moverse y mantener postura adecuada	Fatiga R/C Depresión M/P Patrón de sueño no reparador		
	Intolerancia a la actividad R/C Estilo de vida sedentario M/P Disnea de esfuerzo		
	Estilo de vida sedentario R/C Motivación insuficiente para actividad física M/P Mala condición física		

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO REAL	DIAGNÓSTICO POTENCIAL	DIAGNÓSTICO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
Recrearse	Déficit de actividades recreativas R/C Actividad recreativa insuficiente M/P Aburrimiento		
Aprender	Conocimientos insuficientes R/C Información insuficiente M/P Conocimientos insuficientes		
Evitar peligros	Ansiedad R/C Grandes cambios M/P Angustia		
	Baja autoestima crónica R/C Recibe afecto inadecuado M/P Culpa		
	Labilidad emocional R/C Trastornos emocionales M/P Llanto involuntario		
			Disposición para mejorar la gestión de la salud M/P Expresa deseos de mejorar el manejo de la salud
Comunicación	Deterioro de la interacción social R/C Ausencia de personas significativas M/P Insatisfacción con la participación social.		

NECESIDAD	DIAGNÓSTICO REAL	DIAGNÓSTICO POTENCIAL	DIAGNÓSTICO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
Comunicación	Afrontamiento ineficaz R/Apoyo social insuficiente M/P Acceso insuficiente al apoyo social. Alteración de la concentración.		
Creencias y valores	Impotencia R/C Interacciones interpersonales insuficientes M/P Depresión.		
Comer y beber	Sobrepeso R/C Actividad física diaria promedio menor a la recomendada por sexo y edad M/P IMC >25 kg/m ²		
	Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades R/C Ingesta insuficiente de alimentos M/P Falta de interés en la comida.		
		Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C Conocimiento de las necesidades de líquidos.	
Eliminación		Riesgo de estreñimiento R/C Ingesta insuficiente de líquidos	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON)

1.-OXIGENACIÓN	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACION ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACION/COMPAÑIA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA				
2.-NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACION/COMPAÑIA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	<p>Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C Conocimiento de las necesidades de líquidos.</p> <p>Sobrepeso R/C Actividad física diaria promedio menor a la recomendada por sexo y edad M/P IMC >25 kg/m²</p> <p>Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades R/C Ingesta insuficiente de alimentos M/P Falta de interés en la comida.</p>			
3.-ELIMINACIÓN	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACION ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACION/COMPAÑIA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	Riesgo de estreñimiento R/C Ingesta insuficiente de líquidos			

4.-TERMORREGULACIÓN	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPAÑIA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA				
5.-MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPAÑIA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	<p>Fatiga R/C Depresión M/P Patrón de sueño no reparador Intolerancia a la actividad R/C Estilo de vida sedentario M/P Disnea de esfuerzo Estilo de vida sedentario R/C Motivación insuficiente para actividad física M/P Mala condición física</p>			
6.-DESCANSO Y SUEÑO	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPAÑIA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	<p>Insomnio R/C Depresión M/P Energía insuficiente Patrón del sueño alterado R/C Patrón de sueño no reparador M/P Dificultad para iniciar el sueño</p>			

7.-USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPAÑIA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA				
8.-HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPAÑIA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA				
9.-EVITAR PELIGROS	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPAÑIA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	<p>Disposición para mejorar la gestión de la salud M/P Expresa deseos de mejorar el manejo de la salud</p> <p>Ansiedad R/C Grandes cambios M/P Angustia</p> <p>Baja autoestima crónica R/C Recibe afecto inadecuado M/P Culpa</p> <p>Labilidad emocional R/C Trastornos emocionales M/P Llanto involuntario</p>			

10.-COMUNICARSE CON OTROS	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPAÑIA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Deterioro de la interacción social R/C Ausencia de personas significativas M/P Insatisfacción con la participación social. Afrontamiento ineficaz R/Apoyo social insuficiente M/P Acceso insuficiente al apoyo social. Alteración de la concentración			
11.-VIVIR SEGÚN SUS CREEENCIAS	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPAÑIA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Impotencia R/C Interacciones interpersonales insuficientes M/P Depresión			
12.-TRABAJAR Y REALIZARSE	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPAÑIA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Desempeño ineficaz del rol R/C Depresión M/P Estrategias de afrontamiento ineficaces			

13.-JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPAÑIA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Déficit de actividades recreativas R/C Actividad recreativa insuficiente M/P Aburrimiento			
14.-APRENDIZAJE	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA	FALTA DE VOLUNTAD	FALTA DE CONOCIMIENTO
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPAÑIA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Conocimientos insuficientes R/C Información insuficiente M/P Conocimientos insuficientes			

6.4 Diagnósticos reales.

- Desempeño ineficaz del rol R/C Depresión M/P Estrategias de afrontamiento ineficaces
- Insomnio R/C Depresión M/P Energía insuficiente
- Patrón del sueño alterado R/C Patrón de sueño no reparador M/P Dificultad para iniciar el sueño
- Estilo de vida sedentario R/C Motivación insuficiente para actividad física M/P Mala condición física
- Intolerancia a la actividad R/C Estilo de vida sedentario M/P Disnea de esfuerzo
- Fatiga R/C Depresión M/P Patrón de sueño no reparador
- Déficit de actividades recreativas R/C Actividad recreativa insuficiente M/P Aburrimiento
- Conocimientos insuficientes R/C Información insuficiente M/P Conocimientos insuficientes
- Ansiedad R/C Grandes cambios M/P Angustia
- Baja autoestima crónica R/C Recibe afecto inadecuado M/P Culpa
- Labilidad emocional R/C Trastornos emocionales M/P Llanto involuntario
- Deterioro de la interacción social R/C Ausencia de personas significativas M/P Insatisfacción con la participación social.
- Afrontamiento ineficaz R/Apoyo social insuficiente M/P Acceso insuficiente al apoyo social. Alteración de la concentración.
- Impotencia R/C Interacciones interpersonales insuficientes M/P Depresión.
- Sobrepeso R/C Actividad física diaria promedio menor a la recomendada por sexo y edad M/P IMC >25 kg/m²
- Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades R/C Ingesta insuficiente de alimentos M/P Falta de interés en la comida.

6.5 Diagnósticos potenciales

- Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C Conocimiento de las necesidades de líquidos.
- Riesgo de estreñimiento R/C Ingesta insuficiente de líquidos

6.6 Diagnósticos de Promoción a la Salud.

- Disposición para mejorar la gestión de la salud M/P Expresa deseos de mejorar el manejo de la salud.

6.7 Plan de cuidados de Enfermería

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.				
	ESCALA DE MEDICIÓN: Grave. Sustancial. Moderado. Leve. Ninguno.				
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA		
			MANTENER.	AUMENTAR.	
DOMINIO: 7 Rol/Relaciones. CLASE: 3 Desempeño ineficaz del rol. CODIGO: 00055. Desempeño ineficaz del rol R/C Depresión M/P Estrategias de afrontamiento ineficaces.	DOMINIO: 3 Salud psicosocial.	120801 Estado de ánimo deprimido.	2	3	
	CLASE: M Bienestar psicológico. CODIGO: 1208 Nivel de depresión.	120801 Pérdida de interés por actividades. 120803 Ausencia de placer con actividades.	2	3	
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.					
CAMPO: 3 Conductual. CLASE: R Ayuda para el afrontamiento. CÓDIGO: 5300 Facilitar la expresión del sentimiento de culpa.					
ACTIVIDADES.			FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> Guiar al paciente en la identificación de sentimientos dolorosos de culpa. Ayudar al paciente y familia a entender que la culpa es una reacción común a trauma, abuso, duelo, enfermedad devastadora o accidentes. Ayudar al paciente a identificar proyecciones destructivas de sentimientos hacia otras personas que comparten la responsabilidad de la situación. Facilitar la discusión del impacto de la situación sobre las relaciones familiares. Enseñar al paciente a utilizar técnicas de bloqueo del 			<p>La comunicación terapéutica favorece la comprensión y puede ayudar a establecer una relación constructiva entre el profesional de enfermería y el paciente. A diferencia de la relación social, que puede no tener una dirección o un objetivo específicos, la relación de ayuda terapéutica está dirigida al paciente y al objetivo de modificar el estado depresivo, desde los factores más sintomáticos (interrelaciones entre cogniciones, afectos, conductas) a los factores subyacentes de tipo cognitivo (distorsiones y supuestos personales).</p>		

<p>pensamiento y de sustitución del pensamiento, junto con la relajación muscular deliberada si aparecen sentimientos persistentes de culpa en la mente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirigir al paciente por los pasos del auto perdón cuando la propia culpa es válida. 	
--	--

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.	
CAMPO: 03 Conductual. CLASE: R Ayuda para el afrontamiento. CÓDIGO: 5330 Control del estado de ánimo.	
ACTIVIDADES.	FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de ánimo inicialmente y con regularidad, a medida que progresa e tratamiento. • Determinar si el paciente supone un riesgo de sí mismo y de los demás. • Vigilar el estado físico del paciente. • Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia. 	Durante la depresión la percepción de sí mismo está tan distorsionada que llega a perderse por completo, y en ocasiones el paciente se siente literalmente muerto, lleno por dentro de podredumbre y descomposición.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: Gravemente comprometido. Sustancialmente comprometido. Moderadamente comprometido. Levemente comprometido. No comprometido.			
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
DOMINIO: 4 Actividad/Reposo. CLASE: 1 Sueño/Reposo. CODIGO: 00095 Insomnio R/C Depresión M/P Energía insuficiente.			MANTENER.	AUMENTAR.
	DOMINIO: 1 Salud funcional. CLASE: A Mantenimiento de la energía. CODIGO: Sueño 0004.	401 Horas de sueño 403 Patrón del sueño 404 Calidad de sueño	2 2 2	3 3 3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
CAMPO: 1 Fisiológico: Básico CLASE: F Facilitación del autocuidado. CODIGO: 1850 Mejorar el sueño.				
ACTIVIDADES.		FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón de sueño. Registrar el patrón y número de horas de sueño de la paciente. Fomentar el aumento de las horas de sueño. Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales. 		<p>Los adultos mayores muestran más alteraciones del patrón del sueño que afectan negativamente su calidad de vida, su estado de ánimo su nivel de alerta. Una persona preocupada con problemas personales puede ser incapaz de relajarse lo suficiente como para conciliar el sueño.</p>		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: Grave. Sustancial. Moderado. Leve. Ninguno.			
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
DOMINIO: 4 Actividad/Reposo. CLASE: 1 Sueño/Reposo. CÓDIGO: 00198 Patrón del sueño alterado R/C Patrón de sueño no reparador M/P Dificultad para iniciar el sueño.			MANTENER.	AUMENTAR.
	DOMINIO: 1 Salud funcional. CLASE: A Mantenimiento de la energía. CODIGO: 0004 Sueño.	403 Patrón del sueño.	1	3
		408 Sensación de rejuvenecimiento después del sueño.	1	3
		421 Dificultad para conciliar el sueño.	1	3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
CAMPO: 1 Fisiológico: Básico CLASE: A Control de actividad y ejercicio CÓDIGO: 1850 Mejorar el sueño.				
ACTIVIDADES.	FUNDAMENTACIÓN.			
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el patrón de sueño-vigilia del paciente. • Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente de sueño. • Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño. • Ayudar a eliminar situaciones estresantes antes de irse a la cama. • Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieren el sueño a la hora de irse a la cama. • Ayudar al paciente a realizar una relajación muscular auto 	El sueño es una necesidad humana básica. Se trata de un proceso biológico universal común a todas las personas. El ser humano pasa una tercera parte de vida durmiendo, necesitamos sueño: para afrontar el estrés cotidiano, para prevenir el cansancio, para conservar la energía, para restaurar mente y cuerpo y para disfrutar de la vida con plenitud.			

<p>génica u otras formas o farmacológicas de inducción del sueño.</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño.• Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.	
--	--

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.					
	ESCALA DE MEDICIÓN: Nunca demostrado.					
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA			
DOMINIO: 1 Promoción a la salud. CLASE: 1 Toma de conciencia de la salud. CÓDIGO: 00168 Estilo de vida sedentario R/C Motivación insuficiente para la actividad física M/P Mala condición física.				MANTENER.	AUMENTAR.	
	DOMINIO: 3 Salud psicosocial. CLASE: M Bienestar psicológico. CÓDIGO: 1209 Motivación	120904 Obtiene el apoyo necesario.	1	3		
		120905 Inicia conductas dirigidas hacia los objetivos 120907 Mantiene una autoestima positiva	1	3		
		1	3			
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.						
CAMPO: 03 conductual CLASE: R Ayuda para el afrontamiento CÓDIGO: 5400 Potenciación de la autoestima						
ACTIVIDADES.	FUNDAMENTACIÓN.					
<ul style="list-style-type: none"> • Observar las afirmaciones del paciente sobre su auto valía. • Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. • Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta • Animar al paciente a evaluar su propia conducta. • Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. 	La autoestima es el juicio de una persona sobre su propia valía, es decir, hasta qué punto las normas y el desempeño de las funciones de esa persona son comparables a los de otros y a los de su propio yo ideal. Si la autoestima de una persona no coincide con el yo ideal, se produce un bajo auto concepto.					

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.	
CAMPO: 03 conductual CLASE: O Terapia conductual. CÓDIGO: 4360 Modificación de la conducta.	
ACTIVIDADES.	FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la motivación de la paciente para un cambio de conducta. • Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos. • Ofrecer un esfuerzo positivo a las decisiones de la paciente que hayan sido tomadas de forma independiente. • Identificar la conducta que ha de cambiarse en términos específicos, concretos. • Desarrollar un programa de cambio de conducta. • Facilitar al implicación familiar en el proceso de modificación. • Evaluar los cambios de conducta mediante la comparación de los sucesos actuales con sucesos de conducta posteriores a la intervención. 	<p>La investigación actual apoya los efectos positivos del ejercicio en la función cognitiva, en particular en los procesos de toma de decisiones y los procesos de solución de problemas, planificación y la atención. El ejercicio físico refuerza las células cerebrales y construye conexiones neuronales. Se ha demostrado que los ancianos atléticos tienen cerebros más densos que sus compañeros activos.</p>

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: Gravemente comprometido. Sustancialmente comprometido. Moderadamente comprometido. Levemente comprometido. No comprometido.			
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER.	AUMENTAR.
DOMINIO: 4 Actividad/Reposo. CLASE: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares. CÓDIGO: 00092 Intolerancia a la actividad R/C Estilo de vida sedentario M/P Disnea de esfuerzo.	DOMINIO: 1 Salud funcional. CLASE: A Mantenimiento de la energía. CÓDIGO: 0005 Tolerancia de la actividad.	508 Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad. 511 Tolerancia a subir escaleras. 514 Habilidad para hablar durante el ejercicio.	3	4
			3	4
			3	4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
CAMPO: 01 Fisiológico Básico CLASE: A Control de actividad y ejercicio. CÓDIGO: 0202 Fomento del ejercicio: Estiramientos.				
ACTIVIDADES.		FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar información sobre los cambios en la estructura musculo esquelética relacionados con el envejecimiento y los efectos de la falta de uso. Ayudar a desarrollar un programa de ejercicios coherente con la edad, estado físico, metas, motivación y estilo de vida. Ayudar a desarrollar un plan de ejercicios que incorpore una secuencia ordenada de movimientos de estiramiento, incrementos de duración de la fase de mantenimiento del movimiento y aumentos del número de repeticiones de cada movimiento de estiramiento mantenido lento, coherente con el nivel de estado físico musculo esquelético o de alguna patología presente. Realizar demostraciones de los ejercicios. 		Ejercicio es un tipo de actividad física que se define como un movimiento corporal planificado, estructurado y repetitivo que se realiza para mejorar la salud y mantener una buena forma física con el objeto de alcanzar un estado de salud óptimo.		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.				
	ESCALA DE MEDICIÓN: Nunca demostrado. Raramente demostrado. A veces demostrado. Frecuentemente demostrado. Siempre demostrado.				
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA		
			MANTENER.	AUMENTAR.	
DOMINIO: 4 Actividad /Reposo CLASE: 3 Equilibrio de la energía. CÓDIGO: 00093 Fatiga R/C Depresión M/P Patrón de sueño no reparador	DOMINIO: 03 Salud Psicosocial	140902 Supervisa la intensidad de la depresión.	2	3	
	CLASE: O Autocontrol	140903 Identifica factores precursores de depresión.	2	3	
	CÓDIGO:1409 Autocontrol de la depresión	140906 Refiere dormir de forma adecuada	2	3	
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.					
CAMPO: 03 Conductual CLASE: R Ayuda para el afrontamiento CÓDIGO: 5330 Control del Estado de Animo					
ACTIVIDADES.			FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de animo • Administrar cuestionarios auto cumplimiento (Escala de Depresión). • Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás. • Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente. • Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia (Tiempos de reposo, relajación). • Proporcionar un seguimiento al paciente de forma ambulatoria a intervalos apropiados, según sea necesario. 			Las crisis vitales en un individuo pueden ser circunstanciales o inesperadas o de desarrollo en el curso del ciclo vital, en el que se realizan actividades específicas en cada etapa del crecimiento y desarrollo, en las que el caso de no ser satisfechas generan posibles sucesos de crisis: ambas crisis provocan desorganización emocional y fisiológica y es necesaria una "intervención en crisis".		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.

CAMPO: 1 Fisiológico: Básico
CLASE: A Control de actividad y ejercicio.
CÓDIGO: 0180 Manejo de la energía

ACTIVIDADES.

- Determinar los déficits del estado fisiológico de la paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga y emocional.
- Observar el esquema y número de horas de sueño de la paciente.
- Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de energía.
- Ayudar al paciente a identificar las preferencias de actividades.
- Limitar los estímulos ambientales como la luz y el ruido para facilitar la relajación.
- Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad.
- Utilizar ejercicios de rango de movimiento pasivos y activos para aliviar la tensión muscular.
- Ofrecer ayudas para favorecer el sueño.
- Fomentar las siestas.
- Instruir al paciente y familia sobre la fatiga, sus síntomas comunes y las recidivas latentes.

FUNDAMENTACIÓN.

Toda persona cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que el médico y la enfermera deben considerar. Existen muchos factores que intervienen en esas reacciones entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos. Por ello es importante evitar el desgaste emocional mediante intervenciones que favorezcan actividades propositivas y fortalezcan su vitalidad emocional.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: Nunca demostrado. Raramente demostrado. A veces demostrado. Frecuentemente demostrado. Siempre demostrado.			
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
DOMINIO: 1 Promoción de la salud. CLASE: 1 Toma de conciencia de la salud. CÓDIGO: 00097. Déficit de actividades recreativas R/C Actividad recreativa insuficiente M/P Aburrimiento.			MANTENER.	AUMENTAR.
	DOMINIO: 4 Conocimiento y conducta de salud. CLASE: Q Conducta de salud. CÓDIGO: 1604 Participación en actividades de ocio.	160401 Participación en actividades diferentes al trabajo habitual.	2	3
		160407 Identificación de opciones recreativas	2	3
		160412 Elige actividades de ocio de interés 160413 Disfruta de actividades de ocio	2	3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
CAMPO: 03 Conductual. CLASE: Q Conducta de salud. CÓDIGO: 5100 Potenciación de la socialización.				
ACTIVIDADES.		FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> Fomentar las actividades sociales y comunitarias. Fomentar la implicación de intereses totalmente nuevos. Ayudar al paciente a que aumente la consciencia de sus puntos fuertes y sus limitaciones en la comunicación con los demás. Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine. Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte de la paciente. 		<p>En los pacientes con depresión las actividades socioculturales y de ocio están disminuidas debido a una percepción personal distorsionada y a la valoración negativa de las capacidades personales, apatía, pasividad. Por ello es importante su participación en grupos de socialización ya que este es un factor protector que disminuye el estado depresivo, al evitar que la persona se encuentre sola, ya que el acompañamiento es una forma de socialización.</p>		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.	
CAMPO: 03 Conductual. CLASE: O Terapia conductual. CÓDIGO: 4310 Terapia de actividad.	
ACTIVIDADES.	FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas. • Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y gama de actividades. • Ayudar al paciente elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. • Ayudar al paciente a centrarse en lo que pueda hacer, más que en los déficits. • Fomentar actividades recreativas. • Ayudar al paciente y a la familia a realizar la actividad deseada. 	Las técnicas, métodos y actuaciones a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
		ESCALA DE MEDICIÓN: Ningún conocimiento. Conocimiento escaso. Conocimiento moderado. Conocimiento sustancial. Conocimiento extenso.			
DOMINIO: 5 Percepción/Cognición. CLASE: 4 Cognición. CÓDIGO: 00126. Conocimientos deficientes R/C Información insuficiente M/P Conocimientos insuficientes.		RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
				MANTENER.	AUMENTAR.
		DOMINIO: 4 Conocimiento y conducta de salud. CLASE: S Conocimientos sobre salud. CODIGO: 1836 Conocimiento: Manejo de la depresión	183602 Signos y síntomas emocionales de depresión. 183612 Factores que contribuyen a la depresión. 183613 Factores que alivian la depresión.	2	3
				2	3
				2	3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.					
CAMPO: 3 Conductual. CLASE: S Educación de los pacientes. CÓDIGO: 5606 Enseñanza: individual.					
ACTIVIDADES.			FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación de confianza. • Valorar el nivel actual de conocimiento y comprensión de contenidos de la paciente. • Potenciar la disponibilidad del paciente para aprender. • Seleccionar los materiales educativos adecuados. • Proporcionar un ambiente que conduzca el aprendizaje. • Reforzar la conducta. • Corregir las malas interpretaciones de la información. • Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes. • Seleccionar nuevos métodos de enseñanza, si los anteriores hubieran sido ineficaces. • Incluir a la familia. 			<p>En los trastornos emocionales existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información, que produce unos pensamientos irracionales que son la causa de la depresión. Los modelos cognitivos consideran al hombre un sistema que procesa información del medio antes de emitir una respuesta. El hombre clasifica, evalúa y asigna significado al estímulo en función de su conjunto de experiencias provenientes de la interacción con el medio y de sus creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y autovaloraciones.</p>		

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Determinar la preparación del paciente para aprender. | |
|---|--|

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
		ESCALA DE MEDICIÓN: Grave. Sustancial. Moderado. Leve. Ninguno.			
		RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
				MANTENER.	AUMENTAR.
DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés. CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento. CÓDIGO: 00146 Ansiedad R/C Grandes cambios (patrones de interacción) M/P Angustia.		DOMINIO: 03 Salud psicosocial. CLASE: M Bienestar psicológico. CÓDIGO: 1211 Nivel de ansiedad.	121105 Inquietud. 121112 Dificultades para la concentración. 121117 Ansiedad verbalizada.	3 3 3	4 4 4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.					
CAMPO: 3 Conductual. CLASE: T Fomento de la comodidad. CÓDIGO: 5820 Disminución de la ansiedad.					
ACTIVIDADES.			FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un enfoque sereno que de seguridad. • Establecer claramente las expectativas del comportamiento de la paciente. • Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. • Escuchar con atención. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. 			<p>La ansiedad puede tomar diversas formas, experimentándose como una sensación inexplicable de destrucción inminente, preocupación excesiva infundada acerca de numerosas cosas como miedo irracional a una actividad u objeto. Es importante que el profesional de enfermería identifique los factores desencadenantes de ansiedad para incidir sobre ellos creando un ambiente de confianza con el paciente ya que si no se tratan, pueden tener consecuencias graves como por ejemplo ataques de pánico recurrentes, por ello es necesario evitar a toda costa que el paciente se exponga a situaciones que generen ansiedad.</p>		

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.• Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.• Ayudar a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.• Controlar los estímulos de las necesidades de la paciente.• Determinar la capacidad de toma de decisiones de la paciente.• Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. | |
|---|--|

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
		ESCALA DE MEDICIÓN: Desviación grave del rango normal. Desviación sustancial del rango normal. Desviación moderada del rango normal. Desviación leve del rango normal. Sin desviación del rango normal.			
DOMINIO: 6 Autopercepción. CLASE: 2 Autoestima CÓDIGO: 00119 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Baja autoestima crónica R/C Recibe afecto inadecuado. M/P Culpa.		RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
				MANTENER.	AUMENTAR.
		DOMINIO: 3 Salud psicosocial. CLASE: M Bienestar psicológico. CÓDIGO: Autoestima 1205	120512 Aceptación de los cumplidos de los demás. 120514 Aceptación de críticas constructivas. 120519 Sentimientos sobre su propia persona	2	3
				2	3
				2	3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.					
CAMPO: 3 Conductual. CLASE: R Ayuda para el afrontamiento. CÓDIGO: 5400 Potenciación de la autoestima.					
ACTIVIDADES.			FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> • Observar las afirmaciones del paciente sobre su auto valía. • Determinar la confianza del paciente en su propio criterio. • Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. • Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas. • Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás. • Abstenerse de realizar críticas negativas. • Ayudar al paciente a afrontar los abusos o burlas. • Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. 			<p>La autoestima es el juicio de una persona sobre su propia valía, es decir, hasta qué punto las normas y el desempeño de las funciones de esa persona son comprables a los de otros y a los de su propio yo ideal. Si la auto estima de una persona no coincide con el yo ideal, se produce un bajo auto concepto. Por lo que centrarse en aspectos positivos puede ayudar a la paciente a aliviar los sentimientos de culpa o de timidez, y permitir a la paciente aceptar su problema de salud.</p>		

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Explorar las razones de la culpa.• Animar al paciente a evaluar su propia conducta.• Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.• Ayudar al paciente a encontrar la autopercepción.• Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario. | |
|--|--|

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.				
		ESCALA DE MEDICIÓN: Nunca demostrado. Raramente demostrado. A veces demostrado. Frecuentemente demostrado. Siempre demostrado.				
		RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA		
				MANTENER.	AUMENTAR.	
DOMINIO: 5 Percepción/Cognición. CLASE: 04 Cognición. CÓDIGO: 00251 Labilidad emocional R/C trastornos emocionales M/P Llanto involuntario.		DOMINIO: 3 Salud psicosocial. CLASE: M Bienestar psicológico. CÓDIGO: Equilibrio emocional 1204.	120402 Muestra un estado de ánimo sereno. 120403 Muestra control de los impulsos. 120420 Depresión.	2	3	
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.						
CAMPO: 03 Conductual CLASE: R Ayuda para el afrontamiento. CÓDIGO: 5270 Apoyo emocional						
ACTIVIDADES.			FUNDAMENTACIÓN.			
<ul style="list-style-type: none"> Comentar la experiencia emocional con el paciente. Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones. Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. 			La depresión es un sentimiento extremo de tristeza, desesperación, desanimo, falta de autoestima o vacío afectando la cotidianidad del adulto mayor. El apoyo emocional son aquellas conductas que fomentan los sentimientos de bienestar afectivo, y que provocan que el sujeto se sienta querido, respetado y seguro. En síntesis, se trata de expresiones o demostraciones de amor, afecto, cariño, simpatía, empatía y/o pertenencia a grupos.			

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: Ningún conocimiento. Conocimiento escaso. Conocimiento moderado. Conocimiento sustancial. Conocimiento extenso.			
DOMINIO: 1 Promoción de la salud. CLASE: 2 Gestión de la salud CÓDIGO: 00162 Disposición para mejorar la gestión de la salud. M/P Expresa deseos de mejorar el manejo de su salud.	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER.	AUMENTAR.
	DOMINIO: 4 Conocimiento y conducta de la salud. CLASE: S Conocimientos sobre salud. CODIGO: 1836 Conocimiento: Manejo de la depresión.	183602 Signos y síntomas emocionales de depresión. 183604 Beneficios del manejo de la enfermedad. 183613 Factores que alivian la depresión.	2	3
			2	3
			2	3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
CAMPO: 03 Conductual. CLASE: S Educación de los pacientes. CÓDIGO: 5602 Enseñanza: Proceso de enfermedad.				
ACTIVIDADES.		FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. • Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y fisiología. • Explorar lo que ya ha hecho para controlar los síntomas. • Identificar las etiologías posibles. • Dar seguridad sobre el estado de la paciente. • Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y controlar el proceso de enfermedad. • Describir las posibles complicaciones. • Enseñar a la paciente medidas para minimizar síntomas. • Explorar recursos posibles. 		<p>Las emociones como miedo, ira y depresión pueden impedir el aprendizaje. Un nivel alto de ansiedad que origina agitación e imposibilita la concentración también puede inhibir el aprendizaje. Los pacientes o los familiares que están experimentando estados emocionales extremos pueden no oír lo que se les dice y retener solo parte de la comunicación.</p>		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
		ESCALA DE MEDICIÓN: Nunca demostrado. Raramente demostrado. A veces demostrado. Frecuentemente demostrado. Siempre demostrado.			
DOMINIO: 7 Rol/Relaciones. CLASE: 3 Desempeño del rol. CÓDIGO: 00052. Deterioro de la interacción social R/C Ausencia de personas significativas M/P Insatisfacción con la participación social.		RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
				MANTENER.	AUMENTAR.
		DOMINIO: 3 Salud psicosocial. CLASE: P Interacción social. CÓDIGO: 1503 Implicación social.	150302 Interacción con vecinos. 150303 Interacción con miembros de la familia. 150311 Participación en actividades de ocio.	3 3 3	4 4 4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.					
CAMPO: 05 Familia. CLASE: X Cuidados durante la vida. CÓDIGO: 7100 Estimulación de la integridad familiar.					
ACTIVIDADES.			FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar a los miembros de la familia. • Determinar la comprensión familiar de la dolencia. • Respetar la intimidad de los miembros individuales de la familia. • Proporcionar intimidad a la familia. • Facilitar la armonía dentro de la familia. • Proporcionar información regularmente a los miembros de la familia sobre el estado de la paciente, de acuerdo con los deseos de esta. • Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas. • Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia. • Facilitar las visitas familiares. 			<p>Cada familia tiene valores y creencias que son específicas de su cultura originaria y que afectan a la estructura, los métodos de interacción, las prácticas de asistencia de salud y los mecanismos de afrontamiento. Estos factores son importantes para influir en la salud familiar. La enfermera debe activar un seguimiento específico ante la presencia de estas circunstancias de modo que detecte factores de riesgo o la presencia de manifestaciones que supongan la aparición de afrontamiento familiar inefectivo en cualquiera de sus formas.</p>		

<ul style="list-style-type: none"> Determinar los sentimientos de la familia respecto a su situación. 	
--	--

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.	
CAMPO: 05 Familia. CLASE: X Cuidados durante la vida. CÓDIGO: 7120 Movilización familiar	
ACTIVIDADES.	FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> Ofrecerse a escuchar a los miembros de la familia. Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia. Determinar la disposición y capacidad de los miembros de la familia para aprender. Fomentar la toma de decisiones relacionadas con el plan de cuidados del paciente de forma mutua con los miembros de la familia. Observar la situación familiar actual. Determinar sistemáticamente los logros alcanzados que son de esperar en el paciente. 	En la profesión de enfermería, el interés en la unidad familiar y sus consecuencias en la salud, los valores y la productividad de sus miembros, se expresa con el término de enfermería de familia como una unidad, además de la salud de sus miembros.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
		ESCALA DE MEDICIÓN: Grave. Sustancial. Moderado. Leve. Ninguno			
		RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
				MANTENER.	AUMENTAR.
DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés. CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento. CÓDIGO: 00069 Afrontamiento ineficaz R/C Apoyo social insuficiente. M/P Acceso insuficiente al apoyo social. Alteración de la concentración.		DOMINIO: 3 Salud psicosocial. CLASE: M Bienestar psicológico. CÓDIGO: 1212 Nivel de estrés.	121220 Irritabilidad. 121221 Depresión. 121222 Ansiedad.	2 2 2	3 3 3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.					
CAMPO: 3 Conductual. CLASE: R Ayuda para el afrontamiento. CÓDIGO: 5230 Mejorar el afrontamiento.					
ACTIVIDADES.			FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. • Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. • Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. • Proporcionar un ambiente de aceptación. • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. • Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. • Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. 			<p>Cuando la persona tiene habilidades de afrontamiento que hayan tenido éxito en el pasado se pueden usar en la situación actual, para aliviar la tensión y preservar el sentido individual de control. Así mismo es importante ayudar a la paciente a plantearse posibles soluciones (teniendo en cuenta las ventajas y desventajas de cada una) fomentar los sentimientos de autocontrol y autoestima.</p>		

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.• Fomentar un dominio gradual de la situación.• Indagar las razones del paciente para su autocrítica.• Facilitar salidas constructivas a la ira y la hostilidad.• Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas de los demás.• Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.• Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.• Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación.• Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento. | |
|---|--|

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
		ESCALA DE MEDICIÓN: Nunca demostrado. Raramente demostrado. A veces demostrado. Frecuentemente demostrado. Siempre demostrado.			
		RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
				MANTENER.	AUMENTAR.
DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés. CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento. CÓDIGO: 00125. Impotencia R/C Interacciones interpersonales insuficientes M/P Depresión.		DOMINIO: 3 Salud psicosocial. CLASE: O Autocontrol. CÓDIGO: 1409 Autocontrol de la depresión.	140903 Identifica factores precursores de depresión. 140904 Planifica estrategias para reducir los efectos de los factores precursores. 140909 Refiere mejoría del estado de ánimo.	2 2 2	3 3 3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.					
CAMPO: 3 Conductual. CLASE: R Ayuda para el afrontamiento. CÓDIGO: 5330 Control del estado de ánimo.					
ACTIVIDADES.			FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia. • Ayudar a que el paciente asuma una mayor responsabilidad en el autocuidado a medida que pueda hacerlo. • Proporcionar oportunidades de actividad física. • Vigilar la función cognitiva. • Ayudar a la paciente a controlar conscientemente el estado de ánimo. • Ayudar al paciente a expresar los sentimientos de una forma adecuada. • Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional. • Ayudar al paciente a identificar los aspectos de los factores 			<p>Los mecanismos de defensa del yo son mecanismos adaptativos psicológicos inconscientes o, mecanismos mentales que se desarrollan a medida que la personalidad intenta defenderse a sí misma, establecer compromisos entre impulsos contradictorios y calmar las tensiones internas.</p>		

<p>precipitantes que se pueden o no cambiar.</p> <ul style="list-style-type: none">• Enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas.• Proporcionar habilidades sociales y entrenamiento de asertividad.	
---	--

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: Nunca demostrado. Raramente demostrado. A veces demostrado. Frecuentemente demostrado. Siempre demostrado.			
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER.	AUMENTAR.
DOMINIO: 2 Comer y beber. CLASE: 1 Ingestión. CÓDIGO: 00233 Sobrepeso R/C actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad. M/P Índice de masa corporal >25 Kg/m ²	DOMINIO: 4 Conocimiento y conducta de salud.	162616 Bebe ocho vasos de agua al día.	2	3
	CLASE: Q Conducta de salud. CÓDIGO: 1626	162630 Controla las necesidades de ejercicio y calóricas.	2	3
	Conducta de aumento de peso.	162634 Controla el índice de masa corporal.	2	3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
CAMPO: 01 Fisiológico Básico. CLASE: D Apoyo Nutricional. CÓDIGO: 1100 Manejo de la nutrición.				
ACTIVIDADES.		FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. Ayudar al paciente a determinar los alimentos más adecuados para satisfacer las necesidades y preferencias nutricionales. Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales. Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida. Asegurarse que los alimentos incluyan alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento. 		Proporcionar una base de datos sobre las características de los nutrientes ingeridos y sobre las circunstancias emocionales para comer. Ayuda a centrar la atención en factores que el paciente puede controlar / cambiar.		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
		ESCALA DE MEDICIÓN: Desviación grave del rango normal. Desviación sustancial del rango normal. Desviación moderada del rango normal. Desviación leve del rango normal. Sin desviación del rango normal.			
DOMINIO: 2 Comer y beber. CLASE: 1 Ingestión. CÓDIGO: 00002 Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades R/C Ingesta insuficiente de alimentos M/P Falta de interés en la comida.		RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
				MANTENER.	AUMENTAR.
		DOMINIO: 02 Salud Fisiológica CLASE: K Digestión y Nutrición CÓDIGO:1004 Estado Nutricional	100401 Ingestión de alimentos 100405 Relación peso talla 100408 Ingesta de líquidos	3 3 3	4 4 4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.					
CAMPO: 01 Fisiológico Básico CLASE: D Apoyo Nutricional CÓDIGO: 1160 Monitorización Nutricional					
ACTIVIDADES.			FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> • Pesar al paciente • Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso. • Identificar los cambios recientes de peso corporal • Identificar los cambios recientes de apetito y actividad • Evaluar el estado mental (depresión) • Determinar los factores que afectan a la ingesta nutricional (aislamiento social, estado patológico) 			Los trastornos psíquicos como la depresión alteran la nutrición. Por ello es importante estimular a la paciente para mejorar su alimentación con una dieta rica en alimentos con alto contenido en serotonina (chocolate obscuro, plátano, avena, pavo etc.) para disminuir los síntomas de la depresión		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.	
CAMPO: 01 Fisiológico Básico CLASE: D Apoyo Nutricional CÓDIGO: 5246 Asesoramiento nutricional	
ACTIVIDADES.	FUNDAMENTACIÓN.
<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. • Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética. • Proporcionar información, acerca de la necesidad de la modificación de la dieta por razones de salud. • Ayudar al paciente a considerar el factor psicológico en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales. • Comentar los gustos y aversiones alimentarias de la paciente. • Comentar el significado de la comida para el paciente. 	El estudio de los factores de riesgo modificables en la depresión como lo la dieta, brinda una gran ventaja en el manejo de ésta, pudiendo hacer intervenciones preventivas y paliativas.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: Ningún conocimiento. Conocimiento escaso. Conocimiento moderado. Conocimiento sustancial. Conocimiento extenso.			
DOMINIO: 2 Nutrición. CLASE: 5 Hidratación. CÓDIGO: 00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C Conocimiento insuficiente de las necesidades de líquidos.	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER.	AUMENTAR.
	DOMINIO: 4 Conocimiento y conducta de salud. CLASE: Q Conducta de salud. CÓDIGO:1854 Conocimiento: dieta saludable.	185403 Relación entre dieta, ejercicio y peso. 185404 Ingesta de líquidos adecuada a las necesidades metabólicas.	2	3
			2	3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
CAMPO: 2 Fisiológico: Complejo. CLASE: N Control de la perfusión tisular. CÓDIGO: 4120 Manejo de líquidos.				
ACTIVIDADES.	FUNDAMENTACIÓN.			
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar el estado de hidratación. • Controlar la ingesta de líquidos y calcular la ingesta calórica diaria. • Monitorizar el estado nutricional. • Distribuir la ingesta de líquidos en 24horas. 	El porcentaje de líquidos del cuerpo humano es sorprendentemente alto. Aproximadamente el 60% del peso corporal de un individuo adulto es agua, el principal líquido corporal. Es por ello importante implicar a la paciente en el plan para corregir el desequilibrio de líquidos ya que esto aumenta la posibilidad de éxito.			

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: Inadecuado. Ligeramente inadecuado. Moderadamente adecuado. Sustancialmente adecuado. Completamente adecuado.			
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER.	AUMENTAR.
DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio. CLASE: 2 Función gastrointestinal. CÓDIGO: 00015 Riesgo de estreñimiento R/C Ingesta insuficiente de líquidos.	DOMINIO: 2 Salud fisiológica. CLASE: K Digestión y nutrición. CÓDIGO: 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.	100803 Ingestión de líquidos orales.	1	3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
CAMPO: 01 Fisiológico Básico CLASE: D Apoyo nutricional CÓDIGO: 1120 Terapia nutricional.				
ACTIVIDADES.		FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> Controlar los líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria. Asegurarse que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento. Proporcionar al paciente bebidas que puedan consumirse fácilmente. 		La nutrición es la suma de todas las interacciones que tienen lugar entre un organismo y el alimento que se consume. Entre otras palabras, la nutrición es lo que come una persona y como lo utiliza su cuerpo.		

VII CONCLUSIONES

La depresión se considera hoy en día un problema de Salud Pública. Es un trastorno afectivo, frecuente en personas mayores de 60 años y del sexo femenino, se manifiesta predominantemente por tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional y lo más grave agitación e ideación suicida.⁵⁷ Es un padecimiento frecuente en los adultos mayores y puede deberse a múltiples causas.

Los factores de riesgo incluyen el aislamiento social, las pérdidas, y una historia familiar de depresión. La vejez no es un estado desagradable y mucho menos libre de situaciones complicadas, la comprenden; dificultades, alegrías y satisfacciones. La forma en que se vive tiene mucho en común con la personalidad, expectativas, condición física, seguridad económica, experiencia de la vida, entre muchas otras cosas. Así mismo, la capacidad para aceptar las realidades del envejecimiento siendo una de estas circunstancias el aislamiento, la mal nutrición, soledad, condición física y capacidad para aceptar las realidades de esta etapa de vida en el ser humano. Cabe mencionar la importancia que tiene la inclusión de la familia en la vida del adulto mayor para favorecer la calidad de vida de este y beneficiar con esto la vida de paciente; apoyándolo en cada una de sus actividades de la vida diaria.

Durante el desarrollo de este Proceso Atención de Enfermería las intervenciones que se llevaron a cabo conjuntamente con la paciente y familiares cercanos estuvieron encaminadas primeramente a implementar estrategias de afrontamiento, las cuales consistieron en generar un medio que permitiera a la paciente facilitar la expresión de sentimiento de culpa además de externar todo aquello que la aquejaba y le permitiera controlar su estado de ánimo detectando

⁵⁷ Trastornos Psiquiátricos, La vejez y la salud mental, Evaluación Geriátrica, Manual Merck de Geriátrica, Segunda Edición, pp. 40 - 54, 307 - 323. 1990.

oportunamente si la paciente supone algún riesgo de sí mismo y de los demás y con ello se contribuyó a favorecer la interacción con una de sus hijas, y su pareja.

Se reacondiciono su área de descanso, regulando los estímulos que pudieran entorpecer su sueño y descanso para que este fuera lo más reconfortable posible, estableciendo una rutina en la hora de dormir, además de la implementación de actividades que le facilitaran la transición del estado de vigilia al de sueño y asegurara un periodo adecuado de recuperación consiguiendo con esto el descanso esperado.

En cuanto a su autoestima se estableció un proceso de comunicación bidireccional, que permitiera el dialogo con sus familiares más cercanos, para que ella identificara sus puntos fuertes, asimismo se le ayudo a plantearse objetivos realistas para modificar su conducta evaluando los cambios mediante la comparación de los sucesos actuales con sucesos de conducta posteriores a la intervención. Fomentando además las actividades sociales y familiares determinando la capacidad de la paciente de participar en actividades específicas.

Se llevaron a cabo actividades de educación para la salud, primeramente se estableció una relación de confianza que me permitiera como enfermera, valorar el nivel de información con el que contaba la paciente y familia sobre su enfermedad, y la importancia de su cuidado, así como el uso de medicamentos, que pudieran conllevar a algún riesgo potencial.

En el manejo y monitorización de la nutrición se determinó el estado nutricional de la paciente y la capacidad que tiene para satisfacer las necesidades nutricionales ayudándola a determinar los alimentos más adecuados para satisfacer las necesidades y preferencias nutricionales vigilando las tendencias de perdida y ganancia de peso evaluando el estado emocional, ayudando a la paciente a considerar el factor psicológico en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales. Durante el manejo de líquidos se distribuye la ingesta

de líquidos en 24 horas. Asegurando una ingesta adecuada de fibra con la finalidad de evitar el estreñimiento.

En este sentido el rol del Profesional de Enfermería es fundamental para contribuir en la disminución de la carga de la enfermedad, en particular en este tipo de trastornos del estado de ánimo, ya que se requiere de la implementación de estrategias de intervención integral encaminadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento, sobre todo en el primer nivel de atención donde la enfermera oriente sobre la importancia de la terapia de grupo, la farmacovigilancia, y los cuidados autónomos y profesionales donde coordine la atención compleja del adulto mayor en conjunto con su familia, ayudándolo a optimizar su salud, donde el objetivo principal es el mejoramiento de la calidad de vida para realizar sus actividades instrumentales de la vida diaria, logrando con esto su bienestar y facilitar su desarrollo personal.

VIII BIBLIOGRAFÍA

1. La salud mental y los adultos mayores. [Internet] Año 2016 [consulta 26 de Marzo de 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
2. Cárdenas, M., Zarate, R. (2010). La enfermería como disciplina profesional. En: UNAM, Editor. La teoría de enfermería: Dimensiones, conceptos y aplicaciones prácticas. Multimedia. Ed. México ENEO-UNAM.
3. Duran VM, Marco epistemológico de la enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Asesora de la Facultad de enfermería Universidad de la Sabana. Colombia, 1992, p. 83-87.
4. Leddy S. y Peppler J. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. 1ª ed. México: OPS; 1989
5. Schubert V. El Legado Histórico del modelo Nightingale Su estilo de Pensamiento y su Praxis. Revista Horizonte de Enfermería. 1988; 9 (1):7-21.
6. Burgos MM, Paravic KT. Enfermería como Profesión. Scielo. [Internet] 2009 [12 de abril 2017]; 25 (1-2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100010
7. Ídem
8. Raile AM, Marriner TA. Modelos y teorías en enfermería, 7ª ed. España, Elsevier; 2011.
9. Cárdenas BL, Arana GB. Cuidado profesional de enfermería. 1ª ed. México: Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, A.C; 2009.
10. Colliere, MF. Promover la vida, Interamericana-McGraw-Hill, Madrid, 1993.
11. V.V.A.A. Conceptos de Enfermería. Curso de Nivelación de A.T.S., Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, 1983, p.93.

12. San Martin, H. La crisis mundial de la salud, Karpos, Madrid, 1981, p.5.
13. Colliere, MF. Promover la vida, Interamericana-McGraw-Hill, Madrid, 1993
14. Colliere, Francois M. Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería. Cap.12. En Promover la vida. Interamericana. Mc-Graw Hill. Madrid. España 1993. Pp. 223-240.
15. Idem.
16. Meleis A. Theoretical nursing: development and progress. 3ª ed. Lippincott; 1997.
17. Marriner, T. Modelos y Teorías de enfermería. ed. 1ª. Ed. Harcourt Brace
18. Moreno, F. M. E. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. Aquichán vol.5 no.1 Bogotá Jun/Dec. 2005.
19. García GMJ. El proceso de Enfermería y el modelo de atención de Virginia Henderson, Editorial Progreso, México, 2002.
20. Marriner, TA. Raile AM. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: Elsevier Science; 2003.
21. Idem.
22. Iyer PW. Taptich BJ. Losey DB. Proceso y diagnostic de enfermería. 3a ed. México: Mc GRAW-HILL INTERMERICANA;1997.
23. Idem.
24. Villa, E.V. El adulto Mayor. Manual de Cuidados y Autocuidado. ed.1ª. Ed. Trillas. México 2012
25. Idem
26. OMS Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet] Año 2015 [consulta 20 septiembre 2016] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
27. OMS La Salud Mental y los adultos mayores [Internet] Año 2015 [consulta 20 septiembre 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

28. Organización Mundial de la Salud. (2012) Datos epidemiológicos. 10 datos sobre el envejecimiento. [Consultado 17 de septiembre de 2016] Disponible: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
29. Hernández LM, López VR y Velarde VS. La situación demográfica en México. Panorama desde las proyecciones de la población. Año 2013 [consulta 28 septiembre 2016] Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1720/1/images/1_La_Situacion_Demografica_En_Mexico.pdf
30. Secretaría de Salud. Perfil epidemiológico del adulto mayor en México Año 2010 [consulta 28 septiembre 2016] Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DEL_ADULTO_MAYOR_EN_MEXICO_2010.pdf
31. OMS La buena salud añade vida a los años. Información general para el día mundial de la salud. Año 2012 [consulta 30 septiembre 2016] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75254/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_spa.pdf
32. Hernández LM, López VR y Velarde VS. La situación demográfica en México. Panorama desde las proyecciones de la población. Año 2013 [consulta 28 septiembre 2016] Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1720/1/images/1_La_Situacion_Demografica_En_Mexico.pdf
33. Ídem
34. OMS Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet] Año 2015 [consulta 20 septiembre 2016] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
35. OMS La Salud Mental y los adultos mayores [Internet] Año 2015 [consulta 20 septiembre 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

36. Guía de referencia clínica rápida: Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Año 2011 [consulta 11 octubre 2016] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GP_C_DEPRESION_AM/DEPRESION_Rapida_CENETEC.pdf
37. Factores asociados a la depresión en el adulto mayor Institucionalizado [Internet] Año 2015 [consulta 25 de octubre 2016] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21620/3/TESIS.pdf>
38. Depresión en el Adulto Mayor [Internet] Año 2011 [consulta 11 de octubre 2016] Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>
39. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor [Internet] Año 2006 [consulta 11 de octubre 2016] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>
40. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. Madrid. International Marketing & Communication, S.A. 2006 Pág. 244.
41. ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) [Internet] Año 2006 [consulta 7 de noviembre 2016] Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf>
42. Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión [Internet] Año 2005 [consulta 7 de noviembre 2016] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v36n3/v36n3a5.pdf>
43. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación [Internet] Año 2002 [consulta 8 de noviembre 2016] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>
44. Acerca de la Información para la Escala de Cornell para la Demencia. [Internet] Año 2014 [consulta 8 de noviembre 2016] Disponible en:

<http://salud.fdctimes.com/esp-conditions-treatments/esp-epression/1008059123.html>

45. Factores asociados a la depresión en el adulto mayor Institucionalizado [Internet] Año 2015 [consulta 25 de octubre 2016] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21620/3/TESIS.pdf>
46. Guía de referencia clínica rápida: Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Año 2011 [consulta 11 octubre 2016] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GP_C_DEPRESION_AM/DEPRESION_Rapida_CENETEC.pdf
47. Guía clínica AUGE, Depresión en personas de 15 años o más. Año 2013 [consulta 26 octubre 2016] Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
48. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. Año 2015 [consulta 26 octubre 2016] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GP_C_TRASTORNO_DEPRESIVO/Imss_161ER.pdf
49. Guía de referencia clínica rápida: Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Año 2011 [consulta 26 octubre 2016] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GP_C_DEPRESION_AM/DEPRESION_Rapida_CENETEC.pdf
50. Idem
51. diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto Año 2015 [consulta 26 octubre 2016] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GP_C_TRASTORNO_DEPRESIVO/Imss_161ER.pdf
52. Guía de referencia clínica rápida: Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Año 2011

- [consulta 26 octubre 2016] Disponible en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GP_C_DEPRESION_AM/DEPRESION_Rapida_CENETEC.pdf
53. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto Año 2015
[consulta 26 octubre 2016] Disponible en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GP_C_TRASTORNO_DEPRESIVO/Imss_161ER.pdf
54. Anexo 4. La depresión: información para pacientes, familiares y allegados
[Internet] Año 2014 [consulta 26 de octubre 2016] Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
55. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto Año 2015
[consulta 26 octubre 2016] Disponible en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GP_C_TRASTORNO_DEPRESIVO/Imss_161ER.pdf
56. Depresión en el adulto mayor. [Internet] Año 2014 [consulta 11 de octubre 2016] Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm>
57. Trastornos Psiquiátricos, La vejez y la salud mental, Evaluación Geriátrica, Manual Merck de Geriátrica, Segunda Edición, pp. 40 - 54, 307 - 323. 1990.

IX ANEXOS

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo.

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

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 a	4
Sentimientos de culpa	
Ausente	0
Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	
Ausente	0
Le parece que la vida no vale ser vivida	1
Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir	2
Ideas de suicidio o amenazas	3
Intentos de suicidio /cualquier intento serio)	4

Insomnio precoz	
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
Insomnio intermedio	
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
Insomnio tardío	
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
Trabajo y actividades	
No hay dificultad	0
Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
Perdida 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
Dejo de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de actividad motora)	
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
Agitación psicomotora	
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
Ansiedad psíquica	
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
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)	
Ausente	0
Ligera	1
Moderada	2
Severa	3
Incapacitante	4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
Ninguno	0
Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.	1
Sensación de pesadez en el abdomen.	2
Dificultad en comer si no se le insiste.	3
Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	4
Síntomas somáticos generales	
Ninguno	0
Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	1
Perdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
Ausente	0
Débil	1
Grave	2
Hipocondría	
Ausente	0
Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
Preocupado por su salud	2
Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso	
Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
Pérdida de más de un kg en una semana	2
Introspección (insigth)	
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	2

ESCALA AUTO APLICADA DE ZUNG

Por favor marque la columna adecuada	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

ESCALA GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Escala de depresión Geriátrica de Yesavage	Si	No
1.- ¿Se siente básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3.- ¿Siente que su vida esta vacía?	1	0
4.- ¿Se aburre con frecuencia?	1	0
5.- ¿Tiene esperanza en el futuro?	0	1
6.- ¿Está molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	1	0
7.- ¿Está de buen humor la mayor parte de su tiempo?	0	1
8.- ¿Tiene miedo de que algo le vaya a suceder?	1	0
9.- ¿Se siente contento la mayor parte del tiempo?	0	1
10.- ¿Se siente frecuentemente desamparado?	1	0
11.- ¿Se siente intranquilo y nervioso frecuentemente?	1	0
12.- ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	1	0
13.- ¿Se preocupa frecuentemente por el futuro?	0	1
14.- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que los demás?	1	0
15.- ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?	0	1
16.- ¿Se siente desanimado o triste con frecuencia?	1	0
17.- ¿Siente que nadie lo aprecia?	1	0
18.- ¿Se preocupa mucho por el pasado?	1	0
19.- ¿Cree que la vida es muy interesante?	0	1
20.- ¿Le es difícil comenzar con nuevos proyectos?	1	0
21.- ¿Se siente lleno de energía?	0	1
22.- ¿Siente que su situación es desesperante?	1	0
23.- ¿Cree que los demás están mejores condiciones que usted?	1	0
24.- ¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia?	1	0
25.- ¿Tiene ganas de llorar con frecuencia?	1	0
26.- ¿Tiene problemas para concentrarse?	1	0
27.- ¿Disfruta el levantarse por las mañanas?	0	1
28.- ¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	1	0
29.- ¿Le es fácil tomar decisiones?	1	0
30.- ¿Esta su mente tan clara como solía estar antes?	0	1

A cada pregunta, el sujeto responde por SÍ o NO en función de cómo se ha sentido durante la semana precedente. Un resultado de 0 a 10 sugiere ausencia de depresión, de 11 a 20 depresión ligera y de 21 a 30 depresiones modera a grave. El máximo total de puntos es 30. Las preguntas representan el centro de la depresión geriátrica y aquellas relacionadas a las quejas somáticas no están incluidas. En la Escala de depresión Geriátrica (EDG), 20 preguntas respondidas afirmativamente y 10 de forma negativa indican la presencia de depresión.