



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA  
MEXICANA



DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ

INCORPORADA A LA UNAM

CLAVE 8715/12

TITULO:

**“PROCESO CUIDADO ENFERMERO EN EL PACIENTE GERIÁTRICO  
CON DEPRESIÓN”**

PRESENTA:

JAQUELINE ARACELI CERDA CRESPO

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TUTOR:

MEYAS CLARA ELENA INFANTE GRANJA

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



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA  
MEXICANA**



**DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ**

**INCORPORADA A LA UNAM**

**CLAVE 8715/12**

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

Los suscritos miembros del proceso de titulación de

**JAQUELINE ARACELI CERDA CRESPO**

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

**“Proceso Cuidado Enfermero en el Paciente Geriátrico con Depresión”**

En vista de los cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea sustentado en el Proceso Cuidado Enfermero de grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

MEYAS CLARA ELENA INFANTE GRANJA

Tutor

MIGUEL ÁNGEL PÉREZ LÓPEZ

Presidente

MEYAS CLARA ELENA INFANTE GRANJA

Secretario

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

Vocal

## DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Con mucho amor dedico este trabajo de tesis a cada uno de mis seres queridos que son un pilar en mi vida para seguir adelante.

Quienes han sido testigos del esfuerzo, el tiempo, dificultades y alegrías que han surgido con el paso del tiempo.

A mis Padres, Miguel Ángel Cerda y Araceli Crespo, por siempre a pesar de la distancia siempre darme su apoyo, por nunca dejarme sola y siempre brindarme sus consejos. Seguimos haciendo que todo el esfuerzo valga la pena. Por darme las bases para convertirme en lo que soy, confiar en lo que puedo hacer y hasta donde puedo llegar.

A mi Esposo Diego Islas, quien ha sido mi compañero toda la carrera, es mi orgullo y sabe cuan arduo ha sido todo el esfuerzo de años que ya vale la pena. Gracias por estar siempre para mí, apoyarme y levantarme siempre que te necesito, gracias por ser mi amigo y sacarme sonrisas. Te amo.

A mis hermanos Joseline y Martin, por haber sido de mis primeros pacientes, por siempre aplaudir mis logros por más pequeños que fueran. Siempre son mi inspiración para ser mejor.

A mis abuelos, Ma Narcisa y Pedro, por su paciencia, apoyo en todos los sentidos, siempre creer en mí desde el primer día. Gracias.

Gracias a todos.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Actualmente en México se señala que, dentro de los estudios de prevalencia disponibles, el 7.8 % se adjudica a episodios depresivos presentando evidencia indirecta de una probabilidad de padecer depresión en adultos mayores.

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales la depresión se define como aquel trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperación, la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constante, y que estos síntomas se presentan casi todos los días, durante más de dos semanas.

**OBJETIVO GENERAL:** Desarrollar un Proceso de Cuidados Enfermeros basado en un caso clínico de un paciente geriátrico con depresión para detectar las necesidades primordiales del caso y poder implementar cuidados que ayuden al afrontamiento y a la mejora de calidad de vida del paciente y su familia.

**METODOLOGÍA:** Implementar el Modelo de Sistema Conductual de Johnson en el Proceso Cuidado Enfermero desde el concepto del comportamiento. Valorar al paciente usando los Patrones Funcionales de Gordon para obtener datos objetivos y subjetivos.

**CONCLUSIÓN:** Al aplicar el método científico de actuación (Proceso Cuidado Enfermero) el profesional debe reconocer a la persona, la familia o grupo social, en su contexto y características individuales para realizar una valoración holística adecuada que le permita identificar sus necesidades afectadas, para ello crea un plan de cuidados que ayude a satisfacer esas necesidades.

Como profesionales de la salud el saber cómo abordar a los pacientes con depresión hace que tengamos resultados más óptimos en la aplicación de sus cuidados, haciendo que tengan una mejor salud en menor tiempo y dándoles una calidad de vida adecuada.

Palabras Clave: Depresión, NANDA, NIC, NOC, Plan de alta.

## CONTENIDO

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>II. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>8</b>
<b>III. OBJETIVOS</b>	<b>9</b>
3.1 Objetivo general	
3.2 Objetivos específicos	
<b>IV. MARCO TEÓRICO</b>	
4.1 Enfermería como profesión disciplinaria	<b>10</b>
4.2 El cuidado como objeto de estudio	<b>11</b>
4.3 Proceso de atención de enfermería	<b>11</b>
4.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PCE	<b>14</b>
4.5 Etapas del proceso cuidado enfermero	<b>17</b>
5.5.1 Valoración	<b>17</b>
4.5.2 Diagnóstico	<b>18</b>
4.5.3 Planeación	<b>18</b>
4.5.4 Implementación	<b>19</b>
4.5.5 Evaluación	<b>20</b>
4.5.6 Problemática de salud de la persona	<b>21</b>
4.5.7 Diagnóstico y tratamiento	<b>23</b>
<b>V. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO</b>	<b>27</b>
5.1 Antecedentes y Exploración Física	<b>28</b>
5.2 Valoración clínica del sujeto del cuidado (Patrones funcionales de M. Gordon)	<b>30</b>
5.3 Diagnóstico enfermero	<b>36</b>
5.4 Planificación (NOC, Indicadores de resultado)	
5.5 Ejecución (NIC)	
5.6 Evaluación	
<b>VI. PLAN DE ALTA</b>	<b>48</b>

**VII. CONCLUSIONES** \_\_\_\_\_ **50**

**VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**IX. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

**X ANEXOS**

## I. INTRODUCCIÓN

El cuidado de los pacientes por parte del personal de enfermería representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida. El cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona.

Desde marzo de 2020 vivimos una pandemia mundial por el SARS COV 2, en donde uno de los puntos críticos del COVID-19 es la probabilidad de generar consecuencias severas en los adultos mayores o personas con enfermedades crónicas principalmente en su salud mental. El aislamiento social, el miedo al contagio y el fallecimiento de familiares se ven agravados por la angustia que causa la pérdida de ingresos, y a menudo, de empleos. El envejecimiento trae consigo vulnerabilidad psicológica, social y ambiental que los hace más propensos a desarrollar un estado de depresión en estos tiempos.

*Gutiérrez, L. (2020)*

Actualmente en México se señala que, dentro de los estudios de prevalencia disponibles, el 7.8 % se adjudica a episodios depresivos presentando evidencia indirecta de una probabilidad de padecer depresión en adultos mayores.

*Alonso, S (2012)*

De acuerdo al DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales) la depresión se define como aquel trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperación, la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constante, y que estos síntomas se presentan casi todos los días, durante más de dos semanas.

*Lane, R (2018)*

En el presente documento, "Proceso Cuidado Enfermero en el Paciente Geriátrico con Depresión", se presenta a las autoridades correspondientes del Centro Universitario de la Salud de Cruz Roja Mexicana y de la Universidad Autónoma de México un caso clínico, con una valoración de enfermería basada en el Modelo Conductual de Johnson y el Modelo por Patrones Funcionales de M. Gordon. Además, se encuentran Diagnósticos de Enfermería



considerados de NANDA, Resultados estandarizados considerados de NOC, e Intervenciones de Enfermería considerados de NIC fundamentadas para el respectivo caso.

## **II. JUSTIFICACIÓN**

La depresión es probablemente el ejemplo de presentación inespecífica y atípica de enfermedad en la población geriátrica. Los síntomas y signos pueden resultar de una variedad de enfermedades físicas tratables, y, de este modo, frecuentemente la depresión y las enfermedades físicas coexisten y se exacerban en estos pacientes. Afecta a la incapacidad y dependencia, siendo a su vez la incapacidad un claro factor de riesgo para la propia depresión, sin olvidar que no es inevitable el declive funcional en el curso de esta patología y su reversibilidad.

La depresión disminuye de forma sustancial la calidad de vida del anciano y puede abocar en discapacidad. Parece claro que un deterioro en la salud abogue hacia un ánimo deprimido, pero no se admite tanto que los síntomas depresivos complican el tratamiento de las enfermedades físicas y aumentan el riesgo de presentar nuevas enfermedades.

La finalidad del siguiente documento es crear un proceso de cuidados enfermeros que ayude a otros profesionales como referencia para otros casos, dejando intervenciones fundamentadas para mejorar la calidad de vida de las personas geriátricas, cambiando de forma positiva sus estilos de vida y los de sus familias. Además de crear conciencia sobre la importancia de la salud mental de los adultos mayores.

Considero que en ocasiones como profesionales de la Salud nos enfocamos principalmente en atender las necesidades de los pacientes en cuanto a salud y enfermedad, es de suma importancia considerar las conductas del paciente en la evolución de su proceso, y tomar como fundamental la salud mental de nuestros pacientes.

Los adultos mayores pasan por cambios constantes frecuentes en su vida, el realizar un proceso de cuidados enfermeros que tenga una valoración exhaustiva sobre sus formas de adaptación a estos cambios hacen la diferencia al implementar un plan de cuidados.

### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Desarrollar un Proceso de Cuidados Enfermeros basado en un caso clínico de un paciente geriátrico con depresión para detectar las necesidades primordiales del caso y poder implementar cuidados que ayuden al afrontamiento y a la mejora de calidad de vida del paciente y su familia.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Indagar sobre la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la depresión, así como su atención en el nivel primario.
- Implementar el Modelo de Sistema Conductual de Johnson en el Proceso Cuidado Enfermero desde el concepto del comportamiento.
- Valorar al paciente usando los Patrones Funcionales de Gordon para obtener datos objetivos y subjetivos.
- Crear un Plan de Alta de Enfermería que se pueda implementar en la vida diaria del paciente y mejore su estilo de vida.

## **IV. MARCO TEÓRICO**

### **4.1 Enfermería como Profesión Disciplinaria**

Las teorías y filosofías de la ciencia son la base del conocimiento específico de la disciplina. Son las bases filosóficas, los valores y la visión del mundo los que trascienden a los eventos específicos, y buscan proporcionar explicaciones universales que puedan reflejar los fundamentos ético-filosóficos y los valores para todo el campo de estudio.

El reconocimiento de Enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una directa relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que le fundamenta.

*Cabal (2016)*

La Enfermería es la disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de los otros, fundamentada por el conocimiento empírico propio y Fundamentos en los procesos básicos de los cuidados de enfermería y de otras disciplinas relacionadas, así como por el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia asistencial y los valores y expectativas personales y sociales. Desde Nightingale, la Enfermería fue una ciencia y arte, como ciencia se apoyó en sus pensamientos y observaciones, análisis lógico, estadístico y validación de datos, que mostró la utilización del método inductivo que le permitió desarrollar un conjunto de leyes denominadas leyes de la vida. La ciencia de la Enfermería como disciplina está referida a la enseñanza como campo de estudio, es aquí donde se articula la relación ciencia- disciplina; como el conocimiento desarrollado, para la enseñanza en el campo del saber de Enfermería (cuáles son sus preocupaciones, la naturaleza de los fenómenos que se dan, como se relacionan, cuáles y como se definen sus paradigmas, sus campos de actuación). Las disciplinas profesionales tienen por objetivo desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica. El surgimiento de la ciencia de Enfermería como disciplina, profesional, autónoma, distintiva, valorada por la sociedad, confronta las demandas de la profesión y la sociedad para que la Enfermería asuma toda la responsabilidad de las decisiones, acciones y consecuencias. La actuación de la enfermera en su profesión-práctica, la expone a

aspectos legales, que ella podrá resolver, en tanto que posee principios y fundamento científico, disciplinar y ético.

*González, M.G., Monroy, A. (2016)*

## **4.2 El cuidado como objeto de estudio**

Al aplicar el método científico de actuación (Proceso Cuidado Enfermero) el profesional debe reconocer a la persona, la familia o grupo social, en su contexto y características individuales para realizar una valoración holística adecuada que le permita identificar sus necesidades afectadas, para ello crea un plan de cuidados que ayude a satisfacer esas necesidades. Estas deben estar dirigidas a mantener y preservar la integridad física, sus creencias y valores personales.

*León, C. (2006)*

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud. La revisión acerca del cuidado de enfermería nos lleva a la reflexión de que el profesional de enfermería necesita una reforma humanista que le permita formarse un correcto y elaborado juicio de lo que significa cuidar al paciente y centrar su función, en la atención y apoyo, para que de esta manera se puedan brindar servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios.

*Juárez., García (2009)*

## **4.3 Proceso de atención de enfermería**

El proceso de enfermería es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería su finalidad es reconocer el estado de salud de un cliente y los problemas o las necesidades reales o potenciales del mismo;

organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas, y llevando a cabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades. El proceso de enfermería es cíclico.

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera(o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios; lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados, por tal motivo, se compara con las etapas del método de solución de orden lógico, y que conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado); que es más que la suma de sus partes, y que no se debe fraccionar.

Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera(o).

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre. Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es interactivo por requerir de la interrelación humano-humano con el(los)usuario(s) para acordar y lograr objetivos comunes.

*Secretaría de Salud (2016)*

## **Evolución histórica del proceso enfermero**

Hoy en día el proceso de enfermería ha evolucionado a una tercera generación como resultado de que la comunidad científica de esta área ha adoptado un cambio en la misma metodología por la que se guía. Su desarrollo en cinco etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) se sustenta con la mejor evidencia científica, actualmente se considera como tal a las taxonomías de enfermería de la *North American Nursing Diagnosis Association International*, la *NursingOutcomesClassification* y la *NursingInterventionsClassification*, las cuales se han convertido en lenguajes propios de la disciplina reconocidos internacionalmente, es innegable el hecho de que todos los profesionales que incursionan en el PCE de tercera generación brindan cuidados

innovadores a la salud de otras personas, de forma activa y explícita, formulan juicios clínicos, deliberan cómo obtener los mejores resultados y los cuidados específicos para alcanzar cada uno de estos, todo ello con base en taxonomías para la estandarización del cuidado, implementarlo sin duda alguna impone la innegable capacidad de aplicar y desarrollar habilidades críticas, metacognoscitivas y de pensamiento crítico, en esta dirección, es conveniente señalar que comienza a permear su aplicación en las instituciones de salud y educativas en México, como estrategia para medir los resultados en los pacientes influenciados por el cuidado de enfermería.

González, M.G., Monroy, A. (2016)

Enseguida se la evolución a través de los años del proceso cuidado enfermero mencionando las fechas más relevantes.

- 1950: Se propone a los profesionales de enfermería, un método para la toma de decisiones; EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE).
- 1955: HALL, menciona por primera vez la necesidad de un proceso sistemático que permita a la enfermera tomar decisiones.
- 1955, VIRGINIA HENDERSON: Identificó 14 necesidades básicas, entre las que se incluyen, además de las fisiológicas, necesidades psicológicas y sociales.
- 1958, DOROTHEA OREM escribió: “la enfermería es un servicio humano cuyo aspecto esencial es atender a la necesidad personal de realizar actividades de autocuidado de forma continua para el mantenimiento de la salud o la recuperación tras la enfermedad o la lesión”.
- 1960: DOROTHY JOHNSON, IDA JEAN ORLANDO Y ERNESTINE WIEDENBACH: describen un proceso trifásico: análisis, síntesis y ejecución.
- 1964, HILDEGARD PEPLAU planteaba que lo realmente profesional en la enfermería era la relación enfermero-paciente en el aspecto psicodinámico de los cuidados.
- 1967: HELEN YURA y MARY WALSH: Publicaron el primer texto que describía el proceso en 4 partes: valoración, planificación, ejecución y evaluación.
- 1970: BLOCH, ROY y otras, incluyeron la fase de diagnóstico. Dando lugar al actual proceso de 5 fases.
- 1973: AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA), consideró al proceso enfermero, como un estándar de calidad.

- 1980: ANA, definió la profesión como: “la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales y potenciales”

Actualmente en México, de acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud, hasta 2017 estaban registrados más de 300 mil enfermeras y enfermeros en el país, de los cuales las mujeres sobresalen al representar el 85 por ciento de los recursos humanos en esta profesión. La Encuesta sobre la Percepción Pública de la Ciencia y la Tecnología (ENPECYT) 2017, publicada en el portal del INEGI, reporta que la enfermería es considerada por la población como una de las profesiones más respetables, después de los bomberos y los inventores, en ese orden.

### **Comisión Permanente de Enfermería**

Es un cuerpo colegiado asesor de la Secretaría de Salud, que tiene por objeto conducir y analizar las acciones y actividades que se emprendan en materia de enfermería en México, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios de atención a la salud, desarrollo y superación del personal de enfermería, y es quien está reglamentando el uso del Proceso de Cuidado Enfermero.

#### **4.4 Modelo Teórico Utilizado:**

##### **Modelo de Sistema Conductual: Dorothy E. Johnson.**

Dorothy Johnson nació el 21 de agosto de 1919. Se graduó en Artes en la Armstrong Junior College, en Savannah, Georgia, a los 19 años. Se recibe como enfermera titulada a los 23 años en la Universidad de Vanderbilt de Nashville. En 1948, recibió su Maestría en Salud Pública de la Universidad de Harvard en Boston, Massachusetts.

Johnson publicó su Modelo de Sistemas Conductuales en 1980. Basó su modelo en la idea de Florence Nightingale acerca de que la enfermería está designada a ayudar a las personas a prevenir o recuperarse de una enfermedad o una lesión.

La teoría del Sistema Conductual de Dorothy Johnson se refiere a una meta paradigma ya que estudia un conjunto de teorías; persona, salud, cuidado y entorno.

El modelo de Johnson considera a la persona como un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados. El hombre como sistema

conductual trata de alcanzar un equilibrio a través de ajustes y adaptaciones que consigue hasta cierto punto, para actuar de forma eficaz y eficiente. Cada subsistema conductual tiene requisitos estructurales y funcionales.

## **Subsistemas**

Los subsistemas según Johnson son siete:

·**De dependencia:** promueve una conducta de colaboración que exige una respuesta recíproca, sus consecuencias son la aprobación, la atención o reconocimiento y la asistencia física. La conducta dependiente evoluciona desde un grado total de dependencia de los demás hasta un mayor grado de dependencia de uno mismo.

·**De ingestión:** tiene que ver con cómo, cuándo, qué y cuánto y en qué condiciones nos alimentamos; cumple así la amplia función de satisfacer el apetito. Se encuentra estrechamente relacionado con factores ecológicos, sociales además de biológicos.

·**De eliminación:** se relaciona con cuando, como y en qué condiciones se produce la eliminación, en los aspectos biológicos de este subsistema influyen factores sociales y fisiológicos hasta el punto que pueden entrar en conflicto con él.

· **Sexual:** obedece a la doble función de procreación y de satisfacción, incluye el cortejo y el emparejamiento y del mismo modo contempla un amplio espectro de conductas asociadas con el papel sexual.

·**De agresividad:** consiste en proteger y conservar, y proviene de una intención primaria de dañar a los demás. La sociedad demanda límites en los modos de autoprotección y pide que se respete y proteja tanto a las personas como a su propiedad.

·**De realización:** su función consiste en controlar o dominar un aspecto propio del mundo circundante hasta alcanzar un cierto grado de superación. Se relacionan estrechamente las cualidades intelectuales, físicas, mecánicas y sociales.

·**De afiliación:** proporciona supervivencia y seguridad. Sus consecuencias son inclusión, intimidad y formación y mantenimiento sociales de un enlace social fuerte.

Según el modelo, los conceptos del meta paradigma son los siguientes:



Persona: es un sistema abierto, interrelacionado; se esfuerza constantemente en mantener una situación estable mediante la adaptación al entorno.

Entorno: hace referencia a un entorno externo e interno de la persona.

Salud: es un estado dinámico y difícil de conseguir, influido por factores biológicos, psicológicos y sociales. Se define como el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona.

Cuidado: es una fuerza de regulación externa (en este caso el/la enfermera/o), con el fin de mantener o restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema. Conductual.

*Ventura, H; Johnson Dorothy. (2011)*

### **Patrones Funcionales: Marjory Gordon**

Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, nivel de cuidados o la patología.

De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales. Se deben evitar las connotaciones morales (bueno- malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado de patrón.

Los 11 patrones son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, no deben ser entendidos de forma aislada; la interrelación que se da entre ellos es lógica, las personas somos un TODO sin compartimentar, todo influye en todo (el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, las creencias...). Algunos patrones comparten información y ciertos datos pueden estar presentes en más de un patrón, no siendo necesario registrarlos de forma repetida.

*Gordon M. (1996)*

## **Enfoque de caso**

Este modelo teórico se presta a estudiar al paciente desde el concepto del comportamiento, haciendo uso de subsistemas en donde podemos tener diferentes características observables, así como analizar las elecciones del paciente.

Considero que esta teoría busca que la enfermera cubra las necesidades del paciente, disminuya el estrés y promueva un equilibrio en distintos aspectos de vida.

Es importante el estado de salud del paciente, así como la evolución que tiene en su enfermedad, pero este modelo nos aterriza en que van de la mano la conducta del paciente a los diferentes cambios en su comportamiento y el cuidado de enfermería, creando una guía para atender de la manera más oportuna.

En el paciente geriátrico debemos considerar todos los cambios que ocurren físicamente, socialmente y mentalmente, es importante que entendamos como profesionales de enfermería que son pacientes que poco a poco empiezan a perder autonomía y requieren cuidados dependientes, esto en ocasiones es difícil de aceptar, por lo cual debemos estar al pendiente de sus necesidades y hacer un equilibrio con lo que quiere el paciente, escucharlo, y observar cómo se va adaptando a cada nuevo cambio en su vida.

Los patrones Funcionales son los indicados para hacer una valoración ya que tanto obtenemos datos que nos brinda el paciente como se toma en cuenta información que observamos en la misma, en este caso se usa un enfoque en el que podemos dar un alcance a todas las necesidades del paciente y así brindar un plan de cuidados holístico, e incluso mejorar su calidad de vida y el de su familia.

## **4.5 Etapas del proceso cuidado enfermero**

### **4.5.1 Valoración**

La evaluación del paciente consiste en la recogida de los datos subjetivos y objetivos, así como un análisis de la información histórica proporcionada por el paciente / familia. Las enfermeras también recogen datos sobre los elementos positivos del paciente / familia para identificar las oportunidades de promoción de la salud y riesgos para la prevención o el aplazamiento de problemas potenciales.

Actividades:

- Crear la base de datos
- Obtener la historia de salud.
- Realizar la exploración física.
- Revisar otros datos clínicos.
- Revisar bibliografía.
- Consultar los allegados del cliente.
- Consultar con otros profesionales del equipo.
- Actualizar los datos si es preciso.
- Ordenar los datos.
- Verificar los datos.
- Comunicar/ registrar datos.

#### **4.5.2 Diagnostico**

Un diagnóstico de enfermería es un ensayo clínico en una respuesta humana a las condiciones de salud / procesos de la vida, o la vulnerabilidad ante tal respuesta de un individuo, una familia, un grupo o una comunidad (NANDA-I, 2013). El diagnóstico de enfermería por lo general consta de dos partes: (1) descriptor o modificador y (2) el diagnóstico de enfoque o concepto clave del diagnóstico. Hay algunas excepciones en las que un diagnóstico de enfermería es sólo una palabra.

Actividades:

- Interpretar y analizar los datos:
- Comparar los datos con los estándares.
- Reunir o agrupar los datos.(formular hipótesis provisionales)
- Detectar las lagunas e inconsistencias. Averiguar las capacidades, riesgos y problemas del cliente. Formular los diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración.

#### **4.5.3 Planeación**

Una vez que se identifican el diagnóstico, se debe dar prioridad diagnósticos seleccionados para determinar cuáles son las prioridades de atención. alta prioridad diagnósticos de

enfermería necesitan ser identificados, para que la atención puede ser dirigida a la solución de estos problemas o reducir la gravedad o riesgo de aparición (en el caso de diagnósticos de riesgo). Los diagnósticos de enfermería se utilizan para identificar los resultados deseados de la atención y planificar la secuencia de las intervenciones específicas de enfermería.

Actividades:

- Establecer las prioridades y los objetivos en colaboración con el cliente.
- Redactar los criterios sobre los objetivos/ resultados.
- Seleccionar las estrategias/ intervenciones enfermeras.
- Consultar con otros profesionales sanitarios.
- Redactar las ordenes y el plan de cuidados.
- Transmitir el plan de cuidado a los profesionales del equipo encargados de llevarlo a cabo.

#### **4.5.4 Implementación**

Define una intervención como "cualquier tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que una enfermera realiza para mejorar los resultados del paciente / cliente" (CNC, sd). la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una taxonomía de intervenciones que las enfermeras pueden utilizar en diversos lugares de servicio. Usando el conocimiento de enfermería, profesionales realizan intervenciones tanto independientes como interdisciplinario. intervenciones interdisciplinarias se superponen a la atención proporcionada por otros profesionales de la salud.

Actividades:

- Valorar de nuevo al cliente para actualizar la base de datos.
- Realizar o delegar las intervenciones planificadas.
- Informar sobre las actividades realizadas.
- Registrar los cuidados y las respuestas del cliente a los mismos.
- Informar verbalmente.

### 4.5.5 Evaluación

Los profesionales se mueven entre la evaluación y el diagnóstico del paciente, por ejemplo, cuando los datos adicionales se recogen y se agrupan en patrones significativos, y que se evalúa la precisión del diagnóstico.

Del mismo modo, la efectividad de las intervenciones y la escala de los resultados identificados están continuamente re-evaluado como el paciente tiene una condición investigado. En última instancia, debe haber una reevaluación continua en cada paso del proceso de enfermería, y puesto en práctica tan pronto como el plan de atención. Las diversas cuestiones que deben tenerse en cuenta son: "¿Qué datos no reconocía? ¿Estoy haciendo un juicio inapropiado? ¿Qué tan seguro estoy en relación con este diagnóstico? Los resultados se exponen apropiada para el paciente, en este lugar de servicio, teniendo en cuenta la realidad de su condición y de los recursos disponibles.

Actividades:

- Colaborar con el cliente y recoger los datos sobre los resultados esperados.
- Valorar si se han obtenido los objetivos/ resultados.
- Relacionar las actuaciones enfermeras con los resultados del cliente.
- Tomar decisiones según el estado de los problemas.
- Revisar y modificar el plan de cuidados si está indicado finalizar los cuidados de enfermería

*NANDA (2018)*

## **4.5.6 PROBLEMÁTICA DE SALUD**

### **Depresión**

Es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad.

### **Clasificación**

- Trastorno depresivo mayor
- Distimia
- Depresión bipolar
- Ciclotimia

### **Epidemiología**

La depresión es un trastorno mental frecuente. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo. Alrededor del 15% de los adultos de más de 60 años del mundo sufren algún trastorno mental, y depresión y demencia son los dos más comunes.

En el estudio en Latinoamérica SABE, la prevalencia encontrada varía de 16.5 a 30.1% en mujeres, mientras en hombres es menor de 11.8 a 19.6%.

Se han encontrados mayores casos de Depresión del tipo subsindromática y en menor frecuencia casos de Depresión mayor.

En el caso de México, hasta el 2005, la prevalencia fue de 5.8% en las mujeres, y 2.5% en los hombres, incrementándose con la edad. Sin embargo otros estudios reportan que este es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, esto es en un 15 a 20%, en la población ambulatoria, incrementándose hasta en 25 a 40% en la hospitalizada; y la incidencia de casos nuevos por años es de aproximadamente 15%.

Pese a la prevalencia, se estima que solo un 10% de los ancianos que padecen depresión reciben un tratamiento adecuado.

## **Factores de Riesgo**

Factores Socioculturales: Genero (prevalencia en mujeres 1.5 a 2 veces mayor que en hombres) edad, nivel socioeconómico (jubilación, pérdida de estatus), trato sociocultural (falta de oportunidades para ser productivo), sociedades industrializadas (estrés, violencia, confinamiento y aislamiento).

Factores Psicológicos: Tipo de personalidad (rasgos dominantes, obsesivos, narcisistas).

Factores Biológicos: Trastornos del humor, otras patologías (dolor crónico, neoplasias, enfermedades neurodegenerativas, enfermedades cardiovasculares).

## **Fisiopatología**

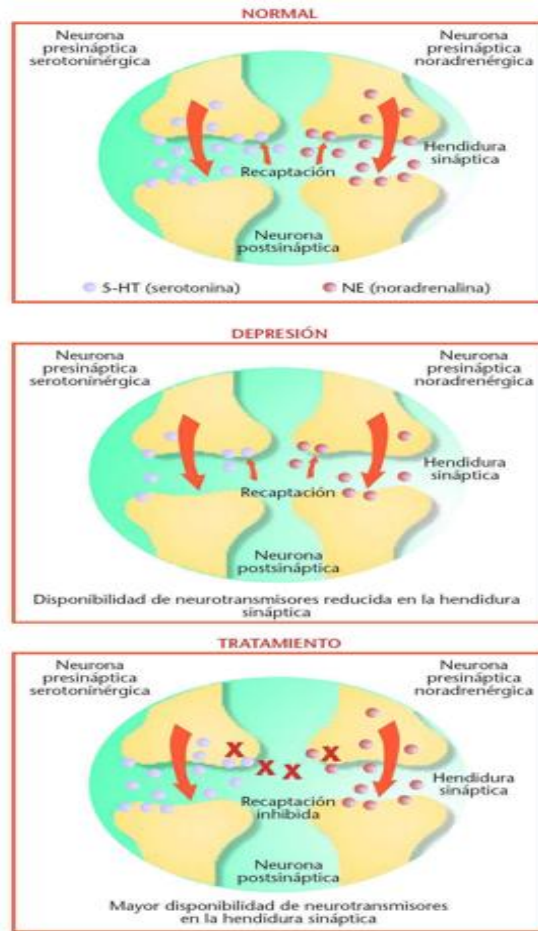
Se genera debido a cambios cerebrales propios de la vejez: menor población neuronal en regiones prefrontales y temporal medial, disminución de la síntesis de neurotransmisores y sus receptores.

En la neurotransmisión serotoninérgica se ve disminuida en la unión de 5-HT (5-hidroxitriptamina) en edades avanzadas.

La pérdida importante del volumen del hipocampo está relacionada con la duración de los episodios de depresión.

Existen 5 principales causas a nivel neurológico que causan la depresión:

- Déficit de producción suficiente de Neurotransmisores (serotonina, etc) por falta de aminoácidos.
- El neurotransmisor sale de la neurona presináptica y es recaptado por esta misma neurona. (RECAPTACIÓN)
- Existe una enzima fagocitaria de neurotransmisores: MAO (Monoaminoxidasa) que se encarga de destruir los neurotransmisores antes de la sinapsis.
- Los receptores sensibles de la neurona posináptica, al presentarse pocos neurotransmisores se cierran antes de pasar.
- Tipo de gen transportador.



## Cuadro Clínico

General: Fatiga general, debilidad, anorexia, pérdida de peso, ansiedad, insomnio y apatía.

Cardiopulmonar: Dolor de pecho, dificultad para respirar, palpitaciones y mareo

Gastrointestinal: dolor abdominal, estreñimiento, diarrea, náusea y anorexia.

Genitourinario: Frecuencia, urgencia, incontinencia, dolor/malestar asociado con el prolapso

Musculoesquelético: dolor difuso, dolor de espalda, deterioro funcional

Neurológicos: dolores de cabeza perturbación de la memoria mareo y parestesias

### 5.5.7 Diagnostico

Para realizar el diagnóstico de depresión en el adulto mayor, se propone efectuar dos preguntas.

- ¿Durante el mes pasado, se ha sentido deprimido o sin esperanza?



- ¿Durante el mes pasado, se ha sentido con poco interés o placer en hacer sus cosas?

Ambas preguntas tuvieron una sensibilidad del 97 % y una especificidad del 67 %, por lo que se consideran muy útiles como preguntas claves de escrutinio para hacer diagnóstico de depresión. Este es un estudio de cohorte efectuado en atención primaria. Ha sido validado y comparado con la escala de Yesavage de 30 reactivos [Geriatric Depression Scale (GDS)].

-Cuestionarios:

- Patient Health Questionnaire (PHQ-2)
- Escala de depresión geriátrica
- Inventario de depresión de Beck
- Escala de depresión de Zung Self-Rating
- Cuestionario de Salud del paciente (PQH-9)
- Escala de Cornell para la depresión en la demencia
- Cuestionario de la depresión afásica por isquemia
- Escala Visual analógica
- Yale, herramienta de detección de un solo artículo

-Historia Clínica / Semiología

-Examen Físico

-Hemograma completo

-Velocidad de sedimentación globular

-Electrolitos séricos, glucosa y calcio

-Pruebas de función renal

-Pruebas de función tiroidea

-Calcio y Vitamina D

-Suero B12

-Folato

-Serología de sífilis

-Análisis de orina

## **Tratamiento**

Psicoterapia: Una terapia activa limitan el tiempo que tiene como objetivo cambiar el pensamiento y comportamiento de los individuos que influyen en su depresión es más eficaz en comparación con otros tratamientos.

Medicamentos: Antidepresivos tricíclicos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, inhibidores de la monoaminoxidasa pueden tratar eficazmente la depresión.

Se recomienda iniciar el tratamiento con un inhibidor selectivo de recaptura de serotonina (ISRS).

Se sugiere que el antidepresivo de primera elección en casos de pacientes con otras patologías no psiquiátricas y con uso de varios fármacos sea sertralina o citalopram.

El tratamiento en la fase inicial debe ser encaminado a inducir la remisión del episodio depresivo mayor y llevar al paciente a un completo nivel de funcionalidad basal, para ello es importante la colaboración interdisciplinaria en el primer nivel de atención (Médico, enfermera, psicología, trabajo social).

Se debe de conocer las características y el perfil farmacológico de los distintos medicamentos antidepresivos, así mismo se recomienda iniciar con la mitad de la dosis mínimarecomendada durante una o dos semanas y de acuerdo con la respuesta y presencia de efectos secundarios, incrementar gradualmente hasta alcanzar la dosis óptima, las siguientes dosis se recomiendan al inicio del tratamiento en el adulto mayor.

- Paroxetina 10mg cada 24hrs.
- Sertralina 25mg cada 24 horas
- Fluoxetina 20mg cada 24hrs (su presentación es en cápsula y no permite disminuir la dosis).
- Venlafaxina 75mg cada 24 horas. (DEPRESIÓN MAYOR)
- Citalopram 10mg cada 24 horas.

En el paciente frágil se recomienda disminuir al 25% de la dosis habitual por el potencial de riesgo de efectos adversos y de preferencia utilizar por la mañana, (solo en un porcentaje mínimo de pacientes provocan somnolencia y se recomendarían en la noche).

Se requieren al menos 2 a 6 semanas de terapia para obtener una respuesta clínica con cualquier fármaco antidepresivo. La recuperación de un episodio depresivo usualmente toma 6 a 12 meses, por lo que la terapia debe ser continuada mínimo por un año después del primer episodio de depresión, al menos dos años después del segundo episodio y tres a cinco años después del tercero. La recurrencia de la depresión después de los primeros tres episodios de depresión mayor es de 50, 70 y 90% respectivamente. Los pacientes deben ser vigilados cada mes durante los primeros 6 a 12 meses después de la remisión, luego cada 3 meses después del año de remisión.

Terapia hormonal: Uso de estrógeno en mujeres dado como parche crema inyección implante o supositorio, efectiva son las mujeres después de una histerectomía. Uso de testosterona en hombres por vía oral por inyección como parches cutáneos o como un gel. Un grupo de estudio único mostró disminución de la depresión entre un pequeño grupo de hombres mayores.

Ejercicio: Se ha demostrado una amplia variedad de intervenciones con ejercicios disminuyen la depresión entre los adultos mayores.

ECT (Terapia Electroconvulsiva): Implica una breve corriente eléctrica al cerebro para producir una convulsión cerebral. ECT fue mejor que el placebo.

Medicina complementaria y alternativa (CAM): Además de las intervenciones integradoras se suman al tratamiento convencional establecido de la depresión y pueden ser consideradas al formular un plan de tratamiento.

## **V. RESUMEN DE CASO CLÍNICO**

Paciente masculino de 81 años, actualmente vive en San Luis Potosí en la zona centro en compañía únicamente de su esposa. Tiene 8 hijos.

Refiere diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II e hipertensión arterial con un tratamiento controlado.

Última intervención en 2020 por colocación de prótesis de rodilla derecha, se sigue recuperando hasta el día de hoy.

Desde hace 1 año y medio fue diagnosticado con depresión, no ha aceptado el acudir a sus citas con el psicólogo para determinar un tratamiento. Los síntomas han afectado su calidad de vida en conjunto con la situación de la pandemia.

Últimamente las principales afecciones las refleja teniendo insomnio, aislamiento social pérdida total de interés por hacer actividades que hacía en el pasado, pérdida de apetito, episodios de llanto ocasional.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ P. C. J \_\_\_\_\_ EDAD: 81 SEXO: M  
FECHA DE NACIMIENTO: 23/09/1939 FECHA: 29/07/2021 HORA: 2:30 pm

## 5.1 ANTECEDENTES

El paciente refiere Diagnostico de Diabetes Mellitus tipo II desde hace 25 años con tratamiento de metformina, 1 en la mañana, hipertensión arterial de 12 años con un tratamiento de enalapril,1 en la mañana. Además, se mantiene controlado con atrovastatina, senosidos, complejo b, y en ocasiones para el dolor de pierna toma sulindaco.

Tuvo una apendicetomía de hace 30 años.

En 2017 se le coloca una prótesis total de rodilla izquierda en HGZ c/ MF n° 2, sin complicaciones. En 2020 se interviene nuevamente a la colocación de prótesis de rodilla derecha en la misma institución, esta vez quedándose más tiempo en observación debido a una anemia.

Comenta tener antecedentes de infecciones de vías urinarias recurrentes, y padecer en 2 ocasiones de cálculos renales que han necesitado de atención hospitalaria.

Actualmente solo vive con su esposa. Tiene 8 hijos. Desde hace 1 año y medio fue diagnosticado con depresión, no ha acudido a sus citas con el psicólogo para determinar un tratamiento.

## EXPLORACIÓN

### APRECIACIÓN GENERAL

- Paciente masculino consiente, alerta, orientado en tiempo lugar y espacio. Refleja una edad cronológica a la real, facie con buena coloración en tegumentos.

A la valoración el paciente se encuentra en una postura relajada y sentado, refleja cansancio. No hay presencia de movimientos anormales.

### SIGNOS VITALES

-Frecuencia cardiaca: 67 x´

-Frecuencia respiratoria: 22 x´

-Tensión arterial: 125/70 mm hg

-Temperatura: 36:2°

-Oximetria de pulso: 97 %

-Glucosa: 117 mg/dl (preprandial)

Piel de tés clara- aperlada, con turgencia normal elástica, refleja arrugas y manchas de la edad. A la palpación no refleja una alteración de la temperatura, ligera presencia de sudor en zona de la frente y nariz. Tiene una pequeña cicatriz antigua de aparentemente 1.5 cm en ceja derecha.

Cabello totalmente en tono cano, de cantidad media debido a reciente corte. Apariencia saludable y limpio.

Extremidades superiores integras, falanges completas, piel clara con presencia de arrugas y manchas violáceas, comenta no utiliza bloqueador solar. No presenta problemas para realizar movimientos alternativos ni rítmicos con ambas extremidades, así como se realiza de manera adecuada prueba de precisión.

Extremidades Inferiores integras, piel con vello abundante a la vista, delgado, con un tono de piel claro. Buen tono muscular, movilidad normal de normoflexia con movilidad adecuada, presenta problemas en cadera, tobillo al momento de realizar flexiones.

Reflejos normales a la estimulación. Contracción muscular adecuada.

## **5.2 VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES**

### **PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD**

Paciente masculino de 81 años de edad, refiere le importa y acepta su estado de salud. Últimamente la carne de puerco le genera alergias. Actualmente se mantiene bajo tratamiento de enalapril y metformina. Además, consume complejo b, y en ocasiones sulindaco para el dolor de su pierna. No bebe alcohol desde hace 25 años. Tabaquismo desde los 13 años, actualmente fuma de 2 a 3 cigarros al día.

Hace año y medio se le diagnostico con Depresión por parte de su médico general, el cual le solicito valoraciones para determinar un tratamiento específico. Muestra poco conocimiento sobre el tema, no ha acudido a su cita con el psicólogo como se le indico.

Muestra una higiene aparentemente buena. Facies de cansancio.

Refiere tener interés por cambiar su estilo de vida, y preocupación por mejorar su estado actual.

### **NUTRICIONAL – METABÓLICO**

-PESO: 75.500 Kg    -TALLA: 1.60mts    -IMC: 29.49 kg/m<sup>2</sup>    - CINTURA: 110cm

Actualmente según su índice de masa corporal según cuenta en estado de SOBREPESO de acuerdo a las escalas de IMC según la OMS.

Se refiere a su alimentación como buena, ya siempre es comida casera. Últimamente ha tenido un apetito disminuido, trata de tener comidas variadas y suficientes. Entre los alimentos que más le gusta consumir están: pastas, cereales, leche, tortilla, carne de res, pollo, pan dulce, bolillo, galletas, queso, huevo, té, etc. consume frutas y verduras mínimo 3 veces a la semana.

No le gusta consumir alimentos embutidos, comida rápida, o grasas.

Refiere tomar poca agua natural, solo 2 a 3 vasos al día. Aunque consume más de 4 veces a la semana bebidas gaseosas y jugos, le preparar agua de frutas naturales o de sobre.

Refiere desde hace 3 meses ha tenido problemas para masticar debido a problemas en un tercer molar que no se ha atendido. Cuenta con pocas piezas dentales propias, utiliza dentadura completa posterior. Dientes con coloración marfil, simétricos. No hay presencia de caries. Ligera sensibilidad al frío. A la valoración se ve con mucosas hidratadas, lengua hidratada con una coloración rosada.

A la inspección se nota un mal estado de nutrición, debido al peso, aunque refiere una pérdida de peso rápida en los últimos meses, con una falta aparente de actividad física. Buen desarrollo de muscular.

No presenta deseo de mejorar su alimentación, comenta la dieta que tiene se adapta a su presupuesto y a los ideales de su esposa.

## **ELIMINACIÓN**

Comenta no tener problema para la micción y regularmente presenta una orina de color amarillo ámbar con una frecuencia de 5 a 6 veces al día no presenta un olor desagradable y además niega tener problemas de ardor dolor disuria. Hace un año que no tiene infecciones de vías urinarias, si las tenía frecuentemente. Últimamente presenta signos de retención de líquidos en extremidades inferiores, en su mayoría por las noches.

Refiere muy comúnmente tener problemas para defecar, comenta que la mayoría del tiempo se mantiene con estreñimiento y puede durar hasta tres días sin ir al baño y lo relaciona con su alimentación pobre en fibra. En la mayoría de las ocasiones se mantiene bajo tratamiento de senósidos y laxantes, nunca ha acudido a una valoración médica por este problema, él se automédica cuando no tiene este problema. Presenta heces duras lo que provocan dolor e incomodidad a la hora de defecar, refiere heces pequeñas, secas que varían de un color marrón oscuro a claro. La mayoría del tiempo se encuentra inflamado con dolor abdominal y presencia de gases.

## **ACTIVIDAD- EJERCICIO**

Es un paciente completamente independiente que deambula por sí mismo no tiene dificultad para trasladarse. Cuando va recorrer largas distancias utiliza un bastón. Comenta no hace ninguna actividad física anteriormente se considera alguien deportista que caminaba y usaba la bicicleta para trasladarse.



Considera tener buena movilidad después de ambas intervenciones en rodilla, ocasionalmente presenta dolor en pierna derecha (EVA 4).

Cuando se encuentra contento realiza actividades de carpintería, como marcos de cuadros, portallaves, mesitas, etc. Entre las cosas que más le satisfacen es atender a sus pajaritos, ver televisión, películas, escuchar música y últimamente videos en YouTube. Últimamente muestra desinterés por hacer sus actividades favoritas y mucho menos le interesa conocer nuevas.

### **SUEÑO-DESCANSO**

Comenta dormir alrededor de 5 a 6 horas al día. Refiere tener problemas de insomnio regularmente casi todos los días, mínimo dos lapsos insomnio durante la noche. En ocasiones comenta se levanta muy temprano y no puede volver a conciliar el sueño. Otras veces duerme toda la tarde y en la noche ya no puede dormir. Las últimas semanas no tiene ganas de levantarse de la cama y se levanta solo para comer, incluso refiere despertar hasta la 1 de la tarde.

Refiere no tener ningún tipo de ayuda de medicamentos para poder dormir. Utiliza muchas almohadas para estar más cómodo. Necesita tener una pequeña luz en la habitación.

### **COGNITIVO**

Refiere antecedentes de astigmatismo y miopía que fueron corregidos con uso de anteojos, la última visita con el oftalmólogo fue hace 2 años.

No hay problemas aparentes de audición, dolor o alguna lesión en oídos.

Al momento de la valoración el paciente se encuentra tranquilo, cooperador y orientado en tiempo y espacio.

Refiere no tener ningún tipo de dolor al momento de la valoración. El paciente no presenta problemas para comunicarse comprensión o de lenguaje.

Sensibilidad al calor aumentada.

Comenta sentimientos de tristeza en la mayoría de los días, incluso tener episodios de llanto sin motivo alguno. Antes estos sentimientos aparecían solo cuando se sentía inútil después de las cirugías y necesitaba atenciones de parte de sus hijos, esposa y nietos. No le gusta sentirse una carga para los demás. La situación de la pandemia lo ha afectado mucho, siente que su familia ya no lo visita, ya no puede ir a sus lugares favoritos, y tiene sentimientos de temor de contagiarse.

### **AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO**

El paciente al momento de la valoración no tiene ningún tipo de sensación de malestar o amenaza; además comenta casi todo el tiempo tener una buena idea de su persona ya que se considera alguien paciente que siempre se mantiene de buen humor, o al menos trata de estarlo. Hace mucho énfasis a que su pierna derecha no quedo bien después de la última cirugía de rodilla, ya que no lo opero el mismo doctor, comenta quedo un poco torcida. Asimismo, se refiere como alguien tranquilo, tolerante, responsable y paciente.

Últimamente no tiene mucho interés por cuidar su imagen corporal.

### **ROL-RELACIONES**

Actualmente se encuentra casado desde hace 60 años, vive solo con su esposa de 80 años quien siempre fue ama de casa. Siempre han tenido una buena relación, se conocen desde que estaban juntos en la escuela primaria, últimamente refiere discuten por problemas con sus hijos o por su estado de ánimo, comenta a veces no lo entiende. Tiene 8 hijos, 4 hombres y 4 mujeres, cada uno con 2 o 3 hijos, menciona quiere mucho a sus nietos. Comenta desde hace 5 años no se habla con su hija la mayor, debido a una discusión y desacuerdos, eso lo pone triste. Con sus demás hijos lleva una buena relación, aunque los extraña porque ya no lo visitan tan seguido, ni han podido celebrar cumpleaños, navidades ni años nuevos como acostumbra, se mantiene preocupado por los problemas personales de ellos como 2 separaciones en proceso y nuevas enfermedades en sus hijos.

Últimamente refiere a perdido compañeros de la escuela y de trabajo por la pandemia, así como han ido falleciendo por otras enfermedades, etc., eso lo pone a pensar mucho en su futuro.

Tiene solo una hermana, hace un año no se hablan por diferencias personales y por la pandemia no se han visto, solo se felicitaron en fiestas decembrinas por teléfono, está preocupado por ella ya que vive sola y es mayor que él.

### **SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN**

Vida sexual no activa por edad avanzada. Refiere no tener problemas de próstata, ni salida de secreciones o lesiones perianales.

### **ADAPTACIÓN- TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Se refiere a sí mismo como una persona que no se estresa fácilmente, pero si le preocupan muchas cosas, y en ocasiones estas cosas si afectan su día a día, en especial las pérdidas recientes, el ausentismo de su familia.

El aislamiento lo mantiene ansioso y considera está cansado de estar en casa, causándole sentimientos de tristeza casi siempre y desesperación.

Cuando se siente mal, enojado o ansioso prefiere aislarse de todo y dormir.

El comenta se refugia en su compañera, en rezar todos los días y ver televisión son cosas que lo hacen en momentos distraerse de todo lo que pasa en su vida.

Esta consiente de todos los cambios que suceden actualmente, le gustaría hacer más para ayudar a la gente.

### **VALORES- CREENCIAS**

Siempre ha sido de religión católica. Considera un factor muy importante en su vida la religión. Siempre inculco sus costumbres a sus hijos, y aun tiene la tradición de festejar todas las festividades de su religión, así como acudir a la iglesia todos los domingos, aunque en el último año solo puede ver la misa por televisión, extraña acudir al templo.

### **5.3 DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS**

- ***DETERIORO DE LA REGULACIÓN DEL ESTADO DE ANIMO (000241)***
- ***INSOMNIO (00095)***
- ***DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA SALUD (00162)***
- AISLAMIENTO SOCIAL (00053)
- RIESGO SÍNDROME DE FRAGILIDAD DEL ANCIANO (00231)
- ANSIEDAD (00146)
- DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS (00097)
- ESTREÑIMIENTO (00011)
- PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES (00063)
- SOBREPESO (00233)

**FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p><b>Patrón (es):</b> -COGNITIVO -AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS</p> <p><b>Datos objetivos:</b></p> <p>SE LE NOTA DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE EN LAS PREGUNTAS QUE SE LE HACEN. LEVES FACIES DE TRISTEZA EN LA ENTREVISTA, SE NOTA QUE INTENTA QUE SE LE NOTE CONTENTO.</p> <p><b>Datos Subjetivos:</b></p> <p>REFIERE EPISODIOS DE AISLAMIENTO SOCIAL, INCLUSO DENTRO DE SU CASA, RECIENTE PROBLEMAS Y DISCUSIONES CON SU ESPOSA, EPISODIOS DE IRRITABILIDAD. SENTIMIENTOS DE TRISTEZA INVOLUNTARIOS, ASÍ COMO LLANTO OCASIONAL SIN RAZÓN DESINTERÉS POR LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA.</p>	<p><b>Dominio:</b> 9. AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS</p> <p><b>Clase:</b> 2. RESPUESTA AL AFRONTAMIENTO</p> <p><b>Etiqueta diagnóstica:</b></p> <p>DETERIORO DE LA REGULACIÓN DEL ESTADO DE ANIMO (000241)</p> <p><b>Factore(s) relacionado(s):</b></p> <p>-AISLAMIENTO SOCIAL -DETERIORO DEL FUNCIONAMIENTO SOCIAL</p> <p><b>Características definitorias:</b></p> <p>-ACTITUD TRISTE -DESESPERANZA -DETERIORO DE LA CONCENTRACIÓN -IRRITABILIDAD</p>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>		
		<p><b>Dominio:</b> III SALUD PSICOSOCIAL</p>	<p><b>Clase:</b> M BIENESTAR PSICOSOCIAL</p>	
		<p><b>Criterio de resultado:</b> NIVEL DE DEPRESION (1208)</p>		
		<p align="center"><b>Indicador (es)</b></p> <p>120801 ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO</p> <p>120807 EXPRESION DE SENTIMIENTOS DE INDIFERENCIA</p> <p>120815 CRISIS DE LLANTO</p> <p>120823 IRRITABILIDAD</p> <p>120821 NIVEL DE ACTIVIDAD ALTERADO</p>	<p align="center"><b>Puntuación inicial *</b></p> <p>GRAVE 1</p> <p>SUSTANCIAL 2</p> <p>SUSTANCIAL 2</p> <p>MODERADO 3</p> <p>GRAVE 1</p>	<p align="center"><b>Puntuación Diana*</b></p> <p>LEVE 4</p> <p>LEVE 4</p> <p>NINGUNO 5</p> <p>LEVE 4</p> <p>LEVE 4</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN		
<p><b>Campo:</b> 3. CONDUCTUAL</p> <p><b>Clase:</b> R AYUDA AL AFRONTAMIENTO</p> <p><b>INTERVENCIÓN:</b> 5330 CONTROL DEL ESTADO DE ANIMO</p> <p><b>ACTIVIDADES</b></p> <p>-CONTROLAR Y REGULAR EL NIVEL DE ACTIVIDAD Y ESTIMULACIÓN DEL AMBIENTE DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DEL PACIENTE.</p> <p>-RELACIONARSE CON EL PACIENTE A INTERVALOS REGULARES Y /O DARLE OPORTUNIDAD DE HABLAR ACERCA DE SUS SENTIMIENTOS</p>	<p>Intervenciones de ejercicio y actividad física mejoran la depresión en los adultos mayores, esto combinado con una consejería y tratamiento mostraba mejoría asta en 3 meses. Se asocia a la sensación de mejora en la salud, pérdida de peso y bienestar general.</p> <p style="text-align: right;"><i>Kane (2018)</i></p> <p>La escucha activa constituye un recurso muy importante que podemos utilizar para mejorar nuestras habilidades de comunicación, lo cual puede contribuir a mejorar la calidad de las mismas y por tanto obtener un excelente resultado de agrado sobre el paciente. El profesional sanitario no puede establecer un plan de cuidados adecuado si no conoce la situación del paciente y lo que este opina sobre la misma, solo cuando se consigue un entendimiento mutuo se pueden buscar soluciones en común y conseguir que el proceso sea mucho más efectivo. Escuchar nos hará mejores comunicadores sin necesidad de</p>	<p><b>Criterio de resultado:</b> NIVEL DE DEPRESION (1208)</p>	<p><b>Indicador (es)</b></p>	<p><b>Puntuación final</b></p>
<p>120801 ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO</p> <p>120807 EXPRESION DE SENTIMIENTOS DE INDIFERENCIA</p> <p>120815 CRISIS DE LLANTO</p> <p>120823 IRRITABILIDAD</p> <p>120821 NIVEL DE ACTIVIDAD ALTERADO</p>	<p>MODERADO 3</p> <p>LEVE 4</p> <p>LEVE 4</p> <p>MODERADO 3</p> <p>MODERADO 3</p>			

<p>-AYUDAR A CONTROLAR CONSCIENTEMENTE EL ESTADO DE ANIMO (USAR ESCALA 1 AL 10, USAR UN DIARIO)</p> <p>-LIMITAR EL TIEMPO QUE SE PERMITE AL PACIENTE EXPRESAR SENTIMIENTOS NEGATIVOS, ERRORES, ETC.</p>	<p>tener que utilizar las palabras, y más apreciados interlocutores. Con la escucha activa demostramos mayor interés por nuestros interlocutores y por sus problemas y circunstancias, resolvemos las situaciones tensas y disponemos de más tiempo para pensar argumentos y soluciones que en definitiva mejoren su calidad de vida y aceleren el proceso de curación.</p> <p style="text-align: right;"><i>Manzanarez (2014)</i></p> <p>Llevar un diario, ya sea escrito u oral (en audio), nos permite mantener vivos los recuerdos y contribuye a nuestra salud mental. Proporciona un tiempo y espacio para estar consigo mismo en un estado de autorreflexión. Ayuda a manejar el nivel de ansiedad y, por lo tanto, disminuye el nivel de estrés. Ayuda a la autovaloración.</p> <p style="text-align: right;"><i>Arevalo (2015)</i></p> <p>El dejar que los pensamientos de: Autocrítica, sentimiento de culpa, preocupación, pesimismo, problemas de memoria, falta de concentración, dificultad para la toma de decisiones, confusión, pensamientos referentes a que otras personas le vean mal, hacen que la tristeza y desesperanza aumenten.</p> <p style="text-align: right;"><i>García (2013)</i></p>		
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

\*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5    \*\* GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica

**FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p><b>Patrón (es):</b> SUEÑO/ DESCANSO ACTIVIDAD / REPOSO</p> <p><b>Datos objetivos:</b> SE LE NOTAN FACIES DE CANSANCIO, Y OJERAS. EN OCASIONES BOSTEZA.</p> <p><b>Datos Subjetivos:</b> EL PACIENTE REFIERE POCAS HORAS DE SUEÑO AL DÍA, ASÍ COMO DIFICULTAD PARA DORMIR TODA LA NOCHE, SE LEVANTA HASTA 2 VECES. EN OCASIONES SE LEVANTA MUY TEMPRANO Y YA NO PUEDE VOLVER A DORMIR. A VECES DUERME DURANTE LAS TARDES Y YA NO TIENE SUEÑO EN LAS NOCHES, ESTAS COMPLICACIONES LO DESESPERAN Y PONEN DE MAL HUMOR.</p>	<p><b>Dominio:</b> 4. ACTIVIDAD / RESPOSO</p> <p><b>Clase:</b> 1. SUEÑO /REPOSO</p> <p><b>Etiqueta diagnóstica:</b> (00095) INSOMNIO</p> <p><b>Factore(s) relacionado(s):</b> -DEPRESIÓN</p> <p><b>Características definitorias:</b> -ALTERACIÓN DEL ESTADO DE ANIMO -ALTERACIÓN DE LA CONCENTRACIÓN -DESPIERTA MUY TEMPRANO -DIFICULTAD PARA PERMANECER DORMIDO</p>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>		
		<p><b>Dominio:</b> II SALUD FUNCIONAL</p>	<p><b>Clase:</b> A MANTENIMIENTO DE LA ENERGIA</p>	
		<p><b>Criterio de resultado:</b> SUEÑO (0007)</p>		
		<p align="center"><b>Indicador (es)</b></p> <p>000401 HORAS DE SUEÑO</p> <p>000404 CALIDAD DEL SUEÑO</p> <p>000418 DUERME TODA LA NOCHE</p> <p>000410 DESPERTAR A HORAS APROPIADAS</p> <p>000421 DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO</p>	<p align="center"><b>Puntuación inicial *</b></p> <p>SUSTACIALEM NTE COMPROMETIDO 2</p> <p>SUSTACIALEM NTE COMPROMETIDO 2</p> <p>GRAVEMENTE COMPROMETIDO 1</p> <p>SUSTACIALEM NTE COMPROMETIDO 2</p> <p>SUSTANCIAL 2</p>	<p align="center"><b>Puntuación Diana*</b></p> <p>LEVEMENTE COMPROMETIDO 4</p> <p>LEVEMENTE COMPROMETIDO 4</p> <p>MODERADAMENTE COMPROMETIDO 3</p> <p>LEVEMENTE COMPROMETIDO 4</p> <p>LEVE 4</p>



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p><b>Campo:</b> 1. FISIOLÓGICO: BÁSICO</p> <p><b>Clase:</b> F. FACILITACIÓN DEL AUTOCUIDADO</p> <p><b>INTERVENCIÓN:</b> (1850) MEJORAR EL SUEÑO</p> <p><b>ACTIVIDADES</b></p> <p>-ENSEÑAR AL PACIENTE A CONTROLAR LOS PATRONES DEL SUEÑO</p> <p>-FACILITAR EL MANTENIMIENTO DE LAS RUTINAS HABITUALES DE PACIENTE A LA HORA DE IRSE A LA CAMA, INDICIOS DE SUEÑO.</p> <p>-AYUDAR AL PACIENTE A LIMITAR EL SUEÑO DURANTE DEL DÍA</p>	<p>El abordaje inicial en el insomnio crónico en el anciano deberá incluir al menos uno de los siguientes tratamientos no farmacológicos: 1) Higiene de Sueño, 2) Terapia Cognitiva, 3) Control de Estímulos, 4) Restricción de Sueño, 5) Entrenamiento en Relajación, 6) Terapia de Luz.</p> <p style="text-align: right;"><i>GPC (2014)</i></p> <p>Establezca una serie de rutinas previas al sueño regulares que indiquen que se acerca el momento de acostarse: por ejemplo, cierre la puerta, lávese los dientes, programe el despertador y realice todas aquellas labores que sean lógicas para este momento de la noche. Realícelas todas las noches en el mismo orden. Adopte la postura para dormir que prefiera y sitúe sus almohadas y cobijas preferidas.</p> <p style="text-align: right;"><i>GPC (2014)</i></p> <p>Si uno se mantiene despierto todo el día tendrá más sueño por la noche. Pero si la somnolencia diurna es demasiado agobiante se puede</p>	<p><b>Criterio de resultado:</b> SUEÑO (0007)</p>	
		<p><b>Indicador (es)</b></p>	<p><b>Puntuación final</b></p>
		<p>000401 HORAS DE SUEÑO</p>	<p>MODERADAMENTE COMPROMETIDO 3</p>
		<p>000404 CALIDAD DEL SUEÑO</p>	<p>LEVEMENTE COMPROMETIDO 4</p>
		<p>000418 DUERME TODA LA NOCHE</p>	<p>MODERADAMENTE COMPROMETIDO 3</p>
<p>000410 DESPERTAR A HORAS APROPIADAS</p>	<p>MODERADAMENTE COMPROMETIDO 3</p>		
<p>000421 DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO</p>	<p>LEVE 4</p>		

<p>-AYUDAR A EVITAR ALIMENTOS Y BEBIDAS QUE INTERFIERAN CON EL SUEÑO</p>	<p>permitir una pequeña siesta después de comer a condición de que no dure más de media hora. <i>GPC (2014)</i></p> <p>Un elevado consumo de alcohol produce alteraciones de la calidad del sueño. Las metilxantinas de bebidas estimulantes como café, té o cacao son la cafeína, la teofilina y la teobromina, respectivamente, y pueden producir insomnio si se consumen en las seis horas previas al momento de acostarse. La histamina, la tiramina o la triptamina, presentes en quesos, embutidos o vinos, entre otros alimentos, pueden producir insomnio o cefalea con frecuencia. <i>Requejo (2020)</i></p>		
<p>-COMENTAR CON EL PACIENTE TÉCNICAS PARA FAVORECER EL SUEÑO</p>	<p>La relajación muscular progresiva, la imaginación guiada, o la respiración abdominal, se han diseñado para reducir los estados de activación cognitivos y somáticos que interfieren con el sueño. El entrenamiento de relajación puede ser útil en los pacientes que muestran elevados niveles de despertares y se utiliza a menudo con la terapia cognitivo conductual. En el Insomnio está orientada a pacientes que tienen problemas para focalizar su atención y que tienen pensamientos intrusivos o ajenos que no les permite Conciliar el sueño.</p> <p>Terapia con luz: Consiste en la exposición a la luz Terapia con luz: brillante o solar para estabilizar o cambiar el ritmo</p> <p>Endógeno. Los desórdenes de sueño del ritmo circadiano pueden causar insomnio por la falta de sincronización entre el reloj interno del</p>		

	<p>individuo y el horario externo. En pacientes con insomnio asociado a trastornos del ciclo circadiano con fase adelantada o atrasada del sueño se recomienda exposición a la luz solar (Terapia con luz) por las mañanas de 30 a 40 minutos para ayudar regular este problema.</p> <p><i>GPC (2014)</i></p>		
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

\*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5    \*\* GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica

**FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p align="center"><b>Patrón (es):</b></p> <p>PERCEPCIÓN / PROMOCIÓN DE LA SALUD</p> <p align="center"><b>Datos objetivos:</b></p> <p>COMENTA LE GUSTARÍA HACER ALGO AL RESPECTO POR CAMBIAR SUS HÁBITOS RETOMAR SUS RUTINAS DE ANTES.</p> <p align="center"><b>Datos Subjetivos:</b></p> <p>APARECEN CAMBIOS DE ÁNIMO AL MOMENTO DE HABLAR SOBRE HACER ALGO AL RESPECTO.</p>	<p><b>Dominio:</b></p> <p>I. PROMOCIÓN DE LA SALUD</p> <p><b>Clase:</b></p> <p>II. GESTIÓN DE LA SALUD</p> <p><b>Etiqueta diagnóstica:</b></p> <p>DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA GESTIÓN DE LA SALUD (0162)</p> <p><b>Características definitorias:</b></p> <p>-EXPRESA DESEOS DE MEJORAR EL MANEJO DE SU ENFERMEDAD</p>	<b>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</b>		
		<p><b>Dominio:</b></p> <p>4. CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD</p>	<p><b>Clase:</b></p> <p>S. CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD</p>	
		<p><b>Criterio de resultado:</b></p> <p>CONOCIMIENTO: MANEJO DE LA DEPRESIÓN (1836)</p>		
		<p align="center"><b>Indicador (es)</b></p> <p>183604 BENEFICIOS DEL MANEJO DE LA ENFERMEDAD</p> <p>183616 EFECTOS DE LA DEPRESIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO DIARIO</p> <p>183613 FACTORES QUE ALIVIAN LA DEPRESIÓN</p> <p>183605 OPCIONES TERAPÉUTICAS DISPONIBLES</p>	<p align="center"><b>Puntuación inicial *</b></p> <p>CONOCIMIENTO ESCASO 1</p> <p>CONOCIMIENTO MODERADO 2</p> <p>CONOCIMIENTO ESCASO 1</p> <p>CONOCIMIENTO ESCASO 1</p>	<p align="center"><b>Puntuación Diana*</b></p> <p>CONOCIMIENTO SUSTANCIAL 4</p> <p>CONOCIMIENTO SUSTANCIAL 4</p> <p>CONOCIMIENTO SUSTANCIAL 4</p> <p>CONOCIMIENTO MODERADO 3</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p><b>Campo:</b> 3. CONDUCTUAL</p> <p><b>Clase:</b> S. EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES</p> <p style="text-align: center;"><b>INTERVENCIÓN</b></p> <p>(5602) ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD</p> <p style="text-align: center;"><b>ACTIVIDADES</b></p> <p>EVALUAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE RELACIONADO CON EL PROCESO DE ENFERMEDAD ESPECÍFICO.</p> <p>COMENTAR LOS CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA QUE PUEDAN SER NECESARIOS CAMBIAR PARA EVITAR FUTURAS COMPLICACIONES</p>	<p>Los conocimientos adquiridos por los pacientes acerca de la enfermedad y su tratamiento les ayuda a actuar de manera consciente y reflexiva para llevar a cabo acciones que favorezcan el manejo de la enfermedad; al tener en cuenta las principales características, los efectos, los riesgos y los comportamientos adecuados para el tratamiento de la misma.</p> <p style="text-align: right;"><i>Rangel (2018)</i></p> <p>La transformación en los estilos y condiciones de vida producen cambios sociales muy complejos que requieren alternativas viables orientadas a su resolución. El aumento en la incidencia de padecimientos crónicos en la vejez, así como el riesgo latente de discapacidad, hace indispensable la participación activa de las personas adultas mayores en programas de tipo preventivo, con el propósito de mejorar su calidad de vida.</p> <p style="text-align: right;"><i>Zúñiga (2019)</i></p>	<p><b>Criterio de resultado:</b> CONOCIMIENTO: MANEJO DE LA DEPRESIÓN (1836)</p>	
		<b>Indicador (es)</b>	<b>Puntuación final</b>
		183604 BENEFICIOS DEL MANEJO DE LA ENFERMEDAD	CONOCIMIENTO MODERADO 3
		183616 EFECTOS DE LA DEPRESIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO DIARIO	
183613 FACTORES QUE ALIVIAN LA DEPRESIÓN	CONOCIMIENTO MODERADO 3		
183605 OPCIONES TERAPÉUTICAS DISPONIBLES	CONOCIMIENTO MODERADO 3		

PROPORCIONAR INFORMACION A LA FAMILIA ACERCA DEL ESTADO DEL PACIENTE Y SUS PROGRESOS. (INCLUIRLOS EN SU PROCESO)

Existen algunos beneficios del acompañamiento de los familiares en el cuidado emocional de los adultos mayores, a tomar en consideración:

- Ayudan a que se sientan queridos e importantes para otros.
- Pueden sembrar en ellos la idea de que todavía es posible tener anhelos, deseos; y si ya los tienen, reforzarlos.
- Facilitan que reconozcan en ellos sus fortalezas y habilidades, mediante alguna nueva actividad que sea de su interés que los mantenga física y mentalmente activos. Esto los ayudará a sentirse útiles.
- Logran hacerles saber aquello que admiran en ellos y lo que han aprendido de ellos, tanto de las mejores épocas y de las no tan buenas.
- Les ayudan a traer a la memoria recuerdos agradables.
- Contribuyen en el proceso de diagnóstico y terapéutico para los profesionales de la salud.

*Negrete (2015)*

ANIMAR AL PACIENTE A EXPLORAR DISTINTAS OPCIONES PARA OBTENER UNA AYUDA.

En las personas de la Tercera Edad, el cuidado y autocuidado debe estar centrado en aspectos saludables que favorezcan el bienestar de las personas, familias, grupos o comunidades a las que pertenecen, los valores culturales han de tenerse en cuenta, así como sus prácticas cotidianas, visión del mundo, lenguaje, tradiciones e idiosincrasia personal, familia y

	<p>entorno, dándole así diferentes formas de poder desenvolverse.</p> <p style="text-align: right;"><i>Zúñiga (2019)</i></p>		
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

\*Se puntuará cada indicador en escala de 1 al 5    \*\* GPC: Se pueden integrar recomendaciones de las Guía de práctica clínica





## VI. PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE:       P.C.J      

EDAD:       81 AÑOS       SEXO:       MASCULINO      

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO:       DEPRESIÓN, HTA, DM2      

FECHA DE ELABORACIÓN:       7 DE AGOSTO 2021      

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
<p><b>COMUNICACIÓN</b> (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)</p>	<p>Es importante explicar al paciente a su familia la importancia de cumplir con la atención psicológica. Explicar que puede acudir a la atención en su UMF de IMSS o que pueden encontrar a un profesional particular, lo importante es la comodidad del paciente para no abandonar el seguimiento. Solicitar el apoyo de personas de confianza para él (hijos, nietos, vecinos) Crear un lazo de confianza para pedir ayuda o platicar cuando él lo requiera en especial cuando existen sentimiento de tristeza o desesperanza.</p>
<p><b>URGENTE</b> (Identificación de signos de alarma o recaída)</p>	<p>Se le muestra al paciente y familia, los signos y síntomas que pueden seguir apareciendo, cuáles pueden ser más graves cuales necesitan una atención inmediata (no realizar comidas durante el día, no levantarse de la cama durante días, comentarios sobre ya no querer vivir, etc). Además de estar pendiente de tratamientos consultas médicas. Se les recomienda tener un calendario grande en el refrigerador en donde se le pueda recordar al paciente citas, etc., en este sitio toda la familia se puede involucrar.</p>
<p><b>INFORMACIÓN</b> (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)</p>	<p>Evaluar el nivel de información que tiene el paciente la familia sobre la depresión, nos ayudara a saber desde donde partir. No se recomienda brindar información sobre técnicas e tratamiento o de pronósticos a futuro. Es mejor solo mencionar las causas por las que suceden, factores que hacen propenso la aparición de síntomas, e incluso mencionar que es un diagnóstico más común de lo que creen que se puede hacer algo al respecto.</p>
<p><b>DIETA</b> (Información relativa a la nutrición)</p>	<p>Orientar al paciente y su esposa manera en que deben tener una dieta adecuada para sus necesidades, mostrarles que pueden adaptarse a su presupuesto para tener comidas adecuadas que les ayude a mejorar problemas gastrointestinales. Se puede adaptar una dieta con alimentos que sean de su preferencia y que más les guste consumir. Mostrarles la importancia de consumir agua suficiente al día. Se puede involucrar a los</p>

		hijos en la ayuda de preparación de ciertos alimentos, e incluso en la compra de comidas que son de difícil acceso para ellos (visitas al mercado, frutería, supermercado, elección de frutas etc.) Explicar el apoyo mutuo de la pareja para preparar las comidas juntos, apoyarse para cumplir con sus horarios de comida.
<b>AMBIENTE</b> (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)		Explicar a la familia el evitar situaciones que provoquen estrés en el paciente (contar problemas personales, discusiones frente al paciente) Mostrarles técnicas de acercamiento al paciente en tiempos de pandemia (llamadas telefónicas, video llamadas, o visitas con las medidas sanitarias pertinentes.) Comentar sobre la importancia de un entorno iluminado, limpio, con plantas, ventilado, etc.
<b>RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE</b> (Prácticas recreativas saludables)		Instruir sobre actividades que involucren a la familia como juegos de mesa, ver películas, videos, ver fotos etc. Retomar actividades que le gusten al paciente como la carpintería, aunque sea en cosas más pequeñas y se ajusten a su comodidad. Puede comenzar a realizar actividad física en casa en compañía de su pareja, e incluso empezar proyectos juntos que los motiven a concluirlos (armar un rompecabezas, crear un collage, etc.)
<b>MEDICAMENTO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>	<b>Y NO</b>	Enseñar al paciente técnicas para tener un control adecuado en la toma de medicamentos (poner recordatorios, una alarma) Apoyarse de familiares para la comprar de medicamentos, o surtir sus medicamentos. Además de estar al pendiente de cuando se terminan y caducidades. Etiquetar en cada caja de medicamento con letras grandes feas de caducidad. Comentar la importancia de NO automedicarse, acudir a una valoración médica cuando sea necesaria.
<b>ESPIRITUALIDAD</b> (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)		Fomentar el continuar practicando su religión y enseñar a adaptarse a las nuevas modalidades. Se le recomienda visitar el templo, y aunque no pueda entrar hacer una oración fuera de.

## VII. CONCLUSIONES

Los pacientes geriátricos son una población que requieren de nuestro apoyo incondicional, pasan por múltiples cambios en esta etapa de su vida y continúan adaptándose tanto a cosas físicas de su edad, tanto familiares como pérdidas etc.

La situación actual que se vive de la pandemia, no ha afectado a muchos, pero considero que en especial a ellos los ha hecho más vulnerables al aislamiento social.

La depresión a pesar de ser parte de los trastornos que aparecen con la edad, no debe considerarse como algo pasajero, considero que como personal profesional de la salud tenemos la tarea de no olvidar a nuestros viejitos, y debemos crear un impacto en las familias mexicanas de cuidar y escuchar a nuestros adultos mayores, saber sus quejas, futuras metas a corto plazo, ayudarlos a sentir prácticos y aun útiles.

Saber implementar un PCE con un paciente en depresión puede generar que tenga una calidad de vida óptima y que disfrute su vida, puede generar que se mejoren lazos en esa familia, así como se pueden evitar nuevos padecimientos en el paciente.

Considero que la orientación y el adaptar a las familias con un paciente con depresión a las nuevas tecnologías, y a las nuevas normalidades pueden ser un aliado y una ventaja.

El estudiar la paciente desde el concepto de analizar su conducta creo que nos ayuda a ver otra perspectiva para crear un plan de cuidados en donde nos enfocamos en no solo las enfermedades físicas que obviamente son muy importantes, sino que además nos interesamos por sus necesidades de salud mental.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez, L. (2020) Salud mental en adultos mayores relacionada al aislamiento ocasionado por covid-19. Recuperado de:  
<https://medicina.uniandes.edu.co/sites/default/files/articulos/doc/salud-mental-en-adultos-mayores-relacionada-al-aislamiento-por-covid-19.pdf>
2. Lane, R., Ouslander, J., Resnick, B., Malone, M. (2018) Principios de Geriátrica Clínica. Octava Edición. USA. McGraw Hill. pp: 169- 199 Capítulo 7.
3. Alonso, S. (2012) La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. Vol 14. Recuperado de:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2012/amf121b.pdf>
4. Cabal, V., Guamiza, M. (2016) *Enfermería como disciplina*. Revista colombiana de enfermería. Colombia. Recuperado de:  
<https://www.researchgate.net/publication/327354018> *Enfermería como disciplina*
5. González, M.G., Monroy, A. (2016) *Proceso enfermero de tercera generación. Artículos de innovación para la práctica*. Cd de México. Scielo. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632016000200124](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200124)
6. León, Carlos (2006) *Enfermería ciencia y arte del cuidado*. Scielo. Cuba. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192006000400007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007)
7. Juárez, Paula., García, María de Lourdes (2009) *La importancia del cuidado de Enfermería*. Yucatán, México. Medigraphic. Recuperado de:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
8. Secretaria de Salud. (2013) *El proceso de atención de enfermería. Tema I*. Veracruz, México. Recuperado de:  
<https://www.ssaver.gob.mx/enfermeria/files/2016/10/TEMA-I-PROCESO-DE-ATENCION-DE-ENFERMERIA.pdf>
9. Ventura, H; Johnson Dorothy. (2011) *Modelo de sistema conductual*. Instituto superior de Enfermería. Chiapas, México.

10. Gordon M. (1996) *Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3ª Edición*. Mosby/Doyma Libros. Madrid, España.
11. Herdman, Heather., Kamitsuru, Shigemi (2018) *Nanda Internacional Inc. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación*. Undécima Edición. Estados Unidos. El Sevier.
12. Erb, Glenarora., Kozier, Barbara (2002) *Fundamentos de Enfermería, Conceptos Proceso y Práctica Tercera Edición*. México, DF. McGraw-Hill Companies.
13. Berman, Audrey., Snyder, Shirlee. (2013) Kozier y Erb. *Fundamentos de Enfermería, Conceptos Proceso y Práctica, Novena Edición, Volumen I*. Madrid, España. Pearson.
14. Watson, Jean (2017) *Clarificando la disciplina de la enfermería como fundamental para el desarrollo de la enfermería profesional*. Scielo. USA. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/tce/a/gsdWKvGVzYJVjVYkPjv8Lkq/?lang=es&format=pdf>
15. Hyver, C., Gutierrez, L. (2014) *Geriatría*. Tercera Edición. Mexico. El Manual Moderno. pp: 393- 398.
16. American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: APA
17. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2014) *Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención*. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-194-08.
18. Instituto Nacional de Salud Mental. (2009) *Depresión*. Estados Unidos. Recuperado de: [http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/depresion\\_esp.pdf](http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/depresion_esp.pdf)
19. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2014) *Guía de Referencia Rápida. Diagnóstico y Tratamiento del Insomnio en Ancianos*. México. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/492GRR.pdf>
20. ARAN. (2020) *Repercusión de la nutrición en la prevención y control de diversos problemas y enfermedades*. España. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v37nspe2/1699-5198-nh-37-spe2-00057.pdf>

21. Ramos, Y. (2018) *Adherencia terapéutica, nivel de conocimientos de la enfermedad y autoestima en pacientes diabéticos tipo 2*. Scielo. Cuba.

Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212018000300013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212018000300013)

## IX. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Depresión mayor: síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera.

Distimia: Se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con un estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo.

Tristeza: emoción básica de carácter no patológico y reactiva a un estímulo, que se caracteriza por decaimiento del estado del ánimo y es transitoria.

Terapia de resolución de problemas: Es una forma de intervención estructurada, breve y centrada en el aprendizaje de afrontar problemas específicos frecuentemente asociados a la depresión.

Trastornos bipolares: episodios de manía y depresión, que pueden alternar, aunque en muchos pacientes predomina uno sobre el otro. Se desconoce la causa exacta, pero pueden estar implicados la herencia, cambios en las concentraciones de los neurotransmisores cerebrales y factores psicológicos.

Trastorno ciclotímico: se caracteriza por períodos de hipomanía y minidepresión que duran unos días, siguen un curso irregular y no son tan graves como un trastorno bipolar; estos períodos con sintomatología deben ocurrir por más de la mitad de días durante un período  $\geq 2$  años.

## X. ANEXOS

### HERRAMIENTAS DIAGNOSTICAS Cuestionario de salud del paciente-2 (PHQ-2)

#### Cuota

El PHQ-2 pregunta sobre la frecuencia del estado de ánimo depresivo y la anhedonia durante las últimas dos semanas. El PHQ-2 incluye los dos primeros elementos del PHQ-9.

- El propósito del PHQ-2 es detectar la depresión en un enfoque de "primer paso".
- Los pacientes con resultados positivos deben ser evaluados más a fondo con el PHQ-9 para determinar si cumplen con los criterios de un trastorno depresivo.

Durante las **últimas 2 semanas** , ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

Para nada

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

1. Poco interés o placer en hacer cosas.

0

+1

+2

+3

2. Sentirse deprimido, deprimido o sin esperanza.

0

+1

+2

+3

Puntaje PHQ-2 obtenido al agregar puntaje para cada pregunta (puntos totales)

Interpretación:

- Un puntaje PHQ-2 varía de 0 a 6. Los autores identificaron una puntuación de 3 como el punto de corte óptimo al utilizar el PHQ-2 para detectar la depresión.



- Si la puntuación es 3 o más, es probable que se presente un trastorno depresivo mayor.
- Los pacientes con resultados positivos deben ser evaluados más a fondo con el [PHQ-9](#), otros instrumentos de diagnóstico o una entrevista directa para determinar si cumplen con los criterios de un trastorno depresivo.

Características operativas de PHQ-2 como evaluador de trastornos depresivos en 580 pacientes que tuvieron una entrevista con un profesional de salud mental independiente

#### Trastorno depresivo mayor (7% de prevalencia)

Puntaje PHQ-2	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo (VPP *)
1	97,6	59,2	15,4
2	92,7	73,7	21,1
3	82,9	90,0	38,4
4	73,2	93,3	45,4
5	53,7	96,8	56,4
6	26,8	99,4	78,6

#### Cualquier trastorno depresivo (18% de prevalencia)

Puntaje PHQ-2	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo (VPP *)
1	90,6	65,4	36,9
2	82,1	80,4	48,3
3	62,3	95,4	75,0

### Cualquier trastorno depresivo (18% de prevalencia)

Puntaje PHQ-2	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo (VPP *)
4	50,9	97,9	81,2
5	31,1	98,7	84,6
6	12,3	99,8	92,9

#### Notas:

- \* Debido a que el VPP varía con la prevalencia de depresión, el VPP será más alto en entornos con una prevalencia más alta de depresión y más bajo en entornos con una prevalencia más baja.

#### Fuentes

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. El Cuestionario de salud del paciente-2: Validez de un evaluador de depresión de dos elementos. Atención médica. 2003; 41: 1284-92.

## **Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale (GDS))**

La escala de depresión geriátrica, se ha probado en personas mayores por lo demás sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve a moderado; en distintos contextos como el comunitario, hospitalario y de cuidados prolongados.

Instrucciones: Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquela: “Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana, por favor responda con Si o No”.

Hágale a la persona las preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica en el orden indicado a continuación: Registre la fecha, el nombre completo, la edad y el sexo de la persona evaluada.

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?

Sí (0) No (1)

2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?

Sí (1) No (0)

3. ¿Siente que su vida está vacía?

Sí (1) No (0)

4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?

Sí (1) No (0)

5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?

Sí (0) No (1)

6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?

Sí (1) No (0)

7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?

Sí (0) No (1)

8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?

Sí (1) No (0)

9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?

Sí (1) No (0)

10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?

Sí (1) No (0)

11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?

Sí (0) No (1)

12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?

Sí (1) No (0)

13. ¿Se siente lleno(a) de energía?

Sí (0) No (1)

14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?

Sí (1) No (0)

15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?

Sí (1) No (0)

### **Interpretación**

0-4 puntos Se considera normal, sin síntomas depresivos

5-8 puntos Indica la presencia de síntomas depresivos leves

9-10 puntos Indica la presencia de síntomas depresivos moderados

12-15 puntos Indica la presencia de síntomas depresivos graves

### **Calificación**

Se otorga 1 punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos (Si o No en negritas) Mientras mayor el puntaje, mayor la presencia de síntomas depresivos. La calificación máxima alcanzable es de 15 puntos. Calificación total: sumar los puntos por cada respuesta Si o No en negritas.

### **Fuente:**

- Baker FM, Espino DV. A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican-American elders. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997;12(1):21. PMID: 9050419.
- Marc LG, Raue PJ, Bruce ML. Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008;16(11):914. PMID: 18978252.
- Martínez de la Iglesia J, Onís-Vilches MC, Dueñas-Herrero R, et ál. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*. 2002; 12(10):620. Disponible en SciELO.

## Escala de Depresión de Zung

Es un cuestionario auto aplicado formado por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

### ¿Cómo interpretar el resultado?

Cada ítem de la escala puede proporcionar una puntuación entre 1 a 4; el rango de valores es por tanto de 20–80 puntos.

<b>&lt;= 28</b>	Ausencia de depresión
<b>entre 28 y 41</b>	Depresión leve
<b>entre 42 y 53</b>	Depresión moderada
<b>&gt;= 53</b>	Depresión grave

### Puntos de corte

La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Marque junto a cada frase la casilla que mejor refleje su situación actual.

Muy pocas veces    Algunas veces    Muchas veces    Casi siempre

- 1 Me siento triste y deprimido.
- 2 Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.
- 3 Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.
- 4 Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.
- 5 Ahora tengo tanto apetito como antes.

6 Atención: esta pregunta ha quedado evidentemente obsoleta con el paso de los años). Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.

7 Creo que estoy adelgazando.

8 Estoy estreñado.

9 Tengo palpitaciones.

10 Me canso por cualquier cosa.

Muy pocas veces    Algunas veces    Muchas veces    Casi siempre

11    Mi cabeza está tan despejada como antes.

12    Hago las cosas con la misma facilidad que antes.

13    Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto.

14    Tengo esperanza y confío en el futuro.

15    Me siento más irritable que habitualmente.

16    Encuentro fácil tomar decisiones.

17    Me creo útil y necesario para la gente.

18    Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.

19    Creo que sería mejor para los demás si me muriera.

20    Me gustan las mismas cosas que solían agradarme.



## CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?  
(Marque con un " " para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
=Total Score: \_\_\_\_\_

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.



## CORNELL SCALE – DEPRESIÓN EN DEMENCIA

Nombre _____				
Edad _____ Sexo _____ Fecha _____				
<b>A. SIGNOS RELACIONADOS CON EL HUMOR-ÁNIMO</b>				
1. Ansiedad	A	0	1	2
2. Tristeza	A	0	1	2
3. Pérdida de reactividad frente a acontecimientos alegres	A	0	1	2
4. Irritabilidad	A	0	1	2
<b>B. TRASTORNOS DE CONDUCTA</b>				
5. Agitación	A	0	1	2
6. Retardo-lentitud	A	0	1	2
7. Múltiples quejas físicas	A	0	1	2
8. Pérdida de interés	A	0	1	2
<b>C. SIGNOS FÍSICOS</b>				
9. Pérdida de apetito	A	0	1	2
10. Pérdida de peso	A	0	1	2
11. Pérdida de energía	A	0	1	2
<b>D. FUNCIONES CÍCLICAS</b>				
12. Variación diurna de síntomas de ánimo	A	0	1	2
13. Dificultad para dormir	A	0	1	2
14. Despertar múltiple durante el sueño	A	0	1	2
15. Despertar precoz o de madrugada	A	0	1	2
<b>E. TRASTORNO IDEACIONAL</b>				
16. Suicidio	A	0	1	2
17. Baja autoestima	A	0	1	2
18. Pesimismo	A	0	1	2
19. Delirios congruentes al ánimo: de pobreza, enfermedad, pérdida	A	0	1	2

**CADA ÍTEM SE PUNTÚA COMO:**

A: No evaluado

0: Ausente

1: Leve o Intermitente

2: Severo

**PUNTO DE CORTE:**

0 a 8 Sin Depresión

9 a 11 Depresión Leve

más de 12 Depresión Grave

## TRATAMIENTO PARA LA DEPRESIÓN

### **PAROXETINA**

#### Mecanismo de acción

Inhibe específicamente la recaptación de 5-hidroxitriptamina por las neuronas cerebrales.

#### Modo de administración

Vía oral. Comprimidos: 1 vez/día, por la mañana con alimento; deglutir, no masticar. Gotas orales en solución: 1 vez/día, por la mañana con alimento. Diluir en un poco de agua.

#### Reacciones adversas

Aumento de los niveles de colesterol, disminución del apetito; somnolencia, insomnio, agitación, agresividad, sueños anormales; disminución de la concentración, mareos, temblores, cefalea, concentración alterada; visión borrosa; bostezos; náuseas, estreñimiento, diarrea, vómitos, sequedad de boca; sudoración; disfunción sexual; astenia, ganancia de peso. Frecuencia desconocida: bruxismo. En ensayos clínicos de corta duración realizados en niños y adolescentes se observó aumento de comportamientos suicidas, comportamientos autolesivos y aumento de la hostilidad. Persistencia de disfunción sexual.

### **SERTRALINA**

#### Mecanismo de acción

Inhibidor selectivo de la recaptación de 5-HT, no potencia la actividad catecolaminérgica. No presenta afinidad por receptores muscarínicos, serotoninérgicos, dopaminérgicos, adrenérgicos, histaminérgicos, GABAérgicos o benzodiazepínicos.

#### Modo de administración

Vía oral. Tomar 1 vez/día, mañana o noche, con/sin alimento. El concentrado para solución oral se debe diluir en aprox. 120 ml de agua, ginger-ale, refresco de limón/lima, limonada o zumo de naranja.

#### Reacciones adversas

Faringitis, anorexia, aumento del apetito, insomnio, depresión, despersonalización, pesadillas, ansiedad, agitación, nerviosismo, libido disminuida, bruxismo, mareo, somnolencia, cefalea, parestesia, temblor, hipertonía, disgeusia, alteración de la atención, alteraciones visuales, acúfenos, palpitaciones, sofoco, bostezos, diarrea, náusea, boca seca, dolor abdominal, vómito, estreñimiento, dispepsia, flatulencia, dispepsia, erupción, hiperhidrosis, artralgia, mialgia, insuficiencia eyaculatoria, disfunción eréctil, fatiga, dolor torácico, maculopatía. Persistencia de disfunción sexual.

## **FLUOXETINA**

### Mecanismo de acción

Inhibe selectivamente la recaptación de serotonina por neuronas del SNC.

### Modo de administración

Vía oral. Administrar en dosis únicas o fraccionadas, durante o entre las comidas.

### Reacciones adversas

Disminución del apetito; insomnio, ansiedad, nerviosismo, inquietud, tensión, disminución de la libido, trastornos del sueño, sueños anormales; alteración de la atención, mareos, disgeusia, letargo, somnolencia, temblor; visión borrosa; palpitaciones; rubor; bostezos; vómitos, dispepsia, sequedad de boca; erupción, urticaria, prurito, hiperhidrosis; artralgia; orinar con frecuencia; hemorragia ginecológica, disfunción eréctil, trastorno de la eyaculación; sensación de nerviosismo, escalofríos; disminución del peso. Persistencia de disfunción sexual.

## **VENLAFAXINA**

### Mecanismo de acción

Está relacionada con la potenciación de la actividad monoaminérgica en el SNC. En estudios preclínicos se ha comprobado que la venlafaxina y su metabolito principal, O-desmetilvenlafaxina, son potentes inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina. Inhibe débilmente la recaptación de dopamina.

### Modo de administración

Vía oral.

Comprimidos: tomar con alimentos, aprox. al mismo tiempo cada día.

Comprimidos de liberación prolongada: administrar 1 vez/día a la misma hora (mañana o noche), tragar enteros con un poco de agua después de las comidas. No aplastar ni masticar.

Cápsula de liberación prolongada: tomar con comida, aprox. a la misma hora cada día. Tragar enteras con algo de líquido, sin romper, aplastar, masticar o disolver.

### Reacciones adversas

Astenia, escalofríos, fatiga ; hipertensión, vasodilatación, palpitaciones; disminución del apetito, estreñimiento, náuseas, vómitos, xerostomía, dispepsia; hipercolesterolemia, pérdida de peso; sueños anormales, disminución de la libido, mareos, sequedad de boca, cefalea, hipertonía, insomnio, nerviosismo, parestesia, sedación, somnolencia, temblor, confusión, despersonalización; bostezos ; sudoración; anomalías en la acomodación, midriasis, trastornos visuales; acúfenos; eyaculación/orgasmos anormales (varones), anorgasmia, disfunción eréctil, afectación en la micción, trastornos menstruales, disuria, polaquiuria. Persistencia de disfunción sexual

## **CITALOPRAM**

### Mecanismo de acción

Inhibidor más selectivo de la recaptación de serotonina. Desprovisto de efecto sobre la recaptación de noradrenalina, dopamina y del GABA.

### Modo de administración





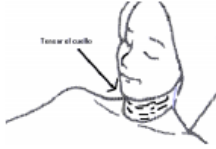






Vía oral: se administran en una dosis única diaria, en cualquier momento del día, independientemente de las comidas. Las gotas orales pueden mezclarse con agua, zumo de naranja o manzana.

### Reacciones adversas

Aumento del apetito, disminución del apetito, aumento de peso, disminución de peso, anorexia; agitación, nerviosismo, disminución de la libido, ansiedad, estado de confusión, trastornos del sueño, alteración de la atención, orgasmos anormales (mujeres), sueños anormales, apatía; somnolencia, insomnio, cefalea, temblor, mareo, parestesias, migraña,

amnesia; acomodación anormal, trastorno visual; tinnitus; palpitaciones, taquicardia; hipertensión, hipotensión ortostática; bostezos, rinitis, sinusitis; sequedad de boca, náuseas, diarrea, estreñimiento, vómitos, dispepsia, dolor abdominal, flatulencia, aumento de la salivación, anomalías del gusto; aumento de la sudoración, prurito, erupción, mialgia, artralgia; trastorno de la micción, poliuria; impotencia, trastorno de la eyaculación, insuficiencia eyaculatoria, dismenorrea (mujeres); astenia, fatiga. Persistencia de disfunción sexual.

**ANEXO 7. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN: DESCRIPCIÓN GRÁFICA**

<p><b>1. LA CARA:</b></p> <p>Frente: Tense la frente elevando las cejas hacia arriba.....5-7 seg..... relajar 15-20 seg. Concéntrase en la relajación</p> 	<p><b>2. OJOS:</b></p> <p>Tense los párpados cerrándolos y apretándolos fuertemente.... relaje.</p> 	<p><b>3. NARIZ:</b></p> <p>Arrugue la nariz subiéndola un poco hacia arriba ...por 5-7 seg..... relájela</p> 	<p><b>4. BOCA:</b></p> <p>Tense la boca apretando los labios uno contra otro ..... relajar. Concéntrase en la relajación dejando los músculos sueltos y sin tensión.</p> 	<p><b>5. CUELLO:</b></p> <p>Tense el cuello, apretando fuerte la cabeza contra el sillón o diván (5-7 seg.) Relajar (15-20 seg.)</p> 	<p><b>6. HOMBROS:</b></p> <p>Tense primero los hombros subiéndolos hacia las orejas todo lo que pueda..... relaje.</p> 
<p><b>7. HOMBROS:</b></p> <p>Tense los hombros apretándolos fuerte hacia atrás (sobre el sillón o el divan)..... relaje.</p> 	<p><b>8. BRAZOS:</b></p> <p>Brazo derecho: tensar.....relajar. Brazo izquierdo: tensar.....relajar.</p> 	<p><b>9. PECHO:</b></p> <p>Inspire profundo para tensar el pecho conteniendo el aire por 5-7 seg..... relajar expulsando el aire. Centrarse después en la relajación, respirando normal y dejando los músculos del pecho sueltos, relajados, sin tensión.</p> 	<p><b>10. ABDOMEN:</b></p> <p>Tensar los músculos del abdomen apretando fuertemente el estómago hacia dentro.....y..... relajar.</p> 	<p><b>11. MUSCULOS DE LA CINTURA:</b></p> <p>Tensar los músculos de debajo de la cintura apretando las nalgas contra el sillón 5-7 segundos..... relajar y centrarse en la relajación que se produce en estos músculos, dejarlos sueltos, sin tensión.</p> 	<p><b>12. PIERNAS:</b></p> <p>Derecha: Tensar levantado los pies hacia los ojos.....relajar. Izquierda: Tensar.....relajar.</p> 