



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SEDE INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

ESTUDIO DE CASO

REALIZADO A MUJER ADULTA CON ALTERACIÓN EN EL  
SÉPTIMO PATRÓN FUNCIONAL “AUTOPERCEPCIÓN-  
AUTOCONCEPTO”  
BASADO EN EL MODELO DE MARJORY GORDON

PRESENTA:

L.E.O. SANDRA ANGUIANO MUÑOZ

PARA OBTENER EL GRADO DE:  
ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL

ASESOR ACADÉMICO:

MTRO. FRANCISCO ENRÍQUEZ TORRES



MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO

2018.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

**ESTUDIO DE CASO**

**REALIZADO A MUJER ADULTA CON ALTERACIÓN EN EL  
SÉPTIMO PATRÓN FUNCIONAL “AUTOPERCEPCIÓN-  
AUTOCONCEPTO”  
BASADO EN EL MODELO DE MARJORY GORDON**

**PRESENTA:**

**SANDRA ANGUIANO MUÑOZ**

**PARA OBTENER EL GRADO DE:  
ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL**

**ASESOR ACADÉMICO:**

**MTRO. FRANCISCO ENRÍQUEZ TORRES**

**MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO.**

**2018**



*“La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar.”*

*Florence Nightingale*

## Reconocimientos

La realización de este trabajo fue posible gracias a mi querida Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia que forma parte de la Universidad Nacional Autónoma de México la máxima casa de estudios, quien nos brinda todas las facilidades para continuar con nuestros estudios de posgrado. Agradezco la cooperación brindada por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, sede de la Especialización en Enfermería en Salud Mental

Especial reconocimiento merece el Centro Universitario de Enfermería Comunitaria por la apertura que nos brindó para el cumplimiento de nuestros objetivos durante el bloque de práctica comunitaria, donde fue realizado este trabajo.

Mi agradecimiento también va dirigido a mis profesores la Dra. Elia Jazmín Mora Ríos, el Dr. Mario Gómez Espinosa, la Mtra. Claudia Montaña Ayala y en especial al coordinador y tutor de la especialización Mtro. Francisco Enríquez Torres por compartirme conocimientos y dedicación.

Quisiera hacer extensiva mi gratitud a mis siete compañeros de la Especialización en Enfermería en Salud Mental generación 2017-1/ 2017-2 por el apoyo en el desarrollo de los talleres psicoeducativos.

Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos de mis padres, hermano y amigos.

A todos ellos, muchas gracias.

**ÍNDICE**

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.....	5
4.6 Objetivo General .....	5
4.7 Objetivos Específicos .....	5
III. FUNDAMENTACIÓN .....	6
3.1 Antecedentes .....	6
IV. MARCO CONCEPTUAL .....	10
4.1 Conceptualización de la Enfermería .....	10
4.2 Paradigmas .....	11
4.3 Teoría de Enfermería: Modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon	16
4.4 Otras Teorías .....	19
4.4.1 Entrevista Motivacional .....	19
4.4.2 Violencia Intrafamiliar.....	21
4.4.3 Autoestima y Autoconcepto .....	24
4.5 Proceso Enfermero .....	28
4.6 Riesgos y daños a la salud .....	35
4.6.1 Diabetes Mellitus .....	35
V. METODOLOGÍA .....	41
5.1 Estrategia de investigación: Estudio de caso .....	41
5.2 Selección del caso y fuentes de información .....	42
5.3 Consideraciones éticas .....	44
VI. PRESENTACIÓN DEL CASO .....	48
6.1 Descripción del caso .....	48
6.2 Antecedentes generales de la persona .....	49
VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	50
7.1 Valoración .....	51
7.1.1 Valoración Focalizada.....	52
7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete .....	55
7.1.3 Jerarquización de problemas .....	55
7.2 Diagnósticos de Enfermería .....	56

---

7.3 Problemas interdependientes.....	56
7.4 Planeación de los cuidados .....	57
7.4.1 Objetivo de la persona .....	58
7.4.2 Objetivo de enfermería .....	58
7.5 Ejecución .....	58
7.5.1 Registros de las Intervenciones.....	58
7.6 Evaluación .....	58
7.6.2 Evaluación del proceso.....	66
VIII.PLAN DE ALTA .....	66
IX. CONCLUSIONES.....	67
BIBLIOGRAFÍA .....	70
ANEXOS .....	77

### I. INTRODUCCIÓN

La enfermería está llamada a recuperarse en su condición comunitaria, ya que es allí donde la mayor parte de los problemas de salud se desenvuelven, se expresan, pueden impedirse, cuidarse, resolverse y porque es en la comunidad donde el ejercicio de la promoción y protección de la salud puede contribuir al desarrollo social.<sup>1</sup> Es por ello que es necesaria la implementación de la práctica de enfermería en salud mental a la comunidad.

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la Organización Mundial de la Salud: “La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.<sup>2</sup>

La Salud Mental está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales, el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

Debido a las problemáticas sociales como disfuncionalidad familiar, carencias afectivas, falta de soporte de las redes sociales así como la proliferación de estilos de vida nocivos, han dado como resultado mayor prevalencia de problemas de salud mental, uno de ellos, la violencia intrafamiliar que trae implicaciones emocionales, caracterizados por una progresiva debilitación psicológica, cuadros depresivos, incapacidad de solucionar problemas así como sentimientos de inferioridad.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Silvina Malvarez. (2007). El Reto de Cuidar en un Mundo Globalizado. Washington DC. Texto contenido en Enferm, Florianópolis.

<sup>2</sup> Salud Mental. [Organización Mundial de la Salud OMS] 2016, (12 de enero 2017)  
Disponible en: [http://www.who.int/topics/nursing/es/http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/nursing/es/http://www.who.int/topics/mental_health/es/)

<sup>3</sup> Salazar, E. (2011). Violencia intrafamiliar y social bajo la influencia del alcohol y las drogas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 10(2), 7-38.



Debido a esta necesidad se realizó un estudio de caso, razón por la que tiene un especial interés en el campo de la Enfermería, ya que uno de los elementos que integran el paradigma de enfermería es el entorno y sus afectaciones en el proceso salud-enfermedad- atención.<sup>4</sup>

Este estudio fue realizado en el Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC), a una mujer adulta de la comunidad quién solicitó consultoría de salud mental. Este trabajo se basa en el Proceso Enfermero, iniciando la etapa de valoración de los once patrones funcionales basados en el modelo de Marjory Gordon, la valoración se realizó mediante una entrevista clínica y se utilizaron técnicas de la entrevista motivacional. Entre otras herramientas como el genograma, el cual representa la integración e interacción familiar; se analizó y se hizo una jerarquía sobre alteraciones de los patrones, siendo el patrón 7 “Autopercepción- Autoconcepto” la alteración principal.

Posteriormente se formularon diagnósticos de enfermería, reales y de riesgo, se hace uso de documentación basada en la evidencia para el logro de los objetivos planteados en cada una de nuestras actividades de enfermería especialista en Salud Mental. Se evalúan cada una de las intervenciones realizadas en el paciente y se realiza un plan de alta para la prevención, mantenimiento y promoción a la Salud Mental.

---

<sup>4</sup> Orkaizagirre Gómara, Aintzane, Amezcua, Manuel, Huércanos Esparza, Isabel, & Arroyo Rodríguez, Almudena. (2014). El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado. *Index de Enfermería*, 23(4), 244-249. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300011>

## II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

### 4.6 Objetivo General

Elaborar un estudio de caso mediante la aplicación de intervenciones específicas en salud mental, sustentado en la teoría de Marjory Gordon de los once patrones funcionales bajo el método enfermero.

### 4.7 Objetivos Específicos

- ✓ Aplicar el instrumento de valoración basado en los once patrones funcionales de Marjory Gordon para identificar riesgos y daños presentes en la persona.
- ✓ Elaborar diagnósticos de enfermería reales y potenciales con base a los riesgos y daños detectados.
- ✓ Diseñar un plan de intervenciones de enfermería para hacer frente a los riesgos y daños a la salud detectados.
- ✓ Identificar teorías multidisciplinarias e integrarlas en beneficio de la usuaria.
- ✓ Desarrollar un conjunto de acciones anticipatorias, orientadas a favorecer la promoción, prevención y atención de la salud mental de la usuaria.

### III. FUNDAMENTACIÓN

#### 3.1 Antecedentes

La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), es una herramienta que permite al profesional utilizar la mejor evidencia escrita después de una búsqueda sistemática y conjugarla con la experiencia para resolver algunas dudas de la práctica diaria y por ende brindar un cuidado óptimo.<sup>5</sup>

Para la fundamentación del presente estudio de caso, se realizó una búsqueda exhaustiva por diversos sitios digitales, todo esto apoyado en el contexto de Enfermería Basada en Evidencia para sustentar la presente investigación.

Es importante mencionar, que en la búsqueda se tuvo acceso a diversos artículos de otras disciplinas realizados en México. Sin embargo, son escasas las investigaciones realizadas en México por profesionales de enfermería, en los últimos años, que hagan referencia al tema abordado en el presente trabajo.

Se presentan tres artículos, el primero con el título "*La subordinación femenina y la tolerancia a la violencia basada en el género*". Recuperado de Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México, utilizando la base de datos Medigraphic. El objetivo del estudio es conocer cómo sucede la subordinación femenina y la tolerancia a la violencia basada en el género, a través del relato de vida de tres mujeres mayores de 35 años que han vivido violencia intrafamiliar, en la ciudad de México.<sup>6</sup> Por medio de una entrevista semiestructurada se realizó el análisis de dos dimensiones, 1. Individual (infancia, autoestima, elección de pareja y expectativas de la relación de pareja) 2. Socio-familiar (valores, creencias, religión, sexualidad, género y violencia).

---

<sup>5</sup> Acosta Huertas, S. L. (2013). Enfermería basada en la evidencia para el cuidado del sujeto. *Rev. mex. enferm. cardiol*, 21(2), 71-76.

<sup>6</sup> Castillo Trejo, J. C., & Hamui Sutton, A. (2012). La subordinación femenina y la tolerancia a la violencia basada en el género. *Atención Familiar*, 19(3).

Los resultados del estudio sostienen que la violencia vivida en las familias de origen influye en la construcción del género, al condicionar una estructura familiar con límites rígidos, pobre expresión de afectos y reglas que favorecen el control, dominio y subordinación de la mujer. Lo que afecta la estructura del “yo”, problemas emocionales y alteraciones en la salud mental de los integrantes de la familia. De lo anterior se desprende la propuesta del estudio la cual consiste en ofrecer un tratamiento psicoterapéutico a las familias, es necesario elevar la autoestima, mejorar la confianza básica y la seguridad afectiva, elaborando la culpa, la ira, el rencor y demás emociones negativas que obstaculicen el desarrollo psicosocial de cada miembro de la familia.<sup>7</sup> La afinidad con el artículo se basa en el contexto familiar de la muestra estudiada y la estructura familiar a la que pertenece, así como las diversas afectaciones que refiere en su entorno.

El segundo artículo titulado “*Violencia de pareja. Repercusiones en la salud mental de la mujer*”. Recuperado de la Revista de Enfermería de Castilla y León de la base de datos SciELO. Este artículo es una revisión bibliográfica sobre la violencia de pareja y las repercusiones en la salud mental de las mujeres. Se utilizaron para la que se emplearon como buscadores Google académico, y como bases de datos MEDLINE, SciELO, CUIDEN e IBECS. Los resultados muestran las consecuencias psicológicas de la violencia de pareja que están descritas de forma heterogénea en la bibliografía. Por ejemplo, entre las que están: depresión y ansiedad, sentimientos de culpa y vergüenza, baja autoestima, trastornos psicosomáticos, crisis de pánico y fobias, conductas sexuales inseguras, trastornos de la alimentación (bulimia/anorexia), Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), abuso de drogas, alcohol y tabaco, escaso cuidado personal. La revisión muestra un primer hecho destacable es la dificultad para detectar malos tratos. Entre otros factores, está la ocultación por parte de la mujer, enfatiza la bibliografía la importancia de determinados dispositivos o niveles de atención para detectar precozmente los problemas asociados con el maltrato a la mujer en el ámbito de los cuales la intervención y cuidados enfermeros deberían

---

<sup>7</sup> Ídem

combinar habilidades tradicionales con conocimientos de las necesidades biopsicosociales.<sup>8</sup> Basa su afinidad con el artículo en el implemento de bibliografía complementaria que sustenta la relación de la violencia con la alteración del séptimo patrón “Autopercepción- Autoconcepto” del Modelo de Marjory Gordon.

El tercer documento revisado se titula “*Violencia conyugal en Durango – México: Consejería en Enfermería*”. Recuperado de Tesis de Doctorado en Ciencias de Enfermería, de la Universidad Nacional de Trujillo- Perú. Este trabajo tuvo como objetivo de estudio la concepción de la mujer que sufre violencia conyugal en Durango, México, como referente para la consejería en enfermería. El estudio consistió en la realización de entrevistas colectivas a once mujeres de una localidad de Durango, en las cuales se analizaron dos categorías: 1) La dimensión social de la violencia conyugal, que rescató la concepción, elementos y expresiones que la favorecen. 2) La dimensión relacional de la violencia conyugal, que rescató sus relaciones y protagonistas. Los resultados obtenidos en la investigación en el contexto de la concepción, fue desdoblada en tres subtemas: violencia es un círculo vicioso, una bomba de tiempo; agresión, abuso sexual; y envejecimiento prematuro. Algunos elementos que la favorecen son el uso y abuso de alcohol y drogas; se tiende a pensar que la violencia es ocasionada por el abuso del alcohol y las drogas por parte del agresor. Aunque son elementos que influyen o que favorecen el surgimiento de la violencia, pero no son su causa. Lo que lleva a presentar en la persona agredida, expresiones como baja autoestima, depresión, miedo y odio. Entre los resultados de la investigación destaca la importancia de la Consejería de Enfermería en todos los niveles de atención. La consejería en enfermería debe estar concebida como un proceso educativo, con promoción de la salud y prevención de la violencia conyugal, de apoyo situacional, hecha para la solución de problemas con una intervención interdisciplinaria e

---

<sup>8</sup> Medina, M. C. P. (2014). Violencia de pareja. Repercusiones en la salud mental de la mujer. *Revista Enfermería CyL*, 6(2), 93-97.

intersectorial.<sup>9</sup> El documento basa su investigación en la consejería dada por el profesional de enfermería, a diferencia éste estudio de caso es a partir de consultorías en Salud Mental al igual que en la investigación a una comunidad de México, muestra resultados que coinciden en la valoración del caso.

Un último artículo titulado “*Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas*”. Recuperado de la Revista de Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Tuvo como objetivo conocer la relación de la autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas, la muestra para el estudio estuvo compuesta por 386 mujeres indígenas de una comunidad de Puebla, México. Como medidas se utilizaron una cédula de datos, la escala de autoestima, la escala de violencia, y para la conducta sexual se consideró la frecuencia con que la pareja uso condón en los últimos 12 meses, tipo y número de parejas sexuales. Los resultados reportan que la violencia psicológica es la que se muestra con mayor frecuencia; este tipo de violencia presenta diversas formas de agresión que afectan el estado emocional y/o psicológico, que consiste en abandono, descuido reiterado, celotipia, intimidación, insultos, humillaciones, amenazas, marginación, indiferencia, infidelidad, restricción a la autodeterminación, entre otras, las cuales conllevan a la víctima al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio. Este estudio muestra indicios de que cuando la autoestima de la mujer indígena se ve afectada se encuentra vulnerable ante la violencia de pareja psicológica, física y sexual. Siendo la psicológica más afectada en un 57%, la física 24% y 19% violencia sexual y otras. Muestra la importancia de que la enfermería aborde esta población y, acorde con los objetivos de la disciplina de brindar cuidados para la satisfacción de necesidades de la salud, incluidos los aspectos anímicos de la persona.<sup>10</sup> Este artículo es una base en la fundamentación del estudio de caso presentado a continuación.

---

<sup>9</sup> Parra Domínguez, M. L. (2013). Violencia conyugal en durango-méxico: consejería en enfermería.

<sup>10</sup> Nava-Navarro, V., Onofre-Rodríguez, D., & Báez-Hernández, F. (2017). Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas. *Enfermería universitaria*, 14(3), 162-169.

## IV. MARCO CONCEPTUAL

### 4.1 Conceptualización de la Enfermería

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS). La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.<sup>11</sup>

Para la American Nurses Association (ANA), enfermería es la protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades, prevenciones de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana y el apoyo activo en la atención de individuos, familias, comunidades y poblaciones. (American Nurses Association ANA, 2003).

La NOM 019 -SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Define enfermería como la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Enfermería. [Organización Mundial de la Salud OMS] 2016, (14 diciembre 2016)

Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

<sup>12</sup> NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. [Diario Oficial de la Federación]. México.2013 [02/09/2013] (18 de septiembre de 2017).

Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013)

Históricamente existen diferentes acepciones con relación al cuidado profesional en enfermería, el cuidado está considerado como un proceso de vertebración en la disciplina de enfermería y el tiempo como su principal limitante y posibilitador para la satisfacción de las necesidades del cuidado del ser.<sup>13</sup>

En 1950 se reconoce que la práctica de enfermería como disciplina se basa en la comprensión de la persona, el entorno, la salud y la enfermería (cuidado); es por ello que hoy las diferentes filosofías, teorías, y modelos conceptuales presentan la singularidad o pluralidad de las autoras que los postulan, dando como resultado que los elementos metaparadigmáticos de enfermería continúen vigentes como ejes del ejercicio, la educación y la investigación disciplinar. En lo relacionado con la aplicación del cuidado de enfermería a los individuos, los grupos y los colectivos, se reconoce que se requiere de la aplicación de un método que permita la organización de la acciones.

#### **4.2 Paradigmas**

Cuidar es la acción pensada de la enfermera, la cual es inherente a la humanidad ya que toda persona necesita ser cuidada y cuidar de otros, el cuidado profesional se deriva de un cúmulo de conocimientos y experiencias previas que permiten a la enfermera enlazar las diferentes variables que subyacen en torno a la disciplina y componentes del metaparadigma.

El metaparadigma se refiere a un constructo conceptual en el que se incorporan elementos en que convergen las diversas fuentes teóricas.

Para el caso de enfermería hay cuatro conceptos principales: Enfermería, entorno, cuidado y salud; sin embargo, existen otras posturas que señalan que los

---

<sup>13</sup> Hernández, M. D. L. G., Becerril, L. C., Gómez, B. A., Rojas, A. M., Ortega, Y. H., & Martínez, C. S. (2011). Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20, 74-80.



elementos del metaparadigma no pueden ser estáticos y deben corresponder a los paradigmas vigentes.<sup>14</sup>

Se define paradigma como un marco teórico-metodológico que utiliza el investigador para interpretar los fenómenos sociales en el contexto de una determinada sociedad (De Galdino, in Pinus, 2004).

Polit y Hungler (2000) definen paradigma como una visión del mundo, una perspectiva general de las complejidades del mundo real, en que los paradigmas en la investigación humana a menudo van en función de la manera en que se responden a interrogantes filosóficos básicos, encontrándose entre ellos el interrogante metodológico.<sup>15</sup>

El objeto de estudio de la enfermería es el cuidado humano y es entorno a tal cuidado que debe aplicar métodos, teorías, modelos o cualquier otro elemento conceptual dirigido a cumplir con su objetivo.<sup>16</sup>

De acuerdo con Kerouak, la enfermería ha transitado por tres paradigmas a partir de la enfermería moderna:

➤ **Paradigma de categorización**

Donde la enfermería comienza a definir su propio campo de conocimiento y es necesario separar y clasificar los diferentes fenómenos para su estudio, de ahí el nombre de paradigma de categorización el cual tiene los siguientes componentes:

1. La persona es vista como suma de partes, lo que corresponde a una visión biologicista, separa los componentes humanos y los reduce a la interacción del cuerpo biológico, no integra los aspectos sociales, culturales, psicológicos ni espirituales. La concepción de la enfermera es definida y

---

<sup>14</sup> Ídem

<sup>15</sup> Triviño, Z., & Sanhueza, O. (2005). Paradigmas de investigación en enfermería. *Ciencia y enfermería*, 11(1), 17-24.

<sup>16</sup> Espinosa, J. G. R. (2012). Modelos de cuidados de enfermería, un hecho real para la práctica profesional: el ser y hacer de la enfermería actual. Modelos de cuidados en enfermería NANDA, NIC y NOC, 137.

orientada al hacer práctico situado en la secuencia de técnicas y procedimientos que le aportan a otras disciplinas.

2. La enfermera es concebida como ayudante, la formación es dirigida por instituciones de salud desde un enfoque médico.
3. La práctica se torna institucionalizada, la enfermera pierde independencia al centrar su hacer dentro de una institución, que la ve como la ayuda de otros
4. El trabajo por funciones impera como una proyección de la forma de producción en masa que es llevada a un servicio de salud. El avance científico y tecnológico permite crear formas de trabajo sistematizadas para proveer de atención a un número creciente de usuarios a los diferentes sistemas de salud a nivel mundial.

Este paradigma comenzó desde 1860 y terminó en 1960, al surgir las primeras fuentes teóricas disciplinares, ya que las enfermeras comenzaron a incursionar en otras ramas del conocimiento como son, la educación, la administración, la sociología o la psicología, en estudios avanzados que les permiten incorporar estos conocimientos y adaptarlos al ser y hacer de la enfermería. La parte metodológica en este primer paradigma tiene sus características definidas, ya que se habla de la primera generación del proceso enfermero y se caracterizó por basarse en la identificación de problemas. La formación se orientaba a resolver situaciones muy específicas de salud en la persona lo que promovía una práctica institucional y se perdía de vista la prevención y la educación para la salud; de modo que el proceso de enfermería estaba dirigido a corregir problemas biológicos.<sup>17</sup>

El ser de enfermería o ser enfermera era catalogado como oficio no entraba en la categoría de profesión.

Centrada en la salud pública. Esta orientación se sitúa temporalmente entre los siglos XVIII y XIX y está caracterizada por “la necesidad de mejorar la salubridad y controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios”.

---

<sup>17</sup> Téllez Ortiz, S. E. (2012). *Modelos de cuidados en enfermería NANDA, NIC y NOC*. McGraw Hill Mexico.

Desde la línea que marca este paradigma se puede comprender el interés por el control del medio ambiente demostrado por Florence Nightingale en sus escritos y la importancia que da a la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas. Se puede explicar también desde la óptica de este paradigma la consideración de Nightingale sobre la persona, el entorno, la salud y su concepción del significado de cuidar.<sup>18</sup>

➤ **Paradigma de integración**

Se caracteriza por amalgamar los conocimientos existentes de la misma disciplina con los de otras y, al tener mayor apertura y visión mundo, propone diferentes concepciones de cómo entender a la persona, al entorno, a la salud y al cuidado. Una de sus principales características es la manera de actuar y concebir a la persona en forma multidimensional al incorporar los planos físico, mental, cultural, social y espiritual, de modo que es el punto de partida del modelo de trabajo que ha sido denominado “cuidado integral”.<sup>19</sup>

Al hablar de integración, a la persona se le atribuyen aspectos biológicos, sociales, psicológicos y espirituales para que en su conjunto sea posible tener una cosmovisión en que la participación de enfermería no queda limitada solo a un hacer práctico y dependiente. La incursión en los otros aspectos humanos permite una intervención de enfermería más amplia, compleja y pensada, el cuidado integral no significa poseer todos los conocimientos, quiere decir que la enfermería es capaz de interactuar con aspectos diversos y conocedora de la respuesta humana desde varios enfoques. Tal paradigma se caracteriza por el trabajo en equipo, que permite a la enfermera interactuar y explotar las máximas capacidades de cada integrante, pero no deja de ser una proyección de la forma de trabajo por funciones.

Kérouac sitúa temporalmente este paradigma a partir de la segunda mitad del s. XX. Los modelos y las teorías de enfermería ponen de manifiesto un interés por la

---

<sup>18</sup> Espinosa, J. G. R. (2012). Op. Cit. p.140

<sup>19</sup> Ídem

persona, de manera que ésta se convierte en el centro de la práctica enfermera. Este cambio respecto al paradigma de categorización queda justificado por el desarrollo de disciplinas como la psicología. La incorporación de la teoría de la motivación o las terapias orientadas a la persona ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad. La evolución social que se produce en estos momentos marca profundamente los modelos y teorías de enfermería y comienzan a aparecer las diferencias entre la disciplina enfermera y la disciplina médica. Los trabajos de enfermeras como Henderson, Peplau u Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma.<sup>20</sup>

- **Paradigma de la transformación**

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo.

Los cuidados enfermeros no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y explicación científica que se centra más en el fenómeno que en los detalles que lo originan y permiten mayor aproximación lógica así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina.<sup>21</sup>

En la actualidad, los cuidados se orientan a incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno, la intervención de enfermería va dirigida a dar respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de los cuidados, la satisfacción y el bienestar de la persona en su integralidad.

---

<sup>20</sup> Téllez Ortiz, S. E. (2012). Op cit. p.87

<sup>21</sup> Martínez-González, L., & Olvera-Villanueva, G. (2011). El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 19(2), 105-107.

### 4.3 Teoría de Enfermería: Modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon

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

Los patrones funcionales de salud, fueron creados por Marjory Gordon a mediados de los años 70, para enseñar sus alumnos, de la escuela de enfermería de Boston, la valoración de los pacientes.<sup>22</sup> Los agrupó en 11 patrones con una estructura para valorar cada uno de los aspectos de salud que afectan al individuo. Los once patrones funcionales tienen la característica de conducir de forma lógica al diagnóstico enfermero, contemplan al paciente de forma holística.

La utilización de los patrones funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos relevantes del usuario (físicos, psíquicos, sociales y del entorno) de una manera ordenada lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.<sup>23</sup>

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

#### Patrón 1: Percepción - Manejo de la salud

Conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar.

- Estilos de vida, prácticas de promoción de salud y de prevención de riesgos.
- Prescripción médica y de enfermería

<sup>22</sup> Gordon, Marjory. (2003). Manual de diagnósticos enfermeros. Mosby/Doyma. Madrid

<sup>23</sup> Ibídem

- Uso, abuso y patrón de consumo de sustancia

#### Patrón 2: Nutricional – Metabólico

Conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

- Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos (hábitos alimenticios).
- Medidas antropométricas.
- Aspectos psicológicos de la alimentación.
- Patrón de alimentación del lactante.
- Lesiones cutáneas. Estado de la piel, membranas mucosas y dientes

#### Patrón 3: Eliminación

Conocer los patrones de la función excretora de la persona.

- Patrón de eliminación intestinal
- Patrón de eliminación vesical
- Patrón de eliminación a través de la piel.

#### Patrón 4: Actividad – Ejercicio

Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.

- Actividades de la vida diaria.
- Cantidad y tipo de ejercicio y deporte.
- Actividades recreativas.
- Factores que interfieren en la realización de las actividades deseadas.

#### Patrón 5: Sueño – Descanso

Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.

- Cantidad y calidad percibida de sueño y reposo.
- Ayudas para el sueño y el descanso.

#### Patrón 6: Cognitivo – Perceptual

Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

- Situación de los sentidos sensoriales.
- Utilización de sistemas de compensación o prótesis.

#### Patrón 7: Auto percepción - Auto concepto

Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.

- Actitud de la persona hacia sí misma y hacia su valía.
- Imagen corporal y patrón emocional.
- Patrón de comunicación no verbal: postura y movimiento corporal, contacto ocular.
- Patrón de comunicación verbal: voz y patrón del habla.

#### Patrón 8: Rol – Relaciones

Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.

- Percepción de las responsabilidades de su rol.
- Satisfacción con la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

#### Patrón 9: Sexualidad – Reproducción

Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

- Satisfacción con la sexualidad.
- Trastornos de la sexualidad.
- Problemas en etapa reproductiva de la mujer.
- Problemas en la menopausia.

#### Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés

Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.

- Capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad.
- Manejo del estrés.
- Sistemas de soporte y ayuda.
- Capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

#### Patrón 11: Valores- Creencias

Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.

- Cosas percibidas como importantes en la vida.
- La percepción de la calidad de vida.
- Conflicto con los valores o creencias importantes.
- Las expectativas relacionadas con la salud.

## 4.4 Otras Teorías

### 4.4.1 Entrevista Motivacional

La entrevista motivacional es una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes. Resulta particularmente útil con las personas que se resisten a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el cambio. Intenta ayudar a resolver la ambivalencia y hacer que una persona progrese a lo largo del camino del cambio.<sup>24</sup>

Las estrategias de la entrevista motivacional son más persuasivas que coercitivas, más de apoyo que de discusión.

El terapeuta busca crear una atmósfera positiva para el cambio el objetivo global consiste en aumentar la motivación intrínseca del paciente, de manera que el cambio surja de dentro más que se imponga desde fuera. Cuando este enfoque se aplica adecuadamente, el paciente presenta las razones para cambiar, y no el terapeuta, emplea una variedad de estrategias, algunas de las cuales surgen de la terapia centrada en el paciente.<sup>25</sup>

#### Enfoque de la entrevista motivacional

- Utiliza principios y estrategias específicos para crear la motivación para el cambio del paciente.
- Analiza y devuelve las percepciones del paciente sin etiquetarlas.
- Provoca estrategias posibles para el cambio tanto por parte del paciente como de otras personas significativas.

---

<sup>24</sup>Miller, W. (1999). Mejorando la Motivación para el Cambio en el Tratamiento de Abuso de Sustancias. *Serie de Protocolo para el tratamiento*.

<sup>25</sup> Ídem



## Cinco Principios Generales

- Expresar la empatía

La actitud a este principio de empatía se podría llamar escucha reflexiva adecuada, los terapeutas intentan comprender los sentimientos y perspectivas de los pacientes sin juzgar, criticar o culpabilizar, la aceptación no es lo mismo que el acuerdo o la aprobación. Es posible aceptar y comprender la perspectiva del paciente pero no estar de acuerdo con ella, la actitud de aceptación tampoco prohíbe al terapeuta que difiera de los puntos de vista del paciente. La actitud crucial es una escucha respetuosa del paciente con un deseo de comprender sus puntos de vista.

- Crear una discrepancia

El enfoque general consiste en hacer que sea el propio paciente el que dé las razones que tiene para cambiar, más que el terapeuta. Las personas se convencen más a menudo por lo que se oyen decir a sí mismas que por lo que otras personas les dicen. Cuando la entrevista motivacional se aplica adecuadamente, el paciente, y no el terapeuta, verbaliza por sí mismo sus preocupaciones.<sup>26</sup>

- Evitar la discusión

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

---

<sup>26</sup> Miller, W. (1999). Mejorando la Motivación para el Cambio en el Tratamiento de Abuso de Sustancias. *Serie de Protocolo para el tratamiento*

- Darle un giro a la resistencia

La entrevista motivacional no se trata de ganar o perder, el paciente no es un oponente al que se deba vencer de todas maneras la mejor manera de definir esto es que se trata de cómo darle un giro a la resistencia, por ejemplo, cómo las razones que da un paciente se pueden girar o cambiar levemente a fin de crear un nuevo momento para el cambio el objeto que se mueve no es un cuerpo, sino una forma de percepción. El paciente empieza eliminando las percepciones presentes, y descubre que aparecen en una forma diferente.

- Fomentar la autoeficacia

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

Existen varios mensajes que apoyan la autoeficacia. Uno es el énfasis en la responsabilidad en la persona no sólo puede sino que debe realizar el cambio, en el sentido de que nadie más lo hará por ella, la entrevista motivacional no fomenta la esperanza de que el terapeuta cambiará al paciente.<sup>27</sup>

#### **4.4.2 Violencia Intrafamiliar**

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) define la violencia intrafamiliar como un “patrón de comportamientos abusivos, incluyendo un gran parámetro de maltrato físico, sexual y psicológico usado por una persona en una relación íntima contra otra para ganar poder injustamente o mantener el mal uso del poder, control y autoridad”, sobre todo, del hombre contra la mujer y su familia, algunos miembros pueden perdurar siendo víctimas de un problema que trasciende el desarrollo social humano. Esto tiene relación con el tipo de agresión física, emocional o sexual infligida, la edad del agredido, el tiempo de convivencia con el agresor, la intervención, la defensa y el apoyo recibido. La Organización Mundial

---

<sup>27</sup> Ídem

de la Salud (OMS) clasificó la violencia intrafamiliar en agresión física (leve o menor, moderada y grave), verbal/emocional, sexual y por negligencia.<sup>28</sup>

La agresión verbal/emocional comprende insultar a la pareja y a los niños; poner apodos, mofarse, gritar y humillar; además de desdeñar, aislar físicamente a la persona o impedirle que se comunice con otros; quemar, esconder o destruir su ropa o sus objetos personales; amenazar con daño, ridiculizar y criticar continuamente; prohibir a la pareja que trabaje; controlar su dinero; tomar todas las decisiones sin contar con el otro; castigar a los hijos para manejar a la pareja o amenazar con quitar a los niños o secuestrarlos si hay separación; abusar, torturar o matar a las mascotas de la casa para castigar a las víctimas; manipular con mentiras y contradicciones; asustar con miradas, gestos o acciones (intimidación); hacer sentir a la pareja que tiene problemas mentales (locura), y minimizar, negar o culpar del abuso a la pareja.<sup>29</sup>

En algunos casos el agresor, también ha sido víctima de una familia perturbadora y una sociedad intolerante, maltrata a su pareja y a sus hijos bajo diferentes circunstancias y condiciones personales, como son el uso, el abuso de drogas y alcohol o también en estado de sobriedad, pero de enajenación emocional y con una historia de aprendizaje vital, de que la violencia es necesaria para resolver los conflictos.

### **Clasificación de violencia**

- Violencia directa. Es visible y se refiere a las agresiones físicas, verbales o ambas; se manifiesta en forma de conductas en las que la persona causante es fácilmente identificada, ya que se trata de un tipo de violencia que se vive cara a cara.<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup>Salazar, E. (2011). Violencia intrafamiliar y social bajo la influencia del alcohol y las drogas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 10(2), 7-38.

<sup>29</sup>Ídem

<sup>30</sup> Desactivemos la violencia. Recuperado el 07 de septiembre de 2016. De: [http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/1039/1/images/contenido\\_5.pdf](http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/1039/1/images/contenido_5.pdf)

- **Violencia estructural.** Se genera en condiciones de explotación, discriminación, marginación, dominación e injusticia social dentro de sociedades donde impera un poder desigual que otorga oportunidades de vida diferenciadas y distribución desigual de los recursos. A veces no es fácil identificar quién ejerce esta violencia. La pobreza o la injusticia laboral son ejemplos de este tipo de violencia.<sup>31</sup>
- **Violencia cultural.** Es un ataque contra rasgos culturales e identidades colectivas de una comunidad o de algún grupo. Está presente también cada vez que se fomenta y justifica la violencia directa y estructural en cualquiera de sus formas. Si bien no es obvia, puede deducirse cuando en las prácticas o representaciones culturales la explotación, la represión y la exclusión se perciben como normales y naturales o simplemente no se captan como tales. El ataque o la negación de derechos a grupos humanos por el sólo hecho de pertenecer a una etnia o una identidad sexual como la homosexualidad son ejemplos de violencia cultural que se entrelazan con violencia estructural en tanto discriminan y marginan.<sup>32</sup>

### **Violencia e implicaciones emocionales**

#### *∅* **Violencia y autoestima**

Las implicaciones emocionales que ocasiona la violencia contra la mujer, origina el denominado síndrome de la mujer maltratada, que se caracteriza por una progresiva debilitación psicológica, cuadros depresivos, incapacidad de solucionar problemas, sentimientos de inferioridad, llanto fácil, enfermedades psicosomáticas, entre otras manifestaciones.<sup>33</sup>

---

<sup>31</sup> Ídem

<sup>32</sup> Ídem

<sup>33</sup> Salazar, E. (2011).Op. cit. p. 27

### 4.4.3 Autoestima y Autoconcepto

#### Autoestima

La autoestima es un factor importante a considerar en la vida de las personas en general y en particular. De acuerdo con Rice (2000), la autoestima de una persona es la consideración que tiene hacia sí misma. La autoestima se desarrolla a partir de la interacción humana, mediante la cual las personas se consideran importantes una para las otras. El yo evoluciona por medio de pequeños logros, los reconocimientos y el éxito.<sup>34</sup>

- Para Maslow (1943) existen dos tipos de necesidades de estima, la propia y aquella que proviene de las otras personas. Ambas necesidades las ubica jerárquicamente por encima de las necesidades fisiológicas, las de seguridad personal y las de amor y pertenencia.
- Rosenberg (1965), entiende la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características.<sup>35</sup> Por lo cual propone una escala profesional utilizada en la práctica clínica para valorar el nivel de autoestima (Test de Rosenberg).

#### Autoconcepto

Nace de la percepción que tiene el individuo sobre sí mismo.

Purkey (1970) auto-concepto es “un sistema complejo y dinámico de creencias que un individuo considera verdaderas respecto a si mismo teniendo cada creencias un valor correspondiente”.

---

<sup>34</sup> Naranjo Pereira, M. L. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Actualidades investigativas en Educación*, 7(3), 1-27.

<sup>35</sup> Rojas, C; Zegers, B; Forster, C;(2009) La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores, *Revista médica de Chile*, (137-6), consultado el día 28 de diciembre de 2016, disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000600009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600009)

Shavelson, Hubner y Stanton (1976) “No es más que las percepciones que una persona mantiene sobre sí misma formadas a través de la interpretación de la propia experiencia y del ambiente, siendo influenciadas, e manera especial, por los refuerzos y feedback de los otros significativos así como por los propios mecanismos cognitivos”.

El autoconcepto “la imagen que cada sujeto tiene de su persona, reflejando sus experiencias y los modos que estas experiencias se interpretan” (Kalish, en Pastor y Balaguer, 1999).<sup>36</sup>

Componentes de la autoestima:

- La autoimagen

Consiste en la capacidad de verse a sí mismo o a sí misma como la persona que realmente es, con sus virtudes y defectos. La persona que tiene una autoestima saludable trata de estar consiente incluso de sus errores, por cuanto la autoestima no se vincula con ser perfecto o ser perfecta.<sup>37</sup>

- La autovaloración

Consiste en que la persona se considere importante para sí misma y para las demás. La autovaloración se relaciona con otros aspectos como la auto-aceptación y el auto-respeto y significa que se percibe con agrado la imagen que la persona tiene de sí.<sup>38</sup>

- La autoconfianza

Se caracteriza porque la persona cree que puede realizar bien distintas cosas y sentirse segura al hacerlas. La autoconfianza se traduce en que la persona crea en sí misma y en sus propias capacidades para enfrentar distintos retos, lo que a

---

<sup>36</sup> Ortega Becerra, M. A. (2012). *Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumnado de primer ciclo de Educación Secundaria de la ciudad de Jaén*. Granada: Universidad de Granada.

<sup>37</sup> Naranjo, M. (2007), Op. Cit. p.28

<sup>38</sup> Ídem

su vez la motiva a buscar oportunidades que le permitan poner en práctica y demostrar sus competencias.

- El autocontrol

Significa la capacidad de ordenarse apropiadamente y ejercer un dominio propio que fomente tanto el bienestar personal como el del grupo al que se pertenece. Por lo tanto, el término autocontrol incluye otros aspectos, tales como el autocuidado, la autodisciplina, la organización propia o el manejo de sí mismo o de sí misma.<sup>39</sup>

- La autoafirmación

Se define como la libertad de ser uno mismo o una misma y poder tomar decisiones para conducirse con autonomía y madurez, incluye otras capacidades tales como la autodirección y la asertividad personal.<sup>40</sup>

- La autorrealización

Implica la búsqueda del cumplimiento de las metas que conforman el proyecto vital de su existencia.

Las personas que gozan de una buena autoestima, tienden a manifestar dos características de la verdadera autorrealización; por una parte, que sus metas sean significativas y por otra, que le permitan proyectarse personalmente, generando beneficio para sí y para otras personas y obteniendo satisfacción de ello.<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> Ibídem. p.10

<sup>40</sup> Ídem

<sup>41</sup> Ibídem. p.11

## Tipos de autoestima

### ⊗ Autoestima derrumbada:

Es aquella en que la persona no se aprecia a sí misma y pocas veces está bien consigo misma y está marcada a sí misma con la anti hazaña y la vive como tal, es decir, se define con esa anti- hazaña. Por lo general lo malo o bueno que dicen las personas sobre el sujeto repercute demasiado en su autoestima y lo bueno o malo que digan de la persona es lo que definirá si lo lesionara gravemente o no.<sup>42</sup>

### ⊗ Autoestima vulnerable:

Es definida en un sujeto que se parecía a sí mismo y su auto concepto es bueno pero, su autoestima se puede tornar frágil cuando en él se presentan situaciones no deseables como el error, derrotas, vergüenzas, pérdidas, etc. Por lo que el nerviosismo usualmente está presente en ellos, razón por el cual se toman mecanismos de “defensa”.<sup>43</sup>

### ⊗ Autoestima fuerte:

Consiste en poseer una imagen o concepto de sí y el vigor para que los errores o tropiezos de la vida no la disminuyan. Es bajo en temor al error. Generalmente las personas con alta autoestima demuestran optimismo, humildad, alegría y no presumen con soberbia sus logros alcanzados previamente propuestos. Estas personas se animan a dar lo mejor de sí para cumplir sus objetivos trazados sin importar que no resulten como deseaban, pues no daña su autoestima al ver el error o tropiezo como una oportunidad de mejorar lo que hacen.

---

<sup>42</sup> López, M. (2007), Los tres estados de la Autoestima, s/e, consultado el 22 de noviembre de 2016, disponible en: [file:///C:/Users/ij300\\_000/Downloads/LOS-TRES-ESTADOS-DE-LA-AUTOESTIMA%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/ij300_000/Downloads/LOS-TRES-ESTADOS-DE-LA-AUTOESTIMA%20(3).pdf)

<sup>43</sup> Ibídem. p.3



#### ⌘ Autoestima inflada:

La persona con autoestima inflada, es incapaz de escuchar a los demás, mucho menos de aceptar o reconocer un error. La percepción de sí mismos esta tan inflada que se creen mejor que el resto. Cuando las cosas se complican, no reconocen los errores y enseguida culpan a los demás.<sup>44</sup>

Relación entre autoconcepto y autoestima.

De acuerdo con Rice (2000), el autoconcepto es la percepción cognitiva consciente y la evaluación que las personas realizan sobre sí mismas, son sus pensamientos acerca de sí mismas. Señala que según Wayment y Zetlin, el autoconcepto es la identidad autohipotetizada de la persona y que Erikson se refiere a él como la identidad del yo o el yo autopercebido, la individualidad consistente. Debería describirse como un sistema de actitudes que la persona tiene hacia sí misma, supone la suma total de sus auto definiciones o autoimágenes.<sup>45</sup>

#### 4.5 Proceso Enfermero

El proceso enfermero (PE) representa el eje metodológico fundamental de enfermería para brindar cuidados, este ha evolucionado a una tercera generación, cuyo enfoque recae en los resultados, los esperados y los obtenidos finalmente y su relación con el problema del individuo, todo ello sustentado en evidencia científica estandarizada.<sup>46</sup>

Cada disciplina establece su actuar a través de la aplicación del método científico en su campo de trabajo, dicho método está sujeto a cambios por la adopción de nuevos paradigmas, es decir “visiones que se convierten en productos científicos universalmente aceptados”, que permanecen cierto periodo y suministran a una

---

<sup>44</sup> *Ibíd.* p 5

<sup>45</sup> Naranjo Pereira, M. L. (2007). *Op. Cit.*

<sup>46</sup> González-Castillo, M. G., & Monroy-Rojas, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería universitaria*, 13(2), 124-129.

comunidad de problemas y soluciones, según lo establecido por el filósofo Kuhn; conforme a lo anterior, Kerouak señala que en el caso de enfermería se ha transitado por tres paradigmas que han configurado este actuar, el paradigma de categorización (1860-1950), el de integración (1950-1975) y finalmente el de transformación (a partir de 1975), cada uno de ellos implicó un cambio en la concepción del metaparadigma de enfermería y ha fomentado la estructuración de su metodología, así como de su enfoque en tres generaciones.<sup>47</sup>

El PE se define como “el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de 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”.<sup>48</sup> Se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación.<sup>49</sup>

El Proceso de enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica.<sup>50</sup>

#### ♣ Valoración

La primera etapa, es la Valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el

---

<sup>47</sup> Ídem

<sup>48</sup> Ídem

<sup>49</sup> González-Castillo, M. G., & Monroy-Rojas, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería universitaria*, 13(2), 124-129.

<sup>50</sup> Ídem

examen físico, céfalo- caudal, basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera- sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona.<sup>51</sup>

- Valoración inicial:

Se realiza al ingreso del paciente al centro asistencial.

La realiza el estudiante en el servicio de urgencias, en hospitalización, en cirugía y medicina interna, y en la comunidad, en el primer contacto que tiene con el paciente.

- Valoración focalizada:

Se lleva a cabo durante la ejecución de los cuidados de enfermería y permite identificar problemas nuevos o que pasaron inadvertidos. La realizan el estudiante con la aplicación de los instrumentos.

- Valoración urgente:

Se realiza durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente, identificando los problemas que ponen en peligro la vida. Por ejemplo, durante el turno en una emergencia hipertensiva, un choque hipovolémico, un estatus epiléptico, etc.

- Nueva valoración:

Después de un tiempo, tiene como propósito comparar el estado actual del paciente respecto a los datos obtenidos inicialmente. Se ejecuta en diferentes contextos:

---

<sup>51</sup> González Salcedo, P., & Chaves Reyes, A. M. (2011). Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. *Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo*, 11(2).

hospital, consulta externa o en el hogar (visitas domiciliarias). En la práctica clínica, la nueva valoración la realiza el estudiante, el personal de enfermería y el docente, todos los días, durante el recibo y entrega de turno.<sup>52</sup>

#### ♣ Diagnóstico

La segunda etapa, es el Diagnóstico, que consiste en la identificación de los problemas de salud para enfermería, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.<sup>53</sup>

Tipos de diagnósticos:

Los diagnósticos de enfermería son reales, de **riesgo, de bienestar, posibles y de síndrome:**

- Diagnóstico de enfermería real:

Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias identificables. Se basa en la presencia de signos y síntomas asociados. Es un problema del paciente que está presente en el momento de la valoración de enfermería. Por ejemplo: patrón respiratorio ineficaz y ansiedad, identificados en un adulto mayor luego de un procedimiento quirúrgico de colecistectomía abierta.<sup>54</sup>

- Diagnóstico de enfermería de riesgo:

Según el juicio clínico del profesional de enfermería sobre un individuo, familia o comunidad, no existe un problema; pero hay Factores de riesgo que indican la probabilidad de que se presente un problema, a no ser que intervenga el profesional de enfermería. Por ejemplo: todos los pacientes que ingresan a un hospital están en riesgo de adquirir una infección; más aún, un paciente adulto mayor e

---

<sup>52</sup> González Salcedo, P., & Chaves Reyes, A. M. (2011). Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. *Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo*, 11(2).

<sup>53</sup> Ídem

<sup>54</sup> Ídem

inmunosuprimido presenta mayor riesgo. El profesional de enfermería para describir el estado de salud del paciente debe enunciar la etiqueta diagnóstica: riesgo de infección<sup>55</sup>

- Diagnóstico de enfermería de bienestar:

Describe las respuestas humanas al bienestar de un individuo, una familia o una comunidad que tienen una disposición para mejorar y alcanzar un mayor grado de bienestar. La enfermera puede deducir esta capacidad por los deseos manifiestos de la persona, Familia o comunidad. Por ejemplo: disposición para aumentar el bienestar espiritual en un adulto que va a ser sometido a un procedimiento invasivo.<sup>56</sup>

- Diagnóstico de enfermería posible:

Son enunciados que describen un problema sospechado. No son claras o son insuficientes las pruebas de que existe un problema de salud. Este tipo de diagnóstico requiere más datos para apoyarlo o refutarlo. Por ejemplo: un adulto mayor hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo se siente solo, abandonado, requiere que le estén ayudando todo el tiempo, se muestra feliz cuando lo acompañan; pero el profesional de enfermería observa que no lo visitan. Hasta no obtener mayor información, el profesional puede enunciar un diagnóstico de enfermería: posible aislamiento social. Es muy frecuente observar en los servicios de medicina interna que los pacientes adultos mayores no son visitados por su familia, ni amigos, porque ya no los tienen, los han perdido o no se acuerdan de ellos.

---

<sup>55</sup> González Salcedo, P., & Chaves Reyes, A. M. (2011). Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. *Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo*, 11(2).

<sup>56</sup> Idem

- Diagnóstico de enfermería de síndrome:

Comprende un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que aparecen como consecuencia de acontecimientos o situaciones determinadas. Se asocian a un grupo de otros diagnósticos, donde la intervención de enfermería requiere la estandarización de los cuidados básicos que se les deben aplicar a estos pacientes. Por ejemplo: paciente con diagnóstico médico de síndrome de Guillain-Barré, con inactividad músculo-esquelética generalizada o accidente cerebro-vascular (ACV) con deterioro del estado de conciencia. Se formula como diagnóstico de enfermería: riesgo de síndrome por desuso.<sup>57</sup>

La estructura del diagnóstico de enfermería la componen tres partes:

P = Problema. El **problema** se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos.

E = Etiología. La **etiología** son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o espirituales, que se creen que están contribuyendo al problema ya sea como factores de riesgo o por que han contribuido ya a producir el problema y si se mantiene sin modificación el problema no se modifica.

S = Signos y síntomas que lo caracterizan. Los **signos y síntomas**, se les llama también características que definen al problema esto significa que siempre que se presentan dichos signos y síntomas asociados entre sí en una situación dada, la conclusión diagnóstica ha de ser la misma

#### ♣ Planeación

La tercera etapa, la Planeación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera- paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con

---

<sup>57</sup> González Salcedo, P., & Chaves Reyes, A. M. (2011). Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. *Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo*, 11(2).

base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.<sup>58</sup>

♣ Ejecución

La cuarta etapa, la Ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.<sup>59</sup>

♣ Evaluación

La quinta y última etapa es la Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería.<sup>60</sup>

---

<sup>58</sup>Reina, G., & Carolina, N. (2011). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral científico*, (17).

<sup>59</sup> Ídem

<sup>60</sup> Ídem

## 4.6 Riesgos y daños a la salud

### 4.6.1 Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus (DM) es un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por concentraciones elevadas de glucosa en sangre.<sup>61</sup>

Se considera un problema de salud pública a nivel mundial, el aumento de las personas afectadas por diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se debe a varios factores:<sup>62</sup>

El crecimiento de la población.

- El envejecimiento de la población, la diabetes es más común en personas mayores; sin embargo debido a diferencias demográficas, en países ricos la diabetes predomina arriba de los 60 años y en los países en vías de desarrollo la edad está entre los 40 y 60 años.
- La urbanización, asociada a cambios alimentarios y de un estilo de vida más sedentario.
- La epidemia de obesidad, derivada de mayor prosperidad y reducción de la actividad física.

#### Epidemiología

- ✓ A nivel mundial 415 millones de adultos actualmente tienen diabetes, hay 318 millones de adultos con tolerancia a la glucosa alterada, lo que les sitúa en un alto riesgo de desarrollar la enfermedad en el futuro. (Federación Internacional de Diabetes, 2015).
- ✓ A nivel nacional durante 2011, en 9 de cada 100 personas no aseguradas que se realizaron una prueba de diabetes, ésta fue positiva.

---

<sup>61</sup> Rojas de P Elizabeth, Molina Rusty, Rodríguez Cruz. Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. [Internet]. 2012 Oct [citado 2017 Ene 17]; 10(Suppl1): 7-12. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-31102012000400003&lng=e](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000400003&lng=e)

<sup>62</sup> Bernard, J. E. R., & Eduardo, J. (2011). VARIABLES PSICOSOCIALES IMPLICADAS EN EL MANTENIMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS: ASPECTOS CONCEPTUALES, INVESTIGACIONES Y HALLAZGOS. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14(2), 126.



- ✓ Durante 2011, Morelos presenta el mayor número de casos nuevos de diabetes mellitus (655 hombres y 746 mujeres, por cada 100 mil personas de cada sexo).
- ✓ De cada 100 egresos hospitalarios por alguna complicación de diabetes mellitus, 24 son de tipo renal en 2011.
- ✓ La incidencia de diabetes se incrementa con la edad, la población de 60 a 64 años presenta la más alta en 2011 (1 788 por cada 100 mil habitantes del mismo grupo de edad).<sup>63</sup>
- ✓ En México durante 2011, 70 de cada 100 mil personas, murieron por diabetes mellitus.<sup>64</sup>
- ✓ Las defunciones por diabetes se concentran en la de tipo II. En 2011 representaron 62% en mujeres y 61% en varones.

Se estima que esta enfermedad reduce entre 5 y 10 años la esperanza de vida de la población (INSP y SSA, 2012).

### Clasificación

Incluye diversos tipos de diabetes y otras categorías de intolerancia a la glucosa.

- Diabetes mellitus tipo 1 (DM1): Su característica distintiva es la destrucción autoinmune de la célula  $\beta$ , lo cual ocasiona deficiencia absoluta de insulina, y tendencia a la cetoacidosis. La DM1 también puede ser de origen idiopático, donde la medición de los anticuerpos antes mencionados da resultados negativos.
- Diabetes mellitus tipo 2 (DM2): Es la forma más común y con frecuencia se asocia a obesidad o incremento en la grasa visceral. Muy raramente ocurre cetoacidosis de manera espontánea. El defecto va desde una resistencia

<sup>63</sup> Estadísticas a Propósito del Día Mundial de la Diabetes INEGI. [Federación Mexicana de Diabetes] México, 2014 [noviembre 14, 2014] (02 de octubre de 2017).

Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/poblacion2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/poblacion2017_Nal.pdf)

<sup>64</sup> Ídem

predominante a la insulina, acompañada con una deficiencia relativa de la hormona, hasta un progresivo defecto en su secreción.

- Diabetes mellitus gestacional (DMG): Agrupa específicamente la intolerancia a la glucosa detectada por primera vez durante el embarazo. La hiperglucemia previa a las veinticuatro semanas del embarazo, se considera diabetes preexistente no diagnosticada.<sup>65</sup>

### Diagnóstico

Los nuevos criterios se basan en niveles menores de glucosa con la finalidad de iniciar precozmente el tratamiento y reducir las complicaciones<sup>1-5</sup>. Se consideran valores normales de glucemia en ayunas menores a 100 mg/dL y de 140 mg/dL después de dos horas de una carga de glucosa. Las alteraciones del metabolismo de la glucosa previas a la aparición de la diabetes, están definidas como:<sup>66</sup>

- ✓ Glucosa alterada en ayunas (GAA): cuando su valor se encuentra entre 100mg/dL y 125 mg/dL.
- ✓ Intolerancia a la prueba de glucosa (ITG) a las dos horas con cifras entre 140 y 199 mg/dL, después de una carga de 75 gramos de glucosa.

### Factores de Riesgo

Los factores de riesgo (FR) más importantes son el sobrepeso y obesidad, que se asocian con inactividad física y alimentación inadecuada. Su evolución es silenciosa, progresiva e irreversible que requiere de un manejo con perspectiva dinámica, estructurada, integral, del equipo multidisciplinario, enfocado en el paciente; para su prevención, control, limitación del daño y rehabilitación.

---

<sup>65</sup> Bernard, J. E. R., & Eduardo, J. (2011). Op. cit. p. 26

<sup>66</sup> Ídem

Se considera un problema de salud pública a nivel mundial, el aumento de las personas afectadas por diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se debe a varios factores:<sup>67</sup>

El crecimiento de la población.

- El envejecimiento de la población, la diabetes es más común en personas mayores; sin embargo debido a diferencias demográficas, en países ricos la diabetes predomina arriba de los 60 años y en los países en vías de desarrollo la edad está entre los 40 y 60 años.
- La urbanización, asociada a cambios alimentarios y de un estilo de vida más sedentario.
- La epidemia de obesidad, derivada de mayor prosperidad y reducción de la actividad física.

La Organización Mundial de la Salud reporta en enero del 2011 que:

- ✓ Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios.<sup>68</sup>
- ✓ Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% a mujeres.
- ✓ La alimentación saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y evitar el consumo de tabaco pueden prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición. (OMS, 2011).

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico

**Modificación del estilo de vida:** La educación es esencial para controlar la enfermedad y disminuir las complicaciones. Los programas que modifican estilo de vida, donde se involucra el equipo de salud, el paciente y su red de apoyo,

---

<sup>67</sup> Bernard, J. E. R., & Eduardo, J. (2011). VARIABLES PSICOSOCIALES IMPLICADAS EN EL MANTENIMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS: ASPECTOS CONCEPTUALES, INVESTIGACIONES Y HALLAZGOS. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14(2), 126.

<sup>68</sup> Ídem

mejoran el control de peso, ayudan a dejar el hábito tabáquico y a aceptar la enfermedad. Después de una intervención educativa se ha reportado una disminución de la presión arterial de 5 mm Hg y de la HbA1c de 0.81 %, lo que reduce los requerimientos de fármacos. El entrenamiento grupal para el autocuidado es más eficaz que la educación individual para mejorar el control glucémico, el conocimiento sobre la diabetes, las habilidades para el autocuidado, la disminución de la presión arterial, del peso corporal y del uso de medicamentos, a mediano y largo plazos.<sup>69</sup>

**Tratamiento nutricional:** Las modificaciones en la alimentación, el ejercicio y las terapias conductuales favorecen la disminución del peso y el control glucémico; su combinación aumenta la eficacia. Las dietas con alto contenido en fibra y una proporción de hidratos de carbono entre 55 y 60 %, con alimentos de bajo índice glucémico, son eficaces en el control de la glucemia.<sup>70</sup>

**Actividad física:** Los programas de ejercicio físico de intensidad aeróbica y anaeróbica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, motivados y sin complicaciones avanzadas, son eficaces para el mejor control glucémico. Las ventajas fisiológicas inmediatas de la actividad física son mejoría de la acción sistémica de la insulina de 2 a 72 horas, mejoría de la presión sistólica más que la diastólica y aumento de la captación de glucosa por el músculo. Además, a mayor intensidad de la actividad física, se utilizan más los carbohidratos. La actividad física de resistencia disminuye la glucosa en las primeras 24 horas. A largo plazo, la actividad física mantiene la acción de la insulina, el control de la glucosa, la oxidación de las grasas, y disminuye el colesterol LDL.

---

<sup>69</sup> Gil-Velázquez, L. E., Sil-Acosta, M. J., Domínguez-Sánchez, E. R., Torres-Arreola, L. D. P., & Medina-Chávez, J. H. (2013). Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(1).

<sup>70</sup> Ídem

Si se acompaña de pérdida de peso, es más efectiva para mejorar la dislipidemia; adicionalmente, mejora la depresión y el ejercicio de resistencia incrementa la masa musculoesquelética.<sup>71</sup>

### **Tratamiento farmacológico**

En pacientes con diabetes mellitus tipo 2, obesos o no, el tratamiento con metformina reduce de 1 a 2 % la HbA1c. Ante hiperglucemia posprandial, están indicadas las glinidas o inhibidores de la alfa glucosidasa, o la insulina de corta o rápida duración. La acarbosa reduce la hemoglobina glucosilada entre 0.5 y 1 %; sus efectos gastrointestinales adversos son motivo de abandono del tratamiento.<sup>72</sup>

La metformina, si no existe contraindicación y es tolerada, es el tratamiento inicial de elección para el tratamiento de la DM2. En los pacientes con DM2 recién diagnosticados con muchos síntomas o glucemias o HbA1c muy elevadas, se debe considerar iniciar el tratamiento con insulina, con o sin otros fármacos.<sup>73</sup>

---

<sup>71</sup> Gil-Velázquez, L. E., Sil-Acosta, M. J., Domínguez-Sánchez, E. R., Torres-Arreola, L. D. P., & Medina-Chávez, J. H. (2013). Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(1).

<sup>72</sup> Ídem

<sup>73</sup> Iglesias, R., Barutell, L., Artola, S., & Serrano, R. (2014). Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. *Diabetes Práctica*, 5(2), 1-24.

## V. METODOLOGÍA

### 5.1 Estrategia de investigación: Estudio de caso

La Relación de Cuidado es la relación enfermera-paciente que ofrece unos cuidados enfermeros personalizados y de gran calidad a la persona y su familia, abarcando todas sus dimensiones. El objetivo principal de esta relación es la promoción de la salud, el aumento del bienestar y la calidad de vida de las personas, familias y comunidades, con lo que se favorece su empoderamiento y participación activa en el proceso salud-enfermedad. La enfermera sustenta esta relación en el desarrollo del confort, la confianza, la seguridad, la serenidad y el fomento de la autonomía hacia la persona cuidada, para lo cual también es necesario mantener una actitud de respeto, afecto y cuidado de la privacidad y de la intimidad.<sup>74</sup>

La valoración y el cuidado apropiado de las necesidades implican la adquisición de conocimientos sobre cuidados integrales, así como formación y experiencia para adaptar éstos a las necesidades específicas de cada paciente.<sup>75</sup>

El método del Estudio de casos es un tipo de investigación que goza de una importante tradición en las Ciencias Sociales, pero que al situarse entre los diseños cualitativos no ha encontrado su espacio en la investigación en salud hasta tiempos más recientes, coincidiendo con el creciente interés por esta metodología. El Estudio de casos consiste básicamente en referir una situación real tomada en su contexto y en analizarla para ver cómo se manifiestan y evolucionan los fenómenos por los que está interesado el investigador. El caso es relevante en función de su potencial para explicar un fenómeno más general, donde el peso del contexto es determinante. Esta es la razón por la que tiene un especial interés en el campo de la Enfermería, ya que uno de los elementos que

---

<sup>74</sup> Orkaizagirre Gómara, Aintzane, Amezcua, Manuel, Huércanos Esparza, Isabel, & Arroyo Rodríguez, Almudena. (2014). El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado. *Index de Enfermería*, 23(4), 244-249. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300011>

<sup>75</sup> Ídem

integran el metaparadigma enfermero es el entorno y sus afectaciones en el proceso salud-enfermedad.

El Estudio de caso es un método de investigación cualitativa que resulta de especial utilidad para la comunidad enfermera, principalmente porque contribuye a hacer visible los cuidados humanizados y holísticos. En primer lugar, favorece la actitud reflexiva e indagadora sobre situaciones problemáticas en la práctica y favorece la conciencia de la complejidad, la unicidad y la singularidad del cuidado y su relación con las consecuencias que suponen en quien lo recibe.

En segundo lugar, consciente de que los conocimientos sobre los aspectos biofisiológicos y la destreza en los procedimientos técnicos están muy integrados en la comunidad enfermera, consideramos que es un método útil para explicitar e incorporar los Cuidados Invisibles y así favorecer los cuidados integrales y la atención enfermera de calidad.<sup>76</sup>

Este estudio de caso se realiza de manera:

- Descriptivo.
- Seguimiento.
- Utilizando un instrumento de valoración por los 11 patrones funcionales del modelo de Marjory Gordon.

## 5.2 Selección del caso y fuentes de información

La selección de la persona para la realización del presente estudio de caso se realizó durante la práctica comunitaria de la especialización en enfermería en salud mental realizada en el Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC) ubicado en San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco del 10 de octubre al 25 de noviembre de 2016, debido a las diversas necesidades en salud mental de la comunidad, se realizaron consultorías en salud mental tanto a personas como

---

<sup>76</sup> Orkaizagirre Gómara, Aintzane, Amezcua, Manuel, Huércanos Esparza, Isabel, & Arroyo Rodríguez, Almudena. (2014). El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado. *Index de Enfermería*, 23(4), 244-249. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300011>

familias por alumnos de la especialización aplicamos de manera oportuna los conocimientos adquiridos durante el bloque teórico.

La persona asiste al Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC), para solicitar una consultoría de Salud Mental, siendo referida con anterioridad por el director del kínder donde asiste su nieta.

Las razones que motivaron la elección del caso fueron las siguientes:

- ✓ Interés académico, al detectar que la persona presentaba problemáticas personales y familiares, que ponían en riesgo su salud mental y el intervenir oportunamente favorecería en su bienestar.
- ✓ La participación voluntaria de la persona para la aplicación del proceso enfermero.

#### **Fuentes de Información**

- ✓ Primaria directa: Entrevista a la paciente (3)
  - 17 de octubre de 2016
  - 21 de octubre de 2016
  - 4 de noviembre de 2016
- ✓ Primaria indirecta: Observación e interacción con la paciente
- ✓ Secundaria: Consulta bibliográfica, publicaciones científicas, guías de práctica clínica, artículos de revistas de Enfermería Basada en Evidencia.



### 5.3 Consideraciones éticas

Existen principios éticos que rigen el quehacer de los profesionales de la salud y de los investigadores en general, principios universales e históricos que conservan total vigencia y que deberían aplicarse en todo momento y ser de obligatorio cumplimiento para los profesionales de la salud pública. Dentro de esos principios comúnmente se exponen: el respeto a la vida, la autonomía, la beneficencia y no maleficencia, y la justicia.<sup>77</sup>

#### Ética

Conjunto de principios o valores que proporcionan dignidad y respeto a los pacientes. La atención con a los usuarios con trastornos mentales conlleva un determinado patrón de principios y valores.<sup>78</sup>

#### Principios de bioética

La relación enfermera-usuario debe estar fundamentada en sólidos principios éticos, válidos, vigentes y de aceptación general, que garanticen a ambos protagonistas un correcto proceder y una armoniosa relación, dichos principios son: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.<sup>79</sup>

#### Principio de Beneficencia.

Principio obliga al profesional de la salud a poner el máximo empeño en atender al paciente y hacer cuanto pueda para mejorar su salud, de la forma que considere más adecuada.<sup>80</sup>

---

<sup>77</sup> Cañete, Roberto, Guilhem, Dirce, & Brito, Katia. (2012). Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta bioethica*, 18(1), 121-127. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2012000100011>

<sup>78</sup> Womble, Donna. Introducción a la enfermería de la salud mental. (2012). 2da edición, Edi. Wolters Klumer pág. 44

<sup>79</sup> Principios fundamentales de la Bioética. UNAM - FES IZTACALA. 2013. [Consultado el 22 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/rivas/NOTAS/Notas1Introduccion/etiprincipios.html>

<sup>80</sup> Idem

**Principio de no-maleficencia.**

La práctica médica ha estado asociada con la máxima latina *primum non nocere*, “sobre todo, no hacer daño” que los médicos hipocráticos practicaban y enseñaban. Este principio es distinto a la beneficencia, ya que el deber de no dañar es más obligatorio que la exigencia de promover el bien. Implica, sobre todo, el imperativo de hacer activamente el bien y de evitar el mal.<sup>81</sup>

**Principio de autonomía.**

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

Autonomía significa, en el terreno médico, que el paciente debe ser correctamente informado de su situación y de las posibles alternativas de tratamiento que se le podrían aplicar. Asimismo, significa que deben respetarse las decisiones de los pacientes que, después de una adecuada información, tienen la suficiente competencia para tomar la decisión.<sup>82</sup>

**Principio de justicia.**

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

---

<sup>81</sup> Ídem

<sup>82</sup> Principios fundamentales de la Bioética. UNAM- FES IZTACALA. 2013. [Consultado el 22 de abril de 2017].

Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/rrivas/NOTAS/Notas1Introduccion/etiprincipios.html>

**Consentimiento informado.**

**Artículo 20.-** Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.<sup>83</sup>

En ese marco, el consentimiento informado (CI) se convierte en una herramienta de mediación entre los intereses de investigadores, financiadores e individuos incluidos en la investigación científica. El CI es, adicionalmente, una excelente forma de ejercitar y aplicar principios éticos tan genuinamente humanos y universales. También conocido como consentimiento libre y esclarecido, consentimiento bajo información o consentimiento educado, el CI permite garantizar la autonomía, la autodeterminación y el respeto a los individuos involucrados en el proceso de investigación científica o que reciben atención médica.<sup>84</sup>

**Código de Nüremberg:**

- Consentimiento informado y voluntario.
- Ceñirse al método científico más avanzado.
- Un fin benéfico y evaluación riesgo–beneficio.
- Reversibilidad de los posibles daños.

**Carta de los derechos generales de las y los pacientes.**

En México, la CONAMED publicó en el año 2001, producto de un trabajo multiinstitucional, la “Carta de los Derechos Generales de los Pacientes”, la cual contiene diez estamentos, cada uno de los cuales incluye “el fundamento legal

---

<sup>83</sup> Secretaria de Salud, Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, consultado el 22/04/17, disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

<sup>84</sup> Cañete, Roberto, Guilhem, Dirce, & Brito, Katia. (2012). Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta bioethica*, 18(1), 121-127. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2012000100011>

contemplado en los diferentes ordenamientos jurídicos relacionados con la materia”. Atendiendo a las demandas del Programa Nacional de Salud, en su introducción se reconoce la importancia de respetar los derechos del paciente, “fomentando una cultura de servicio orientada a satisfacer sus demandas”.<sup>85</sup>

### **Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.**

Establece criterios de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual será proporcionada en forma continua, con calidad y calidez y con pleno respeto a los derechos humanos de las personas usuarias de estos servicios.<sup>86</sup>

La Ley General de Salud en su Título Quinto “Investigación para la Salud” dice:

ARTÍCULO 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:<sup>87</sup>

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

### **Confidencialidad**

Con base en todo lo anterior, se hace entrega a la persona seleccionada para el estudio de caso, se le hace saber que la información proporcionada es estrictamente confidencial y se empleará únicamente para fines académicos. El cual es firmado por la persona. (Ver anexo).

---

<sup>85</sup> Martínez, J. O. (2011). Los derechos de los pacientes: Elementos para una reflexión bioética. In *Anales Médicos* (Vol. 56, No. 2, pp. 108-112).

<sup>86</sup> DE CAMPECHE, E. S. T. A. D. O., DE COAHUILA, S. D. S., & DE COLIMA, S. D. E. (2013). Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud Official Mexican Standard NOM-019-SSA3-2013 for the nursing practice in the National Health System. *CONTENIDO CONTENTS*, 18(suplemento 1), S34-S41.

<sup>87</sup> Gobierno de México. (). *Ley General de Salud - México*, Cámara de Diputados. Recuperada en 18 de diciembre de 2016.

## VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

### 6.1 Descripción del caso

El presente estudio de caso fue realizado a una mujer adulta a la que llamaremos “Juana”, acudió a tres consultorías de salud mental en el Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC). Solicita la consultoría por referencia del director del centro educativo (kínder) al que acude su nieta, ya que la menor presentaba conductas agresivas hacia sus compañeras. Se realiza valoración basada en los once patrones funcionales en la cual se arrojaron datos de las principales necesidades que presenta como violencia emocional por parte de su pareja e hijos lo que ha generado baja autoestima, refiere poca información sobre su autocuidado.

En el kínder donde asiste su nieta, a la cual cuida la mayor parte del día, han observado a la niña irritable, pelea con los demás niños y golpea. Piden que asista a una consultoría al Centro Universitario de Enfermería Comunitaria para valoración. “Juana” se observa con ánimo bajo, refiere sentirse angustiada por las situaciones que vive en su hogar, al iniciar la entrevista comenta que ella cuida a dos de sus nietas, hijas de su hijo el menor, su nuera trabaja todo el día y ella se encarga de todos los cuidados de las niñas todo mi tiempo es para “cuidar de mi casa y mis niñas” sic. “Juana”. Al comentar esa situación se observa con labilidad emocional que llega al llanto, refiere que tiene situaciones difíciles con sus hijos, por lo que se le ofrece la consultoría para que pueda hablar del tema.

Menciona que vive en una comunidad de Xochimilco, con su esposo, hijo menor, esposa de hijo menor y sus dos nietas. Ella se dedica al hogar “yo no trabajo, sólo me dedicó a cuidar a mis nietas y ver por mi hogar, así me educaron, la mujer debe estar en su casa” sic “ Juana”. Aunque comenta que le gustaría realizar otras actividades, pero debe servirle a su hijo y nuera, la cual comenta ha recibido maltrato, “tengo que servirle de comer cuando llega, me reclama si no tengo la comida lista” sic “Juana”, menciona que desde siempre ha recibido maltrato por su esposo, anteriormente violencia física al tener el señor ,un abuso en el consumo

de alcohol “Antes me pegaba por cualquier cosa, ahora las cosas han cambiado, él ha cambiado, ya no toma, aunque a veces si me dice cosas que me hacen sentir mal, hasta he sentido cómo que nadie me quiere, siento que no soy importante para ellos” sic “Juana”. Se muestra con nula conciencia de ser víctima de algún tipo de violencia, que a pesar de no reconocerla sabe que no la hace sentir bien.

## **6.2 Antecedentes generales de la persona**

Femenino de 58 años de edad. Proviene de familia extensa. La mayor de seis hermanos, estudió hasta 5to de primaria. A los 8 años comenzó a trabajar en las chinampas recolectando flores, lo que formaba parte del negocio familiar. Refiere que a la edad de 12 años fue víctima de acoso sexual por un familiar (tío), lo que hasta en la actualidad afecta su estado emocional. A los 17 años contrae matrimonio, esposo cuatro años mayor que ella, el cual tuvo historia de consumo de alcohol, mencionando que la última fecha de consumo fue en el 2012. A los 18 años tiene a su primer hijo, tres años después al segundo y a la edad de 24 años el tercer hijo. Hace aproximadamente 8 años se le diagnostica Diabetes Mellitus tipo 2. A los 52 años por un accidente en su hogar sufre una fractura de fémur.

## VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

### Ficha de Identificación

Nombre: "Juana". \*

Edad: 58 años.

Diagnóstico médico: Diabetes Mellitus tipo 2.

Fecha de nacimiento: 24 de abril de 1958.

Fecha de la entrevista: 17 de octubre de 2016.

Estado civil: Casada.

Lugar de Origen: Sur de la Ciudad de México.

Lugar de residencia: Sur de la Ciudad de México.

Ocupación: Ama de casa.

Escolaridad: Primaria.

Idiomas o lenguas: Español.

Antecedentes heredo familiares: Madre y Padre (hipertensión arterial).

Tía materna (fallece de cáncer mamario).

Antecedentes heredo familiares con trastornos psiquiátricos: Negados.

\*Por motivos de confidencialidad se cambia el nombre y se pone entre comillas.

**7.1 Valoración**

**Signos vitales:**

Temperatura: 36°C Frecuencia Cardíaca: 86 Lx´ Frecuencia Respiratoria: 18 Rx´  
 Tensión arterial: 120/70 mmHg Glucemia Capilar : 120 mg/dL ( sin ayuno).

Piel y mucosas: ligera palidez y resequedad de tegumentos. Mucosas hidratadas.

Uso de lentes (miopía). Uso ocasional de prótesis dental.

Funcionamiento motor bueno. Se muestra colaboradora durante la entrevista.

Actualmente está en tratamiento médico por diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

<b>Fármaco</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Horario</b>
Glibenclamida/ metformina	2.5 mg/500 mg	1 tab mañana 1 tab noche

Niega presencia de dolor.



7.1.1 Valoración Focalizada

Patrón Funcional	Valoración
<p><b>1. Patrón de percepción – control de la salud</b></p>	<p><b>Alterado</b> Se observa vestido y arreglo personal adecuado a su edad, poca adherencia al tratamiento “a veces se me olvida tomarme los medicamentos” sic pac, actitud indiferente hacia su patología, niega alergias alimentarias o medicamentos. Fecha de último Papanicolaou en 2014, realiza autoexploración mamaria frecuentemente, ultima mastografía realizada en 2015, niega hábitos o conductas adictivas. Es dependiente económico del esposo.</p>
<p><b>2. Patrón nutricional-metabólico</b></p>	<p><b>Alterado</b> Peso: 50 kg Talla: 1.56 mts Constitución: normopeso IMC: 20.81 Refiere apetito normal, realizando cuatro comidas al día (desayuno, almuerzo, comida y cena) con horario fijo. Falta de piezas dentales (incisivos). Uso de dentadura, en la valoración no se usaba “me la están arreglando por que se mueve y me lastima” sic pac. No refiere molestias durante la ingestión de alimentos. Ingiere líquidos de 1 Lt a 1 1/2 lts al día, agua natural, agua de frutas, te y en ocasiones refrescos. Entre sus preferencias alimentarias son el pollo, verduras y pescado, hay restricción de carnes rojas y alimentos ricos en lípidos por indicación médica, refiere poco consumo de alimentos ricos en carbohidratos. Refiere que en ocasiones cuando se siente nerviosa o inquieta come entre comidas “como lo que me encuentro... fruta, galletas o pan” sic pac. Tiene conocimientos suficientes sobre alimentos y dieta equilibrada, pero tiene deficiencia de fibra en su dieta. Refiere sentirse bien con su peso “baje de peso después que cambio la dieta por lo de la diabetes... estaba muy gordita, ahora me siento mejor” sic pac.</p>
<p><b>3. Patrón de eliminación</b></p>	<p><b>Alterado</b> Eliminación intestinal: Evacua cada tercer día, heces formadas, duras, color café y en poca cantidad. Refiere en ocasiones hacer uso de senosidos para favorecer la evacuación. Eliminación vesical: 3 veces al día aprox. Color amarillo claro, no refiere disuria. Eliminación cutánea normal. Los factores que alteran la eliminación la falta de actividad física y poco consumo de líquidos.</p>

<p><b>4. Patrón de actividad-ejercicio</b></p>	<p><b>Alterado</b>                  Expresión facial relajada pero triste. Características del habla normal. Se muestra triste, al hablar agacha la mirada, refiere sentirse inferior. Comportamiento motor adecuado. Refiere deseos de participar en actividades físicas. Los factores que intervienen son el desinterés, temor, creencias personales. Refiere cambios en sus habilidades como apatía hacia las actividades físicas y socioculturales. Se dedica al hogar, las actividades que realiza fuera del hogar es “llevar a las nietas a la escuela e ir al mercado...Debo quedarme en casa a esperar a mi esposo” sic pac.</p>
<p><b>5. Patrón de sueño-descanso</b></p>	<p><b>Alterado</b>                  Horas de sueño nocturno de 8 a 9 horas. Tiene otros descansos como siestas por lo general a las 5 pm con duración de 20 min aproximadamente. En ocasiones el sueño se ve interrumpido por pesadillas. Menciona que el sueño es reparador. El ambiente en el que realiza su descanso es oscuro y tiene algunos problemas de humedad. En ocasiones el sueño se altera por preocupaciones en relación a su situación familiar, cuando esto sucede realiza actividades para favorecerlo como son el rezar o escuchar una estación de radio que se llama el <i>rosario de la misericordia</i></p>
<p><b>6. Patrón cognitivo perceptivo</b></p>	<p><b>Sin alteraciones</b>                  Nivel de conciencia alerta, orientado en tiempo, espacio, persona y circunstancia. Reconociendo lugar donde se encuentra, su domicilio, año, a sus personas significativas (papás y esposo), memoria inmediata reciente y remota sin alteraciones. Contenido del pensamiento es coherente y organizado. Lenguaje, velocidad normal, volumen bajo, tono tranquilo.</p>
<p><b>7. Patrón autopercepción autoconcepto</b></p>	<p><b>Alterado</b>                  Reactividad emocional adecuada al contexto, presenta tonalidad afectiva agradable. Se muestra triste, con labilidad emocional, adinámica. Percepción de la imagen corporal ajustada a la realidad, con actitud de rechazo frente a su cuerpo. Se describe como inferior, devaluando sus capacidades, exagerando errores, sentimientos de culpa ante situaciones de la vida. Se evalúa negativamente con sentimientos de tristeza e inferioridad. Adoptando comportamientos para afrontar esos sentimientos como dormir y llorar. Percibe exigencias de su esposo e hijos sobre responsabilidades que ya no le competen. Sentimientos de minusvalía hacía su persona “yo no soy digna, para que la gente me aprecie” “me siento poquita cosa” sic pac.</p>

<p><b>8. Patrón rol/relaciones</b></p>	<p><b>Alterado</b>                  Refiere tener una dependencia económica total de su esposo, al igual que psicosocial. Actualmente vive con su esposo y su hijo menor el cual está casado y tiene dos hijas. Refiere que el hijo menor y su familia dependen de su esposo y ella económicamente, en el aporte de alimento y vestido, pertenece al grupo de la iglesia del lugar donde vive, refiere no contar con amigos cercanos sólo una hermana la frecuenta. Las personas significativas que logra identificar son a sus nietas, padres y esposo. Es responsable de su hogar, administrar el alimento, el cuidado de las nietas y cumplir con el rol de esposa. Los sentimientos que refiere respecto a su familia son culpa, tristeza, inutilidad e inferioridad por toda la situación que ha presentado.</p>
<p><b>9. Patrón sexualidad/reproducción</b></p>	<p><b>Alterado</b>                  Menarca a los 12 años de edad, inicio de vida sexual activa a los 16 años, una pareja sexual.                  Le realizaron histerectomía hace aproximadamente 13 años por miomatosis.                  G: 3 P:3                  Menciona que los métodos anticonceptivos que utilizó fueron inyecciones y el DIU, utilizados a escondidas de su esposo “mi esposo decía que todas las que se cuidaban es porque andaban de locas” sic pac.                  Refiere disminución de la libido, menciona que tiene aproximadamente 10 años sin tener contacto sexual con su esposo, lo que le ha desencadenado sentimientos de inferioridad e inseguridad “Al principio si tenía ganas de estar con él, pero él me dijo que yo sólo pensaba en sexo, seguramente quería estar con alguien más... me hizo sentir que era sucia” sic pac.</p>
<p><b>10. Patrón adaptación tolerancia</b></p>	<p><b>Alterado</b>                  Menciona que ante una situación de estrés responde con inquietud, tensión muscular y en ocasiones hiperhidrosis palmar. El grado de incapacitación personal se muestra medio, familiar medio y social leve. Responde antes su enfermedad con tristeza por los cambios en su vida cotidiana que tuvo que implementar para su bienestar como en los alimentos. Refiere sentir estrés durante las mañanas por la falta de tiempo para ir por sus nietas y los quehaceres del hogar. Se considera víctima de violencia emocional por parte de su esposo e hijos.</p>
<p><b>11. Patrón de valores y creencias</b></p>	<p><b>Sin alteración</b>                  “Juana” profesa la religión católica. En relación a su enfermedad la familia tiene la creencia que es un castigo de Dios o por un susto “en un principio pensábamos que me estaban haciendo un trabajo de</p>

brujería” sic pac. Refiere que esas creencias en un principio también las tuvo, pero después de sus consultas médicas supo que se debía a cuestiones fisiológicas. “Juana” presenta actitudes religiosas como rezos y asiste a procesiones mencionando que no interfiere en su tratamiento “me hace sentir mejor y aumentan mi fe”. sic pac. Los valores más importantes de la historia personal de la paciente son el respeto a la familia.

### 7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete

No se solicitan estudios de laboratorio y gabinete.

### 7.1.3 Jerarquización de problemas



## 7.2 Diagnósticos de Enfermería

- ⊗ Alteración en el patrón Autopercepción – Autoconcepto r/c violencia intrafamiliar, falta de afecto, percepción de falta de pertenencia m/p baja autoestima crónica, expresiones negativas sobre sí misma como culpa e inferioridad, falta de contacto visual.
- ⊗ Afrontamiento individual ineficaz r/c falta de confianza en la capacidad de afrontar situaciones amenazantes m/p expresa incapacidad, solución inadecuada de los problemas.
- ⊗ Afrontamiento familiar incapacitante r/c discrepancia de los estilos de afrontamiento de la persona de referencia y del paciente para hacer a las tareas adaptativas m/p conductas familiares que son perjudiciales para el bienestar de la persona, rechazo y agresión. Realización de actividades habituales domésticas sin tener en cuenta las necesidades y deseos de la persona.
- ⊗ Patrón sexual ineficaz r/c antecedentes de acoso sexual por un familiar (tío) deterioro de las relaciones con el esposo m/p verbaliza dificultades en las conductas y actividades sexuales de pareja, conflicto de valores.
- ⊗ Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c déficit de conocimientos m/p verbaliza no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios.

## 7.3 Problemas interdependientes

- ⊗ Déficit de actividades físicas y recreativas r/c hábitos de la vida cotidiana m/p expresa desinterés para la realización de actividades.
- ⊗ Estreñimiento r/c sedentarismo, cambio en la alimentación, dieta baja en fibra m/p cambios en el patrón intestinal, defecación dificultosa.
- ⊗ Trastorno del patrón del sueño r/c conflictos familiares, personales m/p expresión de despertarse en ocasiones por pesadillas y preocupación familiar.

7.4 Planeación de los cuidados

Con base en los datos recabados de la entrevista con J.C.M. y los diagnósticos obtenidos de los patrones alterados se realizó la siguiente programación en el Centro Universitario de Enfermería Comunitaria.

- Consultoría con duración de 45 a 60 min.
- Entrevista motivacional.
- Impartir talleres psicoeducativos:
  - La familia como factor protector.
  - Prevención de violencia.
  - Valores y creencias.
  - Conciencia de enfermedad
  - Adherencia al tratamiento



\*\*Con horarios y días programados de acuerdo a la rotación del cronograma y a la disponibilidad de tiempo de la paciente.

**7.4.1 Objetivo de la persona:** “Me quiero sentir bien, quiero tener mejor ánimo y aceptarme” sic. pac.

**7.4.2 Objetivo de enfermería:** Mejorar la autoestima de la persona, logrando afirmaciones positivas sobre ella misma

**Diagnóstico de Enfermería: Alteración en el patrón Autopercepción – Autoconcepto r/c violencia intrafamiliar, falta de afecto, percepción de falta de pertenencia m/p baja autoestima crónica, expresiones negativas sobre sí misma como culpa e inferioridad, falta de contacto visual.**

**Patrón Funcional de Marjory Gordon: 7. Autopercepción – Autoconcepto**

**7.5 Ejecución**

**7.5.1 Registros de las Intervenciones:**

**Potenciación de la autoestima**

- Se observó las afirmaciones de la paciente sobre su autovalía durante la entrevista
- Determinar la confianza de la persona en su propio criterio
- Se fomentó el contacto visual durante la entrevista
- Se solicita a la paciente abstenerse de realizar críticas negativas
- Por medio de ejercicios y dibujos se animó a la paciente a identificar sus virtudes y evaluar su propia conducta
- Se animó a la paciente a participar en actividades sociales dentro de su comunidad (iglesia)

**Fundamentación:**

La autoestima es parte fundamental para alcanzar plenitud y autorrealización en la actividad física y mental es decir en plena expresión de sí mismo.<sup>88</sup>

La retroalimentación positiva incrementa la probabilidad de que el individuo internalice los sentimientos positivos.<sup>89</sup>

Ser consciente de sí mismo implica conocer los propios pensamientos y los sentimientos. Examinar nuestras emociones con sinceridad y observar cómo afrontamos las situaciones será esencial para conocernos y querernos.<sup>90</sup>

**7.6 Evaluación:**

“Juana” en la tercer consultoría refiere sentirse de mejor ánimo.

“Me han dado ganas de ponerme un vestido y comprarme un perfume” sic. pac.

“Juana” en la última consultoría hace contacto visual y menciona que está asistiendo a un grupo de danzón en Xochimilco.

<sup>88</sup> Estrada, M.R. (2015). La retroalimentación positiva incrementa la probabilidad de que el individuo persista en el comportamiento y comience a internalizar los sentimientos positivos. Autoestima: clave del éxito personal (V.IV), editorial Manual Moderno. (178)

<sup>89</sup> Ibídem

<sup>90</sup> Vives, J. F. (2003). Enfermería de salud mental. Cuidados para la mejora de la autoestima. *Psiquiatría. com*, 7(3).

**Objetivo de la persona:** “Quiero hacer frente a las situaciones que me estresan, no sé cómo manejarlo” sic. pac.

**Objetivo de enfermería:** Identifique recursos de afrontamiento para hacer frente a las situaciones amenazantes a su salud mental

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

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

<b>Ejecución</b>	<b>Fundamentación:</b>	<b>Evaluación:</b>
<p><b>Registros de las Intervenciones:</b></p> <p>Entrevista motivacional.</p> <p>Se alienta en la paciente la expresión de sentimientos y emociones de forma asertiva así como identificar sus recursos de afrontamiento.</p> <p>Se fomenta la implementación de límites en su vida cotidiana.</p>	<p>La entrevista motivacional, está diseñada para fortalecer la motivación y el compromiso de las personas para lograr un cambio específico a través de la inducción y exploración de las razones que tiene la persona para realizar una modificación a su conducta. (Miller and Rollnick, 2013).</p> <p>La conducta asertiva puede ser definida como la expresión directa, honesta y apropiada de sentimientos, pensamientos, deseos y necesidades.<sup>91</sup></p> <p>En las personas con baja autoestima suele encontrarse un déficit de estas habilidades, apareciendo en su lugar conductas poco adaptativas como la ira, la agresión o la evitación.<sup>92</sup></p>	<p>Al terminar la entrevista, “Juana” refiere que siente un alivio “siento como si hubiera llegado con una piedra y el hablarlo me hizo sentir aliviada” sic. pac.</p> <p>“cuando me siento tensa o con ganas de estallar realizo las respiraciones y me siento mejor” sic. pac.</p>

<sup>91</sup> Garaigordobil, M., & Peña, A. (2014). Intervención en las habilidades sociales: Efectos en la inteligencia emocional y la conducta social. *Psicología Conductual*, 22(3), 551.

<sup>92</sup> Ídem



**Objetivo de la persona:** “Quiero que mi familia me respete, me valore, necesito poner límites” sic. pac.

**Objetivo de enfermería:** Lograr que “Juana” identifique factores que alteran el núcleo familiar e identifiquen sus recursos de afrontamiento.

Diagnóstico de Enfermería: **Afrontamiento familiar incapacitante r/c discrepancia de los estilos de afrontamiento de la persona de referencia y del paciente para hacer a las tareas adaptativas m/p conductas familiares que son perjudiciales para el bienestar de la persona, rechazo y agresión. Realización de actividades habituales domésticas sin tener en cuenta las necesidades y deseos de la persona**

Patrón Funcional de Marjory Gordon: **8. Rol- Relaciones**

**Ejecución**

**Registros de las Intervenciones:**

Se imparte taller psicoeducativo “la familia como factor protector” ya que menciona que la relación intrafamiliar es la causa principal de la consultoría.

Se alienta a la paciente a expresar con su familia sentimientos y emociones, gustos e incomodidades así como la implementación de límites para mejorar la relación familiar.

**Fundamentación:**

La familia como núcleo social básico determina en el ser humano actitudes, conocimientos y conductas que pueden afectar positiva o negativamente su salud.<sup>93</sup>

Hay actitudes que potencian la salud psíquica entre los miembros de la familia.

Se desarrolla y acrecienta la salud en la medida en que somos capaces de:

Pasar progresivamente de actitudes de resentimiento a actitudes de reconciliación, con nosotros mismos, con los demás, con las cosas y las situaciones.

Pasar progresivamente de actitudes de suspicacia y recelo a actitudes de confianza.<sup>94</sup>

**Evaluación:**

“Juana” refiere ceder tareas del hogar a cada uno de los integrantes “Estoy poniendo límites y me siento mejor, me siento con más confianza en mí misma” sic. pac.

<sup>93</sup> Casanova-Rodas, L., Rascón-Gasca, M. L., Alcántara-Chabelas, H., & Soriano-Rodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental*, 37(5), 443-448.

<sup>94</sup> Mangano C. (2011). La familia desde el punto de vista sistemático y evolutivo . 19/08/2016, de Psicología evolutiva Sitio web: [http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi\\_libro/39c.pdf](http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/39c.pdf)

**Objetivo de la persona:** “ Quiero hablar con mi esposo acerca de la situación” sic. pac.

**Objetivo de enfermería:** La paciente conozca la importancia de la sexualidad empoderándola de conocimiento y no se sienta culpable al expresar sus necesidades.

Diagnóstico de Enfermería: **Patrón sexual ineficaz r/c antecedentes de acoso sexual por un familiar (tío) deterioro de las relaciones con el esposo m/p verbaliza dificultades en las conductas y actividades sexuales de pareja, conflicto de valores.**

Patrón Funcional de Marjory Gordon: **9. Sexualidad – Reproducción**

**Ejecución**

**Registros de las Intervenciones:**

Se crea una atmósfera de aceptación y sin juicios.

Se imparte taller psicoeducativo “el valor de tus valores y creencias”, el taller se imparte para mostrarle a la paciente el significado de los prejuicios y las creencias que las personas tienen respecto alguna conducta.

Se explica la importancia de la sexualidad como necesidad fisiológica.

Se informa sobre la conducta sexual y las formas adecuadas de expresar los propios sentimientos y necesidades.

**Fundamentación:**

Las creencias, pueden ser potenciadoras o limitantes. Las primeras nos ayudan y potencian la confianza en nosotros mismos y en nuestras capacidades, permitiéndonos afrontar con éxito situaciones complejas. Las segundas nos restan energía y nos inhabilitan para afrontar determinadas situaciones.<sup>95</sup>

El ser humano es un ser sexuado y la sexualidad no solo posee una connotación física, sino que es una forma de interrelación humana; la sexualidad es un aspecto en la vida de todos los seres humanos y está relacionada con la capacidad de sentir placer, nace y muere con la persona e involucra aspectos físicos, emocionales y sociales.<sup>96</sup>

**Evaluación:**

Se logra fortalecer en la paciente el conocimiento sobre su sexualidad, se logran resolver dudas “Ahora sé que no tengo la culpa de sentir eso” sic. pac.

<sup>95</sup> Melguizo Herrera, Estela; Alzate Posada, Martha Lucía. (2010). Op. Cit.

<sup>96</sup> Quevedo León, L. (2013). Importancia de la sexualidad en el adulto mayor: una mirada desde el cuidado de enfermería. Cultura del Cuidado. Diciembre; 10(2).

**Objetivo de la persona:** “Conocer sobre mi enfermedad y quiero seguir el tratamiento para no tener complicaciones” sic. pac.

**Objetivo de enfermería:** Empoderar a la paciente sobre la importancia de seguir el régimen terapéutico.

Diagnóstico de Enfermería: **Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c déficit de conocimientos m/p verbaliza no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios.**

Patrón Funcional de Marjory Gordon: **1.Percepción - Manejo de la salud**

**Ejecución**

**Registros de las Intervenciones:**

Se imparte taller psicoeducativo adherencia al tratamiento, donde la paciente relaciona la importancia que siga las indicaciones médicas y fomente el autocuidado.

Se establecen objetivos de conducta de forma escrita se desarrolla un programa de cambio de conducta.

Se imparte taller psicoeducativo “conciencia de enfermedad” y se anima a la paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible.

**Fundamentación:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento.<sup>97</sup>

El paciente debe participar en su enfermedad y ser responsable de las decisiones que se adopten. El paciente con una enfermedad crónica debe entender que es un proceso continuado, y que sus esfuerzos se traducirán en una mejor calidad de vida.<sup>98</sup>

**Evaluación:**

Durante la segunda consultoría “Juana” trae un pastillero y en una papel anota la fecha y las pastillas que toma, “Llevo una semana y me he tomado todos los días las pastillas, me ayudó mucho el anotar mis objetivos” sic. pac.

<sup>97</sup> Sabate E. (2001).WHO. Adherence Meeting Report. Genove.World Health Organization. Med Clin (Barc); 116 (Supl 2):141-146.

<sup>98</sup> Palop Larrea,Martinez Mir. (2004). Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. INFORMACIÓN TERAPEUTICA del sistema Nacional de Salud Vol28-nº 5-2004,

Dirección: [http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28\\_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf)

**Objetivo de la persona:** “Encontrar una actividad y poder salir de mi rutina” sic. pac.

**Objetivo de enfermería:** La paciente logre identificar la importancia de realizar una actividad recreativa.

Diagnóstico de Enfermería: **Déficit de actividades físicas y recreativas r/c hábitos de la vida cotidiana m/p expresa desinterés para la realización de actividades.**

Patrón Funcional de Marjory Gordon: **4. Actividad – Ejercicio**

<b>Ejecución</b>	<b>Fundamentación:</b>	<b>Evaluación:</b>
<p><b>Registros de las Intervenciones:</b></p> <p>Mediante la entrevista se fomenta en la paciente las actividades sociales y comunitarias y la importancia y beneficio que tiene en su salud.</p> <p>Se propone a al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar, ver a sus familiares, asistir a un grupo, aprender nuevas cosas.</p> <p>Se le proporcionar una afirmación positiva a la participación en las actividades.</p> <p>Se le anima a al paciente a que acepte nuevos desafíos.</p>	<p>La recreación se asocia con el factor intelectual y educativo, es por ello que la recreación es fundamental para el desarrollo intelectual de las personas. La recreación toma en cuenta todo el concepto de integralidad del hombre como un ente biológico – psicológico – social, siendo la recreación una necesidad del ser humano, se considera fundamental en el mejoramiento de la calidad de vida del hombre.<sup>99</sup></p>	<p>La paciente logra salir de su zona de confort y se decide a buscar una actividad.</p> <p>En la última consultoría menciona “van dos domingos que voy a bailar danzón a Xochimilco, me siento muy bien” sic. pac.</p>

<sup>99</sup> Jiménez Oviedo, Y., Núñez, M., & Coto Vega, E. (2013). La actividad física para el adulto mayor en el medio natural. *InterSedes: Revista de las Sedes Regionales*, 14(27).

**Objetivo de la persona:** “Poder evacuar por lo menos una vez al día sin necesidad de tomas pastillas” sic. pac.

**Objetivo de enfermería:** Lograr mantener el patrón intestinal sin alteraciones.

Diagnóstico de Enfermería: **Estreñimiento r/c actividad física insuficiente, cambio en la alimentación m/p cambios en el patrón intestinal, defecación dificultosa.**

Patrón Funcional de Marjory Gordon: **3. Eliminación**

**Ejecución  
Registros de las  
Intervenciones:**

Educación para la salud.  
Se educa a la paciente acerca de la importancia de realizar actividad física y ejercicio durante 30 min diarios.  
Educación acerca de la alimentación saludable que beneficie y eviten estreñimiento mediante técnica demostrativa del plato del bien comer.

**Fundamentación:**

El ejercicio físico juega un papel muy importante en el aumento de los movimientos peristálticos, facilitando el tránsito intestinal. Un incremento de la actividad física es recomendable dado que produce mejoría en los síntomas asociados al estreñimiento (distensión abdominal y meteorismo).<sup>100</sup>  
El estreñimiento representa uno de los problemas más comunes de nuestra sociedad debido a los hábitos sedentarios como son la falta de ejercicio, la mala alimentación, la ingesta de fármacos o el estrés.<sup>101</sup>

**Evaluación:**

La paciente menciona que ha ido recuperando la actividad intestinal.  
“He salido a caminar por la tarde y estoy consumiendo fibra y un poco más de agua, he podido evacuar un poco más pero aún me cuesta trabajo” sic. pac.

<sup>100</sup> Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR. (2013). Revisión técnica de la Asociación Gastroenterológica Americana estreñimiento. *Gastroenterología*; 144: 218-238.

<sup>101</sup> De Giorgio, R., Ruggeri, E., Stanghellini, V., Eusebi, L. H., Bazzoli, F., & Chiarioni, G. (2015). Chronic constipation in the elderly: a primer for the gastroenterologist. *BMC 43 Gastroenterology*, 15(1), 130. <http://doi.org/10.1186/s12876-015-0366-3>

**Objetivo de la persona:** “Recuperar el sueño y dormir sin interrupciones por preocupaciones” sic. pac.

**Objetivo de enfermería:** Lograr que la persona recupere el sueño fisiológico disminuyendo factores que lo alteran.

Diagnóstico de Enfermería: **Trastorno del patrón del sueño r/c conflictos familiares, personales m/p expresión de despertarse en ocasiones por pesadillas y preocupación familiar.**

Patrón Funcional de Marjory Gordon: 5. Descanso- sueño

<p><b>Ejecución de las Intervenciones:</b> Educar a la paciente sobre el uso de técnicas de relajación para favorecer el sueño. Establecer actividades recreativas como leer, caminar, asistir a un taller fuera de casa que sean encaminadas a la reducción de tensiones. Se habla sobre la higiene del sueño mediante técnica expositiva.</p>	<p><b>Fundamentación:</b> La autorrealización y el sentirse a gusto con las actividades realizadas reducen el estrés y la ansiedad y favorece la autoestima; lo contrario incide negativamente en el sueño y el descanso.<sup>102</sup> El ejercicio en una cantidad moderada favorece el sueño, pero en exceso hace difícil conciliar el mismo. En el entorno los factores más importantes están: La ventilación, la iluminación, los olores, la cama, el nivel sonoro tener o no un compañero y también la ausencia de un ruido o luz al que estaba acostumbrado puede alterar el sueño y descanso de las personas.<sup>103</sup></p>	<p><b>Evaluación:</b> La paciente menciona que con las actividades realizadas va recuperando el descanso. “ya no tengo pesadillas y llego un poco más relajada para dormir” sic. pac.</p>
---	---	---

<sup>102</sup> Kozier B, Erb G, Olivieri R. (2013). Descanso y sueño. En: Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y práctica. Madrid: Mc GrawHill-Interamericana; p. 1004 – 1023.

<sup>103</sup> Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2007/5-1. [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_465\\_Insomnio\\_Lain\\_Entr\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_465_Insomnio_Lain_Entr_compl.pdf)

### **7.6.2 Evaluación del proceso**

El realizar y aplicar intervenciones de enfermería especializada en salud mental en la comunidad dio la oportunidad de llevar a la práctica la consultoría en salud mental y la impartición de talleres psicoeducativos lo que permitió el logro de los objetivos planteados.

Se logró sensibilizar a la paciente sobre la importancia del autocuidado y la promoción y prevención de alteraciones en la salud mental.

Se lograron los objetivos planteados en el proceso enfermero.

## **VIII. PLAN DE ALTA**

Se hacen recomendaciones para continuar con el autocuidado, se deja expediente abierto en Centro Universitario de Enfermería Comunitario para dar seguimiento.

- Se le recomienda continuar acudiendo a Centro Universitario de Enfermería Comunitaria para dar seguimiento y para valoración de glucemias capilares así como control de peso y talla.
- Se le recomienda la expresión de sentimientos y emociones y seguir trabajando con actividades que le beneficien en su salud.
- La paciente refiere asistir con un nutriólogo, se le anima a continuar para el control de Diabetes Mellitus tipo 2, cuya importancia deriva en el apego farmacológico.
- Se fomenta el autocuidado así como implementar límites.
- No se deriva a alguna institución sobre el caso de violencia intrafamiliar, ya que la paciente se niega a asistir.
- Se le brinda información sobre el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF).

## IX. CONCLUSIONES

El presente trabajo cuyo objetivo fue elaborar un estudio de caso mediante la aplicación de intervenciones específicas en salud mental, sustentado en la teoría de Marjory Gordon de los once patrones funcionales bajo el método enfermero. Fue realizado a una mujer adulta en una comunidad de Xochimilco, la cual solicitó consultoría en Salud Mental en el Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC). Lugar donde realizaba el primer bloque práctico del primer semestre de la especialización en Salud Mental.

Este trabajo me permitió aplicar los conocimientos adquiridos en la etapa teórica de la especialización así como para darme la oportunidad de trabajar con la comunidad, acercándome a la población, lugar donde empieza la base de la promoción y prevención de alteraciones en la salud. “La Enfermería en salud mental comunitaria cree en la potencia del cuidado como proceso vivificante, socializante y de promoción y recuperación de la salud mental desde la perspectiva individual colectiva”.<sup>104</sup> También me permitió empezar a romper estigmas tanto propios como en la persona en la que realicé este estudio, compartiendo conocimientos y sensibilizando a la persona sobre el autocuidado y la importancia de la salud mental.

Para lograr el cumplimiento de los objetivos se contó con la apertura del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria que permitió el uso de sus instalaciones y la apertura de un consultorio para realizar las consultorías y así lograr el fortalecimiento de conocimientos y la adquisición de habilidades para intervenir adecuadamente ante la problemática expuesta, además dando la apertura a qué “Juana” pudiera expresarse en un ambiente tranquilo y adecuado.

Una de las actividades realizadas fue la utilización de técnicas de entrevista motivacional la cual es “una forma concreta de ayudar a las personas para que

---

<sup>104</sup> Malvárez, Silvina. (2011). Salud mental comunitaria: trayectoria y contribuciones de Enfermería. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria. Vol. 4 - nº 2.



reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes. Resulta particularmente útil con las personas que se resisten a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el cambio. Intenta ayudar a resolver la ambivalencia y hacer que una persona progrese a lo largo del camino del cambio”.<sup>105</sup> Una de las técnicas que más utilicé fue la escucha activa y el expresar empatía basándome en los principios de comprender los sentimientos y perspectivas de los pacientes sin juzgar, criticar o culpabilizar; lo que me permitió tener la confianza de “Juana” y permitiéndole la expresión de sentimientos y emociones. También utilicé las afirmaciones en cada logro de un objetivo planteado por “Juana” lo que obtenía era el reconocimiento de sus fortalezas.

Durante las entrevistas, realicé la etapa de valoración del proceso enfermero, en la cual se identificaron riesgos y daños en la salud de “Juana” y con ello el planteamiento de diagnósticos enfermeros basados en la taxonomía NANDA.

Se hizo uso de talleres psicoeducativos como el de “Adherencia al tratamiento” donde “Juana” identifica la importancia que siga las indicaciones médicas y fomente el autocuidado, durante los talleres, se muestra participativa y logra resolver dudas, lo que muestra que el taller logra algunos de los objetivos planteados.

Durante las consultorías se logran observar en “Juana” cambios tanto físicos (se peina el cabello, cambio de ropa) como en su comportamiento (me mira a los ojos, pone límites con pareja e hijos, asiste a un grupo de danzón) y en su autocuidado (toma los medicamentos, asiste al nutriólogo). La actividad realizada deja un impacto en “Juana” al aplicar el proceso enfermero, utilizando teorías y métodos a fin de dar un cuidado especializado sin olvidar la base de la profesión.

Los alcances obtenidos en la persona, no sólo beneficiaron a “Juana” también fueron para su familia. Aunque debo mencionar que en esta parte no se tuvo contacto con los miembros de la familia, el esposo se mostraba renuente a que

---

<sup>105</sup>Miller, W. (1999). Mejorando la Motivación para el Cambio en el Tratamiento de Abuso de Sustancias. *Serie de Protocolo para el tratamiento*.

“Juana” asistiera a las consultorías, a decir de “Juana” “mi esposo dice que me están cambiando, que ahora me visto diferente, que ya estoy más al brinco” “pero yo sigo viniendo porque aprendo mucho y me siento bien”.

Aunque el patrón de “Autopercepción- Autoconcepto”, que en un inicio se encontró alterado, se pudo observar una mejoría, pero el pronóstico es reservado ya que “Juana” no logra identificar del todo la violencia psicológica que está viviendo en su familia, se muestra renuente a seguir asistiendo a una consultoría con un especialista.

Es para mí una gran satisfacción realizar este estudio, a una persona en comunidad, identificando necesidades y problemas de salud mental como parte de mi formación de Especialista en Salud Mental. Ya que como muestra la bibliografía la violencia de pareja continúa siendo un problema de salud pública, ya que esta situación tiene una implicación social, en la cual se afecta la vida de la persona, la pareja, familia, comunidad y sociedad en general; donde en algunos casos, las nuevas generaciones tienden a heredar estas prácticas de convivencia y los replican, por lo que es necesario, que el profesional de enfermería tome conciencia de su papel en la detección de factores de riesgo, además de brindar cuidados oportunos a esta población que les permita visibilizar esta problemática, para contribuir a evitar la continuación de esta huella histórica de violencia de pareja, es por ello la necesidad de llegar a la comunidad para prevenir alteraciones en la salud mental como resultado de esta problemática.

---

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Acosta Huertas, S. L. (2013). Enfermería basada en la evidencia para el cuidado del sujeto. *Rev. mex. enferm. cardiol*, 21(2), 71-76.
2. Bernard, J. E. R., & Eduardo, J. (2011). VARIABLES PSICOSOCIALES IMPLICADAS EN EL MANTENIMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS: ASPECTOS CONCEPTUALES, INVESTIGACIONES Y HALLAZGOS. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14(2), 126.
3. Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR. (2013). Revisión técnica de la Asociación Gastroenterológica Americana estreñimiento. *Gastroenterología*; 144: 218-238.
4. Cañete, Roberto, Guilhem, Dirce, & Brito, Katia. (2012). Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta bioethica*, 18(1), 121-127. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2012000100011>
5. Casanova-Rodas, L., Rascón-Gasca, M. L., Alcántara-Chabelas, H., & Soriano-Rodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental*, 37(5), 443-448.
6. Castillo Trejo, J. C., & Hamui Sutton, A. (2012). La subordinación femenina y la tolerancia a la violencia basada en el género. *Atención Familiar*, 19(3).
7. DE CAMPECHE, E. S. T. A. D. O., DE COAHUILA, S. D. S., & DE COLIMA, S. D. E. (2013). Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud Official Mexican Standard NOM-019-SSA3-2013 for the nursing practice in the National Health System. *CONTENIDO CONTENTS*, 18(suplemento 1), S34-S41.
8. De Giorgio, R., Ruggeri, E., Stanghellini, V., Eusebi, L. H., Bazzoli, F., & Chiarioni, G. (2015). Chronic constipation in the elderly: a primer for the

- gastroenterologist. BMC 43 Gastroenterology, 15(1), 130.  
<http://doi.org/10.1186/s12876-015-0366-3>
9. Desactivemos la violencia. Recuperado el 07 de septiembre de 2016. De:  
[http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/1039/1/images/contenido\\_5.pdf](http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/1039/1/images/contenido_5.pdf)
10. Enfermería. [Organización Mundial de la Salud OMS] 2016, (14 diciembre 2016). Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
11. Espinosa, J. G. R. (2012). Modelos de cuidados de enfermería, un hecho real para la práctica profesional: el ser y hacer de la enfermería actual. Modelos de cuidados en enfermería NANDA, NIC y NOC, 137.
12. Estadísticas a Propósito del Día Mundial de la Diabetes INEGI. [Federación Mexicana de Diabetes] México, 2014 [noviembre 14, 2014] (02 de octubre de 2017). Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/poblacion2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/poblacion2017_Nal.pdf)
13. Estrada, M.R. (2015). La retroalimentación positiva incrementa la probabilidad de que el individuo persista en el comportamiento y comience a internalizar los sentimientos positivos. Autoestima: clave del éxito personal (V.IV), editorial Manual Moderno. (178)
14. Garaigordobil, M., & Peña, A. (2014). Intervención en las habilidades sociales: Efectos en la inteligencia emocional y la conducta social. *Psicología Conductual*, 22(3), 551.
15. Gil-Velázquez, L. E., Sil-Acosta, M. J., Domínguez-Sánchez, E. R., Torres-Arreola, L. D. P., & Medina-Chávez, J. H. (2013). Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(1).

16. Gobierno de México. (). *Ley General de Salud - México*, Cámara de Diputados. Recuperada en 18 de diciembre de 2016.
17. González-Castillo, M. G., & Monroy-Rojas, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería universitaria*, 13(2), 124-129.
18. González Salcedo, P., & Chaves Reyes, A. M. (2011). Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. *Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo*, 11(2).
19. Gordon, Marjory. (2003). Manual de diagnósticos enfermeros. Mosby/Doyma. Madrid
20. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2007/5-1. [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_465\\_Insomnio\\_Lain\\_Entr\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_465_Insomnio_Lain_Entr_compl.pdf)
21. Hernández, M. D. L. G., Becerril, L. C., Gómez, B. A., Rojas, A. M., Ortega, Y. H., & Martínez, C. S. (2011). Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20, 74-80.
22. Iglesias, R., Barutell, L., Artola, S., & Serrano, R. (2014). Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA), para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. *Diabetes Práctica*, 5(2), 1-24.
23. Jiménez Oviedo, Y., Núñez, M., & Coto Vega, E. (2013). La actividad física para el adulto mayor en el medio natural. *InterSedes: Revista de las Sedes Regionales*, 14(27).

- 
24. Kozier B, Erb G, Olivieri R. (2013). Descanso y sueño. En: *Enfermería Fundamental, Conceptos, procesos y práctica*. Madrid: Mc GrawHill-Interamericana; p. 1004 – 1023.
25. López, M. (2007), Los tres estados de la Autoestima, s/e, consultado el 22 de noviembre de 2016, disponible en: [file:///C:/Users/ij300\\_000/Downloads/LOS-TRES-ESTADOS-DE-LA-AUTOESTIMA%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/ij300_000/Downloads/LOS-TRES-ESTADOS-DE-LA-AUTOESTIMA%20(3).pdf)
26. Mangano C. (2011). La familia desde el punto de vista sistemático y evolutivo. 19/08/2016, de Psicología evolutiva Sitio web: [http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi\\_libro/39c.pdf](http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/39c.pdf)
27. Martínez, J. O. (2011). Los derechos de los pacientes: Elementos para una reflexión bioética. In *Anales Médicos* (Vol. 56, No. 2, pp. 108-112).
28. Martínez-González, L., & Olvera-Villanueva, G. (2011). El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 19(2), 105-107.
29. Medina, M. C. P. (2014). Violencia de pareja. Repercusiones en la salud mental de la mujer. *Revista Enfermería CyL*, 6(2), 93-97.
30. Miller W. (1999). Mejorando la Motivación para el Cambio en el Tratamiento de Abuso de Sustancias. Serie de Protocolo para el tratamiento.
31. Naranjo Pereira, M. L. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Actualidades investigativas en Educación*, 7(3), 1-27.
32. Nava-Navarro, V., Onofre-Rodríguez, D., & Báez-Hernández, F. (2017). Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas. *Enfermería universitaria*, 14(3), 162-169.
33. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. [Diario Oficial de la Federación].

- México.2013 [02/09/2013] (18 de septiembre de 2017). Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013).
- 34.Orkaizagirre Gómara, Aintzane, Amezcua, Manuel, Huércanos Esparza, Isabel, & Arroyo Rodríguez, Almudena. (2014). El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado. *Index de Enfermería*, 23(4), 244-249. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300011>
- 35.Ortega Becerra, M. A. (2012). *Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumnado de primer ciclo de Educación Secundaria de la ciudad de Jaén*. Granada: Universidad de Granada.
- 36.Palop Larrea,Martinez Mir.Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. INFORMACIÓN TERAPEUTICA del sistema Nacional de Salud Vol28-nº 5-2004, Dirección: [http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28\\_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf)
- 37.Parra Domínguez, M. L. (2013). Violencia conyugal en durango–méxico: consejería en enfermería.
- 38.Principios fundamentales de la Bioética. UNAM- FES IZTACALA. 2013. [Consultado el 22 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/rivas/NOTAS/Notas1Introduccion/etiprincipios.html>
- 39.Quevedo León, L. (2013).Importancia de la sexualidad en el adulto mayor: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Cultura del Cuidado*. Diciembre; 10(2).
- 40.Reina, G., & Carolina, N. (2011). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral científico*, (17).

- 
41. Rojas, C; Zegers, B; Forster, C;(2009) La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores, Revista médica de Chile, (137-6), consultado el día 28 de diciembre de 2016, disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000600009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600009)
42. Rojas de P Elizabeth, Molina Rusty, Rodríguez Cruz. Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. [Internet]. 2012 Oct [citado 2017 Ene 17]; 10( Suppl 1 ): 7-12. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-31102012000400003&lng=e](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000400003&lng=e)
43. Sabate E. WHO. Adherence Meeting Report. Genove. World Health Organization. Med Clin (Barc) 2001; 116 (Supl 2):141-146.
44. Salazar, E. (2011). Violencia intrafamiliar y social bajo la influencia del alcohol y las drogas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 10(2), 7-38.
45. Salud Mental. [Organización Mundial de la Salud OMS] 2016, (12 de enero 2017) Disponible en: [http://www.who.int/topics/nursing/es/http://www.who.int/topics/mental\\_health/es](http://www.who.int/topics/nursing/es/http://www.who.int/topics/mental_health/es)
46. Secretaria de Salud, Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, consultado el 22/04/17, disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/rlgsmis.html>
47. Silvina Malvarez. (2007). El Reto de Cuidar en un Mundo Globalizado. Washington DC. Texto contenido en *Enferm*, Florianópolis.
48. Téllez Ortiz, S. E. (2012). *Modelos de cuidados en enfermería NANDA, NIC y NOC*. McGraw Hill Mexico.



49. Triviño, Z., & Sanhueza, O. (2005). Paradigmas de investigación en enfermería. *Ciencia y enfermería*, 11(1), 17-24.
50. Vives, J. F. (2003). Enfermería de salud mental. Cuidados para la mejora de la autoestima. *Psiquiatría. com*, 7(3).
51. Womble, Donna. Introducción a la enfermería de la salud mental. (2012). 2da edición, Edi. Wolters Klumer pág. 44

# ANEXOS

Anexo 1

## Valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon

Ficha de Identificación

Nombre: J.C.M

Diagnóstico médico: Diabetes Mellitus tipo 2

Fecha de la entrevista: 17 de octubre de 2016

Fecha de nacimiento: 24 de abril de 1958 Edad: 58 años

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

Lugar de origen: Sur de la Ciudad de México

Lugar de residencia: Sur de la Ciudad de México

Domicilio actual: Sur de la Ciudad de México

Teléfono: 55555555 Escolaridad: Primaria Ocupación: Ama de casa

Nivel de estudios o grado académico: 5to de primaria

Idiomas o lenguas: español

Nombre del responsable legal: \_\_\_\_\_

Motivo de Ingreso o solicitud de Consultoría:

Solicita la consultoría por referencia del director del centro educativo (kínder) al que acude su nieta, ya que la menor presentaba conductas agresivas hacia sus compañeras

Antecedentes Heredo-Familiares:

Madre y Padre (hipertensión arterial), Tía materna (fallece de cáncer mamario)

Situación laboral y/o escolar actual:

Se dedica al hogar y al cuidado de las nietas

VALORACIÓN GENERAL

Signos vitales: Temperatura: 36°C Frecuencia cardiaca: 86Lx'  
 Frecuencia respiratoria: 18 Rx Tensión Arterial: 120/70 mmHg

Piel y mucosas (coloración y aspecto): ligera palidez y resequedad de tegumentos. Mucosas hidratadas

Lesión: no se observan lesiones

Alteración de los sentidos: Vista: X Oído:      Tacto:      Gusto:       
 Olfato:      Prótesis: Si: X No:      Especificar tipo y ubicación:  
prótesis dental fija Funcionamiento motor: Bueno: X Limitado:       
 Especificar:      Actitud durante la entrevista:  
 Colabora: X No colabora:     

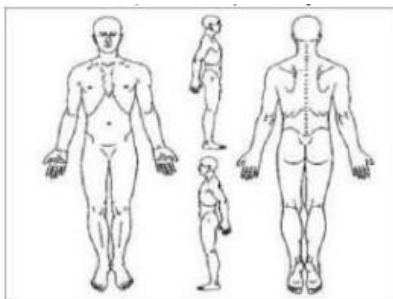
Tratamiento médico: Si: X No:      Especificar:     

Fármaco	Cantidad	Horario
<b>Glibenclamida/ metformina</b>	2.5 mg/500 mg	1 tab mañana 1 tab noche

Presencia de dolor: No: X Si:      Especificar:     



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



Alteraciones o datos de interés que desee profundizar: sin otras alteraciones

### 1. PATRÓN DE PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD

Aspecto general (vestido/arreglo personal): Adecuado X Descuidado \_\_\_\_\_  
Extravagante \_\_\_\_\_ Exagerado \_\_\_\_\_ Meticuloso \_\_\_\_\_

Otro (especificar) \_\_\_\_\_

Actitud y comportamiento frente a su enfermedad: Aceptación \_\_\_\_\_ Rechazo \_\_\_\_\_  
Indiferencia X Sobrevaloración \_\_\_\_\_ Reivindicativa \_\_\_\_\_  
Otras \_\_\_\_\_

Comportamientos realizados al respecto (describir) \_\_\_\_\_  
Recomendaciones terapéuticas: Ninguna \_\_\_\_\_

Seguimiento correcto a su enfermedad (Describe): \_\_\_\_\_

Seguimiento incorrecto (describalo): Mal apego al tratamiento farmacológico

Hábitos y/o Conductas adictivas:

Consumo	Substancia	Cuál	Edad de inicio	Frecuencia Dosis Día / semana	Alguna vez en la vida	Actualmente
	Tabaco					
	Bebidas alcohólicas					
	Cafeína	X	20		X	
	Cannabis					
	Cocaína					
	Anfetaminas					
	Inhalantes					
	Tranquilizantes					
	Alucinógenos					
	Opiáceos					
	Otras					

Solvencia económica: Es dependiente económico del esposo

Otras alteraciones o datos de interés

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2. PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO.

Peso: 50 Kg Talla: 1.56 mts. Constitución normopeso IMC 20.81

Apetito: Normal X Aumentado \_\_\_\_\_ Disminuido \_\_\_\_\_  
Consumo diario habitual: pan, huevo, verduras, fruta, pollo, pescado en ocasiones

Ingesta de líquidos (cantidad y tipo): de 1 lt a 1 1/2 lts al día, agua natural, agua de frutas, te y en ocasiones refrescos.

Nauseas/vómitos (espontáneos o provocados) No X SI \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_  
Preferencias alimentarias: son el pollo, verduras y pescado

Restricciones / Evitación (motivos): hay restricción de carnes rojas y alimentos ricos en lípidos por indicación médica

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

Especifique que es lo que consume: "como lo que sea fruta, galletas o pan" sic pac

Conocimientos sobre alimentos y dieta equilibrada: Suficientes: X  
Insuficientes \_\_\_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_

¿Se siente bien con su peso? "baje de peso después que cambio la dieta por lo de la diabetes... estaba muy gordita, ahora me siento mejor" sic pac

### 3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Eliminación intestinal: Frecuencia: cada tercer día Características: heces formadas, duras, color café, en poca cantidad

Malestar: X Control: si Motivos no control: \_\_\_\_\_

Uso de laxantes: senosidos

Patrón habitual personal: \_\_\_\_\_

Eliminación vesical: Frecuencia: tres veces al día aprox Características: amarilla clara

Malestar: negada Control: si Motivos no control: \_\_\_\_\_

Diuréticos: negados

Patrón habitual personal: \_\_\_\_\_

Eliminación cutánea: Normal: X Profusa: \_\_\_\_\_ Escasa: \_\_\_\_\_

Problemas con el mal olor (En caso afirmativo, ¿qué hace? negado

Percepción personal de la eliminación: Intestinal mala Vesical \_\_\_\_\_  
Cutánea \_\_\_\_\_

Posibles motivos de percepción de disfunción:

Factores que alteran la eliminación: falta de actividad física y poco consumo de líquidos

#### 4. PATRÓN DE ACTIVIDAD-EJERCICIO.

Expresión facial: Tensa: \_\_\_\_\_ Relajada: X Alegre: \_\_\_\_\_ Triste: X

Enfadada: \_\_\_\_\_ Dirección de la mirada: al suelo

Otros: \_\_\_\_\_

Características del habla: normal

Ver expresión del lenguaje de patrón cognitivo y especificar características:

Se muestra triste, al hablar agacha la mirada, refiere sentirse inferior

Comportamiento motor: Adecuación contexto: X Inhibición: \_\_\_\_\_

Agitación/inquietud: \_\_\_\_\_ Temblores: \_\_\_\_\_ Rigidez: \_\_\_\_\_ Estereotipias: \_\_\_\_\_

Tics: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Reacciones extrapiramidales

(especificar): \_\_\_\_\_ Regularidad del comportamiento motor: Frecuencia: normal

Intensidad: normal Duración: normal

Condiciones que lo aumentan o reducen: \_\_\_\_\_ Características del

comportamiento motor: Controlable: X

Limitante: \_\_\_\_\_ Incapacitante: \_\_\_\_\_

Opinión / emoción respecto al comportamiento motor:

Indiferente: \_\_\_\_\_ Aceptado: X Preocupado: \_\_\_\_\_

Deseos o participación en actividades de consumo de energía (especificar):

Refiere deseos de participar en actividades físicas

Factores que intervienen en este patrón (especificar): desinterés, temor, creencias personales.

Tipo de ayuda requerida: no necesita ayuda



Habilidades manifestadas en las actividades descritas (nula, baja, alta): alta

Cambio notable de habilidades o funciones (físicas, intelectuales, socioculturales): apatía hacia las actividades físicas y socioculturales

Otras alteraciones o cambios de interés:

Se dedica al hogar, las actividades que realiza fuera del hogar es "llevar a las nietas a la escuela e ir al mercado...Debo quedarme en casa a esperar a mi esposo" sic pte.

#### 5. PATRÓN DE SUEÑO DESCANSO.

Horas de sueño nocturno: de 8 a 9 horas Otros descansos: siestas por lo general a las 5 pm con duración de 20 min aproximadamente.

Problemas de sueño (al inicio, interrumpido, al despertar temprano, somnolencia excesiva, pesadillas, otros): en ocasiones el sueño se ve interrumpido por pesadillas.

Antecedentes de alteraciones de sueño: negadas

Factores que alteren el patrón del sueño: humedad en la habitación el sueño se altera por preocupaciones en relación a su situación familiar

¿Qué hace para favorecerlo? cuando esto sucede realiza actividades para favorecerlo como son el rezar o escuchar una estación de radio que se llama el rosario de la misericordia

Percepción personal del patrón: Adecuado: X

Excesivo: \_\_\_\_\_ Disminuido: \_\_\_\_\_

#### 6. PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTIVO.

Nivel de conciencia y actitud respecto al entorno: Alerta: X Hipervigilia: \_\_\_\_\_

Confusión: \_\_\_\_\_ Desrealización: \_\_\_\_\_ Somnoliento: \_\_\_\_\_

Sólo sigue instrucciones: \_\_\_\_\_ negado \_\_\_\_\_

No responde a estímulos externos: \_\_\_\_\_

Otros (especificar):

\_\_\_\_\_

Atención-orientación (espacio, tiempo, persona) Atención fluctuante: atención y orientación en tiempo, espacio, persona y circunstancia

Distractibilidad: \_\_\_\_\_

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

Cd. / país.    X    Día/mes:    X    Año:    X   

Estación del año:    X   

Nombre    X    completo:

Edad y/o fecha de nacimiento:    X    Profesión:          Personas significativas:    X    Grado de relación:    X    Alteraciones perceptivas (especificar):  
Auditivas:   

Visuales:    Táctiles:    Olfativas:    Gustativas:   

Ilusiones:          Otros (especificar):           
   Localización de la percepción:         

Interna:          Externa:         

\_ Memoria e inteligencia: Memoria inmediata reciente:    X   

Memoria remota:    X    Descripción de la posible alteración:           
   intelectuales:         

Tipo          de          ayuda          requerida:

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

No:       Delirante: Si:          No:         

Descripción breve de la alteración (especificar): Sin alteración

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

Otras ideas o pensamientos recurrentes molestos:  
negados

Posible relación de los pensamientos anteriores:  
 \_\_\_\_\_

Curso:  
 \_\_\_\_\_

Inhibición:  
 \_\_\_\_\_

Aceleración:  
 \_\_\_\_\_

Perseverancia:  
 \_\_\_\_\_

Disgregación/incoherencia: no se observa  
 \_\_\_\_\_

Otros(especificar):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

Cantidad (normal, abundante, escasa): normal

Volumen (normal, alto, bajo):  
normal

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

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

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

## 7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO.

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

Expansión afectiva:        Tonalidad afectiva: Agradable:  
  X   Desagradable:       

Posibles síntomas afectivos de interés (especificar): Se muestra triste, con  
labilidad emocional, adinámica

Percepción imagen corporal: Ajustada a la realidad:   X   Confusa:  
       Equivocada:        Actitud frente a su cuerpo: Aceptación:  
  X   Rechazo:       

Otros:       

Auto descripción de sí mismo: Se describe como inferior, devaluando sus  
capacidades, exagerando errores, sentimientos de culpa ante situaciones de la  
vida

Sobrevaloración capacidades y logros personales:  
       Exageración a errores y desgracias/infravaloración a  
éxitos:          X  

Otros especificar:  
      

Autoevaluación general y competencia personal (positiva, negativa, indiferente: Se  
evalúa negativamente con sentimientos de tristeza e inferioridad

Sentimientos con respecto a la autoevaluación personal: Tristeza:   X  

Inferioridad:   X   Culpabilidad:        Inutilidad:        Impotencia:  
      

Euforia:        Ansiedad:        Rabia:        Superioridad:         
       otras:       

Ideas de suicidio (describir plan si existe):   No refiere  

Comportamientos adoptados para afrontar/compensar los sentimientos:  
Adoptando comportamientos para afrontar esos sentimientos como dormir y llorar.

Percepción de exigencias o presiones: Origen (personas, ideas, sensaciones): por  
el hijo y el esposo Ámbito (lugar): en el hogar a nivel familia responsabilidades  
que ya no le competen

Percepción sobre su estado de salud: “ si me cuido, dicen que puedo vivir igual”  
sic pac.

Otras alteraciones o datos de interés: Sentimientos de minusvalía hacía su  
persona “yo no soy digna, para que la gente me aprecie” “me siento poquita cosa”  
sic pac.

## 8. PATRÓN DE ROL-RELACIONES

Nivel de independencia de la persona: Física, total: \_\_\_\_ Parcial: \_\_\_\_

(motivo de ayuda requerida): ninguna

Económica, total: X Parcial: \_\_\_\_ (motivos ayuda requerida): no trabaja

Psicosocial, total: \_\_\_\_ Parcial: X (motivos ayuda requerida):  
\_\_\_\_\_

¿Con quién vive? E0sposo, hijo, nuera y dos nietas

¿Depende alguien de usted en algún aspecto? el hijo menor y su familia dependen  
de su esposo y ella económicamente, en el aporte de alimento y vestido

¿Pertenece a algún grupo social? Iglesia

¿Tiene amigos cercanos? una comadre y una amiguita del mercado

Personas que le generan sentimientos positivos o significativos:

sus nietas, padres y esposo

Responsabilidades dentro del núcleo familiar: aporte de alimentos para todos los  
que comen ahí

Percepción sobre responsabilidad: \_\_\_\_\_

Sentimientos respecto a relaciones familiares:

Ansiedad:

\_\_\_\_ Miedo: \_\_\_\_ Culpa: x Tristeza: x Inutilidad: \_\_\_\_ Inferioridad: x Rabia: x  
\_\_\_\_ Superioridad:

\_\_\_\_ Seguridad: \_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

## GENOGRAMA

## 9. PATRÓN SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN.

Menarca: 12 años IVSA: 16 añosNúmero de parejas sexuales: una Exhibicionismo: \_\_\_\_\_

Libido aumentada: \_\_\_\_\_ Vasectomía: \_\_\_\_\_

Fecha de último Papanicolaou: 2014FUM: 2003 G: 3 P: 3 A: \_\_\_\_\_ C: \_\_\_\_\_¿Qué tipo de método anticonceptivo utiliza?: Condón: \_\_\_\_\_ Parche: \_\_\_\_\_  
Pastillas: \_\_\_\_\_DIU: \_\_\_\_\_ OTB: \_\_\_\_\_ Chip: \_\_\_\_\_ Abstinencia Sentimientos \_\_\_\_\_ hacia \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ maternidad:  
\_\_\_\_\_ Sentimientos hacia el  
embarazo: \_\_\_\_\_

## 10. PATRÓN DE ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Ante una situación de estrés responde con:

Conducta evitativa: \_\_\_\_\_ Ansiedad: Inquietud: \_\_\_\_\_ Tensión muscular: \_\_\_\_\_ Postura rígida:  Hiperhidrosis  
palmar: \_\_\_\_\_ Boca reseca: \_\_\_\_\_ Negación del problema: \_\_\_\_\_poca tolerancia a la frustración: \_\_\_\_\_ Autocompasión: \_\_\_\_\_ Grado de  
incapacitación (de acuerdo a la respuesta):Personal : \_\_\_\_\_ Grave: \_\_\_\_\_ Medio:  Leve: \_\_\_\_\_Familiar: \_\_\_\_\_ Grave: \_\_\_\_\_ Medio:  Leve: \_\_\_\_\_Laboral: \_\_\_\_\_ Grave: \_\_\_\_\_ Medio: \_\_\_\_\_ Leve: \_\_\_\_\_ Social : \_\_\_\_\_  
\_ Medio: \_\_\_\_\_ Leve: \_\_\_\_\_Respuesta \_\_\_\_\_ ante \_\_\_\_\_ su \_\_\_\_\_ enfermedad:  
\_\_\_\_\_

## 11. Valores y creencias.

Valores o creencias importantes de la historia personal: la familia tiene la creencia que es un castigo de Dios o por un susto “en un principio pensábamos que me estaban haciendo un trabajo de brujería” sic pte

Antecedentes de prácticas o cultos religiosos: practican la religión católica

¿El paciente presenta actitud religiosa?, describa: refiere tener fe en Dios y realiza rezos

¿El paciente comenta o presenta mitos o creencias en relación a su enfermedad?

¿La familia presenta mitos o creencias en relación a la enfermedad? La paciente presenta actitudes religiosas como rezos y asiste a procesiones mencionando que no interfiere en su tratamiento “me hace sentir mejor y aumentan mi fe”.

¿Requieren de algún apoyo religioso? (Aspectos personales que desea sean tomados en cuenta) \_\_\_\_\_ no  
requiere \_\_\_\_\_

## Anexo 2

## Consentimiento Informado

**Formato de Consentimiento Informado**


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

Fecha: 17 octubre - 2016

Por este conducto se hace constar que el alumno (a) de la especialidad de Enfermería en Salud Mental Sandra Anguiano Muñoz, cuya sede académica se ubica en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz:

- Ha solicitado mi colaboración voluntaria para ser entrevistado (a) como parte de una intervención breve que se incluye dentro de la formación profesional de alumnos de la especialidad de enfermería en Salud Mental, quienes recibieron una capacitación previa para hacer estas intervenciones.
- La entrevista tendrá una hora de duración aproximadamente.
- Para facilitar el registro de la información es necesario tomar algunas notas, la información es estrictamente CONFIDENCIAL y anónima, es decir que no será identificado y la información que brinde se empleará únicamente para fines académicos.
- La profesora de la asignatura de la especialidad en salud mental, Dra. Elia Jazmín Mora estará presente durante la entrevista.
- Si me incomodan algunas preguntas, estoy en libertad de no responderlas y de abandonar la entrevista, si así lo decido sin que de ninguna manera afecte mi proceso de atención en la institución

Así mismo mediante este documento **HAGO PATENTE** mi consentimiento para participar de forma voluntaria y consciente en este proceso.

Sandra Anguiano Muñoz   
Nombre y Firma de la persona entrevistada

J. C. M.  
Nombre y Firma del entrevistador

Monica Flores Osorio

Nombre y firma de testigo 1

Nombre y firma de testigo 2



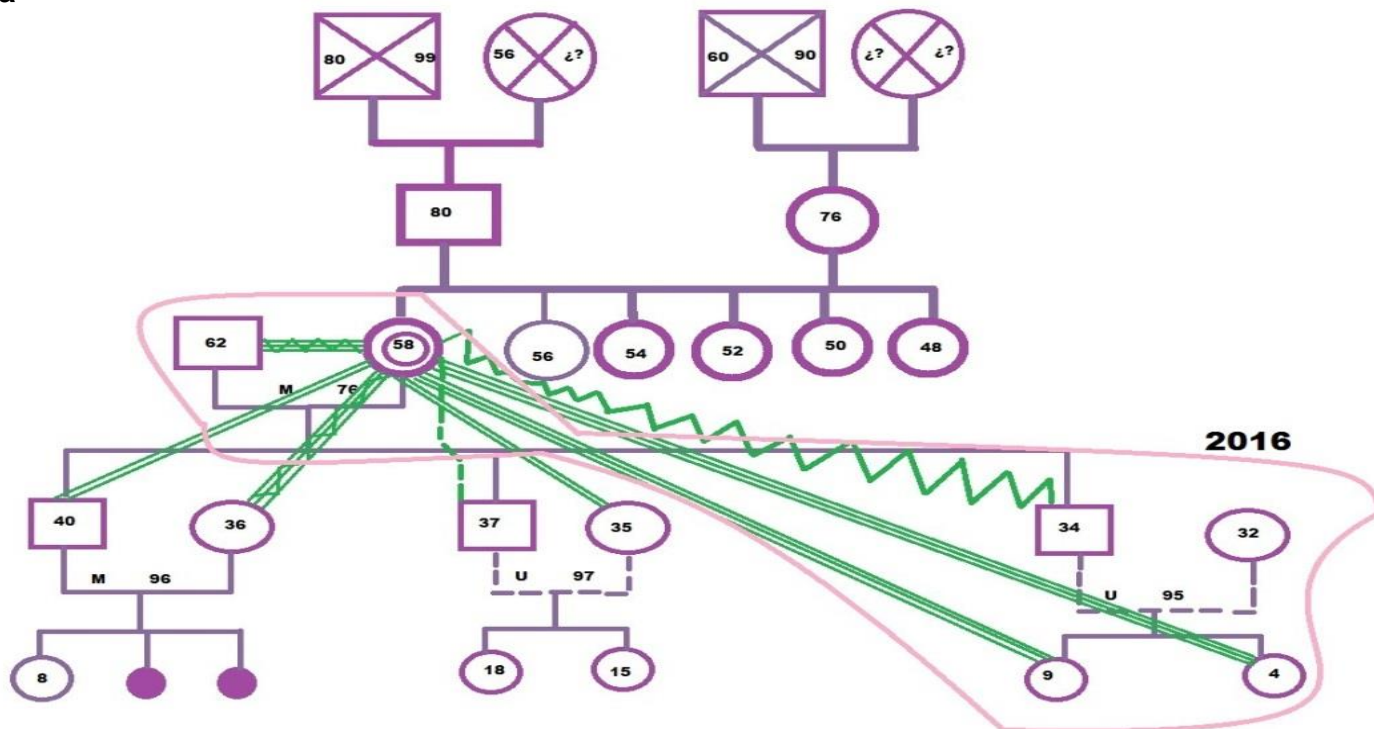
**FE DE ERRATAS**

Se hace constar que en el Documento presentado como Formato de Consentimiento Informado, se hace conocimiento de las Erratas en el quinto párrafo del mismo.

DICE	DEBE DECIR
La profesora de la asignatura de la especialidad en salud mental, Dra. Elia Jazmín Mora estará presente durante la entrevista.	“La profesora de la asignatura de la especialidad en salud mental, Dra. Elia Jazmín Mora podrá estar o no estar presente durante la entrevista”.

Anexo 3

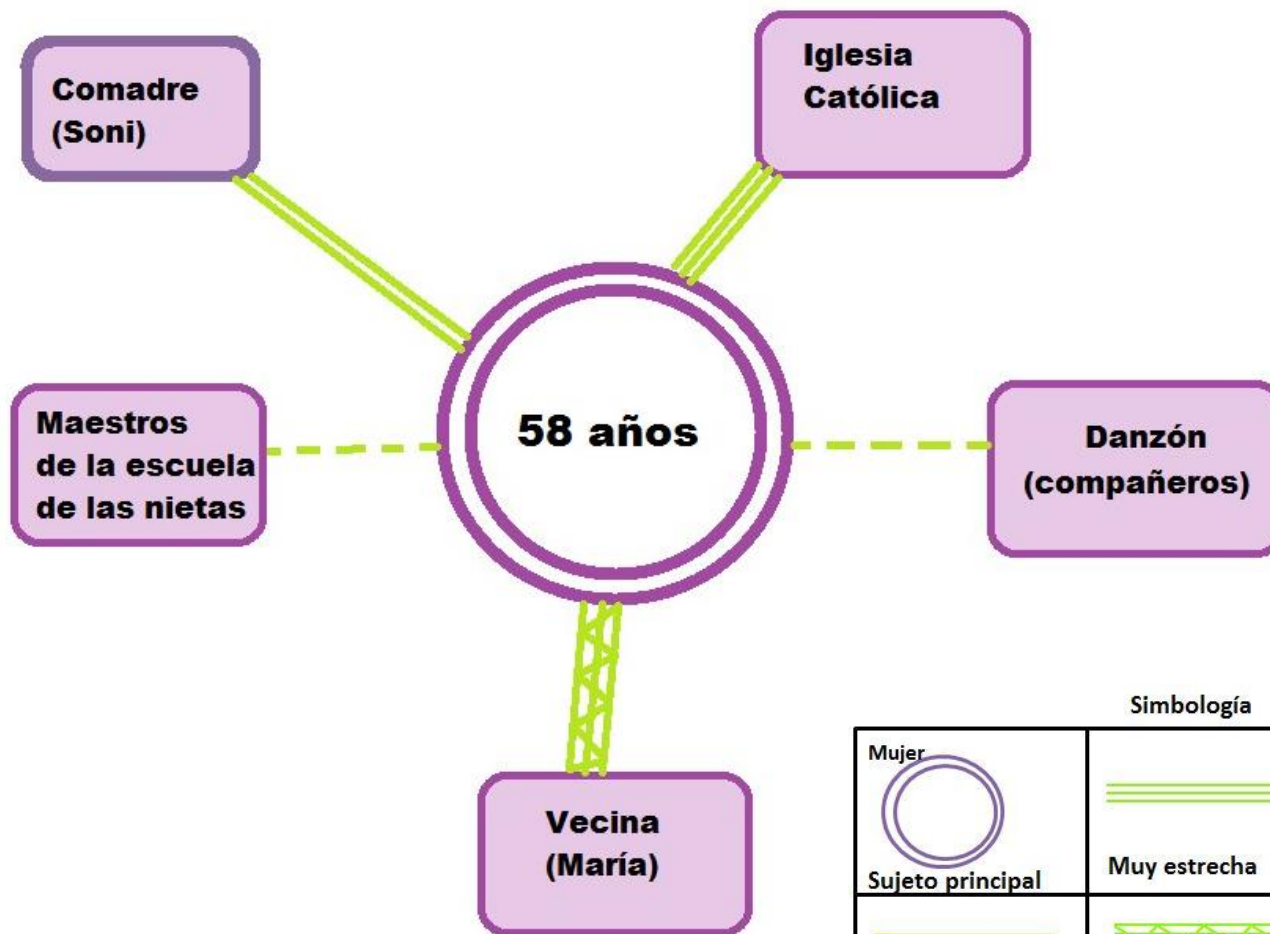
Familiograma



Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Sujeto principal	Unión libre	Cercana
				 Mujer		
Aborto espontaneo	Muy estrecha	Muy estrecha pero conflictiva	Distante	Conflictiva		

Anexo 4

Ecomapa



Simbología

Mujer  Sujeto principal	 Muy estrecha	 Distante
 Cercana	 Muy estrecha pero conflictiva	

## PROPUESTAS

Para una valoración más completa se pudieron utilizar las escalas de Rosenberg para valorar el nivel de autoestima en la paciente. También se pudo utilizar la escala de ansiedad y depresión Goldberg.

### Escala de Autoestima de Rosenberg

Éste test es una escala profesional utilizada en la práctica clínica para valorar el nivel de autoestima (Test de Rosenberg). La autoestima es la valoración que tenemos de nosotros mismos, de nuestra manera de ser, de quienes somos. Es la valoración que hacemos del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Instrucciones A continuación se muestra un test con 10 apartados. En cada pregunta ha de elegir una sola respuesta. Mientras realiza el test, ha de sumar los puntos que hay a la derecha de cada respuesta elegida. La suma final es el resultado que ha obtenido en el test y se corrige al final de la página. Intente responder el test de forma sincera, es a usted mismo a quien ayuda con su propia sinceridad.

#### COMIENZA EL TEST:

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

A.	Muy de acuerdo	7	Puntos
B.	De acuerdo	3	puntos
C.	En desacuerdo	2	puntos
D.	Muy en desacuerdo	1	punto

2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Soluciones al test

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

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

**Puntuación entre 30 y 40: Tu autoestima es buena, incluso excesiva.** Crees plenamente en ti y en tu trabajo; esto te da bastante fuerza. Sin embargo, ten cuidado, quererte excesivamente a ti mismo y poco a los demás puede resultar contraproducente, ya que puede conducirte a tener conflictos y ser rechazado. Recuerde que los resultados del test tienen un valor orientativo y no pueden reemplazar una valoración completa realizada por un psiquiatra o psicólogo en una entrevista clínica convencional. Si quiere tener una mayor certeza sobre el resultado, consúltenos por e-mail o acuda a su psiquiatra de referencia.

## ESCALA ANSIEDAD DEPRESIÓN/ ESCALA DE GOLDBERG

Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte  $\geq 6$ .

Instrucciones para el profesional: A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas”. No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

### COMIENZA EL TEST:

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

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

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Puntuación Total (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTUACIÓN TOTAL		
PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)		