



UNIVERSIDAD NACIONAL Y AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**ESTUDIO DE CASO A PERSONA EMBARAZADA CON ALTERACIÓN
DEL ESTADO EMOCIONAL POR DESVINCULACIÓN FAMILIAR**

ESTUDIO DE CASO

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PERINATAL**

PRESENTA:

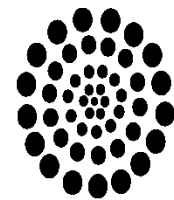
LE. YARELI ANGEL DOMÍNGUEZ

ASESOR ACADÉMICO:

MCE. CELIA DOMÍNGUEZ VÁZQUEZ



CIUDAD DE MÉXICO, 2022.



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL Y AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**ESTUDIO DE CASO A PERSONA EMBARAZADA CON ALTERACIÓN
DEL ESTADO EMOCIONAL POR DESVINCULACIÓN FAMILIAR**

**ESTUDIO DE CASO
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PERINATAL**

PRESENTA:

LE. YARELI ANGEL DOMÍNGUEZ

ASESOR ACADÉMICO:

MCE. CELIA DOMÍNGUEZ VÁZQUEZ



CIUDAD DE MÉXICO, 2022.



Resumen

Introducción. La depresión perinatal se define como aquella en que se presentan episodios depresivos mayores, y estos pueden ocurrir durante el embarazo o hasta 12 meses posteriores al parto, afectando a una de cada siete mujeres en el mundo. No solo afecta a la madre, sino también al producto de la concepción en su vida intra y extrauterina. Siendo esta patología una de las causas más frecuentes de muerte materna e infantil. **Objetivo.** Describir el estudio de caso de una persona embarazada con alteración del estado emocional por desvinculación familiar. **Método.** Se realizó una valoración general mediante el instrumento de Dorothea E. Orem basado en la teoría general del Déficit del autocuidado, inicia con datos sociodemográficos y de identificación, continuando con valoración de los 8 requisitos universales, así como una valoración focalizada con una nota tipo SOAP, se estructuraron 9 diagnósticos de enfermería y un plan de intervenciones de enfermería de cada uno bajo evidencia científica. **Descripción del caso.** Mujer de 38 años de edad con embarazo de 27.6 SDG por FUM con edad materna avanzada y alteración del estado emocional **Consideraciones éticas.** Esta investigación se realizó bajo un consentimiento informado autorizado de manera anónima y confidencial, para asegurar la integridad y privacidad de la persona. **Conclusiones.** La detección temprana de factores de riesgo para la depresión perinatal ofrece muchos beneficios para la madre, el recién nacido, y la familia, limita el daño y previene la muerte materna y perinatal.

Palabras clave.

Embarazo. Alteración emocional. Depresión perinatal. Intervenciones de enfermería. Daño. Cuidado. Recién nacido.

Summary

Introduction. Perinatal depression is defined as that in which major depressive episodes occur, and these can occur during pregnancy or up to 12 months after delivery, affecting one in seven women in the world. It not only affects the mother, but also the product of conception in its intra- and extra-uterine life. Being this pathology one of the most important causes of maternal and infant death. **Object.** Describe the case study of a pregnant person with altered emotional state due to family separation. **Method.** A general assessment was made using the Dorothea E. Orem instrument based the general theory of the self-care deficit, beginning with sociodemographic and identification data, continuing with the assessment of the 8 universal requirements, as well as a focused assessment with a SOAP-type note, 9 nursing diagnoses and a nursing intervention plan for each one based on scientific evidence were structured. **Description of the case.** A 38-year-old woman with a pregnancy of 27.6 SDG due to LMP with advanced maternal age and altered emotional state. **Ethical considerations.** This investigation was carried out under an anonymous and confidential authorized informed consent, to ensure the integrity and privacy of the person. **Conclusions.** Early detection of risk factors for perinatal depression offers many benefits for mother, baby, and family, limiting harm and preventing maternal and perinatal death.

Keywords.

Pregnancy. Emotional disturbance. Perinatal depression. Nursing interventions. Damage. Care. New born.

Agradecimientos

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por el apoyo económico que me brindaron para sostener mi estadía en la especialidad de enfermería perinatal y el voto de confianza por considerarme un agente de cambio en el ámbito de la investigación de las ciencias de la salud.

A la máxima casa de estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), por permitir e impulsarme a crecer profesionalmente y brindar así una atención personalizada y respetada para la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva con base en los derechos de las personas.

A la Unidad de Partería Alameda Chilpancingo (UPACH), sede de la especialidad de Enfermería Perinatal en Chilpancingo de los Bravo, Guerrero, por brindarme un entorno apropiado para desarrollar las habilidades y conocimientos necesarios para la atención de la mujer en edad reproductiva.

Es un placer haber trabajado bajo la tutela de la MCE. Celia Domínguez Vázquez, quien ha fungido como coordinadora de la especialidad y primer contacto de asesoría para la realización del presente estudio de caso, agradezco sus enseñanzas y los conocimientos compartidos, la paciencia y la entrega como docente. Muchas gracias maestra, un digno ejemplo a seguir.

Dedicatoria

A mis padres, quienes creyeron en mí.

A mi tía, quien me ayudó más de lo que es consciente.

Índice de contenido

Introducción	1
Objetivos	3
General	3
Específicos.....	3
Capítulo 1. Fundamentación	4
1.1 Fundamentación	4
Capítulo 2. Marco teórico	6
2.1 Marco conceptual.....	6
2.2 Marco empírico	10
2.3 Teoría general del déficit de cuidado de Elizabeth Dorothea Orem	13
2.4 Daños a la salud	18
Capítulo 3. Metodología	23
3.1 Búsqueda de la información.....	23
3.2 Sujeto.....	26
3.3 Material y procedimiento para la elaboración del estudio	27
3.4 Aspectos éticos	29
Capítulo 4. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería	35
4.1 Valoración generalizada.....	35
4.1.1 Esquema metodológico.....	40
4.1.2 Lista de diagnósticos de enfermería	41
4.2 Primer valoración focalizada	45
4.2.1 Lista de diagnósticos de enfermería	47
4.2.2 Plan de cuidados de Enfermería	48
4.3 Segunda valoración focalizada	53

4.3.1	Lista de diagnósticos de enfermería	55
4.3.2	Plan de cuidados de Enfermería	56
4.4	Tercera valoración focalizada	60
4.4.1	Lista de diagnósticos de enfermería	62
4.3.2	Plan de cuidados de Enfermería	63
4.4	Plan de alta (plan de cuidados en el hogar).....	65
Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones		69
5.1	Conclusiones.....	69
5.2	Recomendaciones	69
Referencias bibliográficas		71
Anexos		78
Apéndices		90

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Esquema metodológico.....	40
Ilustración 2. Consentimiento informado.	78
Ilustración 3. Instrumento de valoración P1.	78
Ilustración 4. Instrumento de valoración P2.	79
Ilustración 5. Instrumento de valoración P3.	79
Ilustración 6. Instrumento de valoración P4.	80
Ilustración 7. Instrumento de valoración P5.	80
Ilustración 8. Instrumento de valoración P6.	81
Ilustración 9. Instrumento de valoración P7.	81
Ilustración 10. Instrumento de valoración P8.....	82
Ilustración 11. Instrumento de valoración P9.....	82
Ilustración 12. Instrumento de valoración P10.....	83
Ilustración 13. Instrumento de valoración P11.....	83
Ilustración 14. instrumento de valoración P12.....	84
Ilustración 15. Instrumento de valoración P13.....	84
Ilustración 16. Ultrasonido obstétrico del primer trimestre.....	85
Ilustración 17. Ultrasonido obstétrico del segundo trimestre.	85
Ilustración 18. Biometría hemática.	86
Ilustración 19. Examen general de orina.	86
Ilustración 20. Escala de valoración de Edimburgo.....	87
Ilustración 21. Escala de valoración de Beck P1.....	87
Ilustración 22. Escala de valoración de Beck P2.....	88
Ilustración 23. Escala de valoración de Beck P3.....	88
Ilustración 24. Escala de valoración de Beck P4.....	89
Ilustración 25. Psicoprofilaxis.	90
Ilustración 26. Ejercicio prenatal.....	90
Ilustración 27. Belly painting.....	90
Ilustración 28. Vinculación familiar.	91
Ilustración 29. Dulce espera.....	91

Índice de tablas

Tabla 1. Plan de cuidados de enfermería perinatal.	17
Tabla 2. Pregunta PICO.	24
Tabla 3. Diagnóstico real. Alteración del estado emocional.	43
Tabla 4. Diagnóstico real. Alteración crónica del sueño.	44
Tabla 5. Diagnóstico real. Educación perinatal deficiente.	49
Tabla 6. Diagnóstico de riesgo. Riesgo de enfermedad hipertensiva del embarazo.	51
Tabla 7. Diagnóstico de riesgo. Riesgo de alteración emocional en el puerperio.	52
Tabla 8. Diagnóstico de bienestar. Disposición para el disfrute de la maternidad.	57
Tabla 9. Diagnóstico de riesgo. Riesgo de alteración del metabolismo de los carbohidratos.	59
Tabla 10. Diagnóstico de bienestar. Disposición para mejorar el estado emocional.	63
Tabla 11. Diagnóstico de bienestar. Disposición para prevenir patologías maternas gestacionales.	64

Introducción

El presente es un estudio de caso sobre una persona embarazada en el tercer trimestre de gestación sin comorbilidades agregadas al mismo con antecedente de cesárea previa por oligohidramnios y pérdida del bienestar fetal hace 9 años, con alteración del estado emocional por desvinculación familiar, para describir un plan de intervenciones de enfermería perinatal adecuado y lograr mejorar la calidad y disfrute del embarazo.

Objetivo. Valorar a persona con un embarazo de 27.6 SDG por FUM con edad materna avanzada y alteración del estado emocional por desvinculación familiar, elegida en las instalaciones del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense (HMNG), durante el periodo de la práctica clínica comprendida del 04 de abril al 24 de junio del 2022 en Chilpancingo de los Bravo, Guerrero., México.

Relevancia del estudio. Observar los beneficios que tiene la mujer embarazada bajo la aplicación de intervenciones de enfermería perinatal realizadas con la mayor evidencia científica, para prevenir consecuencias futuras y desafortunadas en el núcleo familiar y en la comunidad misma, que dentro de las complicaciones más severas son la muerte materna y la muerte infantil dada por la misma madre denominada filicidio.

Aportaciones a la disciplina y al campo de conocimiento específico. Con esta investigación se pretende abrir un campo de exploración mayor en cuanto a la depresión perinatal, ya que en México no se han podido establecer cifras exactas sobre la problemática real actual de la depresión perinatal y/o su diferenciación de la ansiedad y el estrés materno.

Capítulo 1. En este primer capítulo se establecen los datos epidemiológicos a nivel mundial, de América Latina y en el país de los Estados Unidos Mexicanos, sobre la incidencia y las consecuencias de la depresión perinatal en la madre y la persona recién nacida, así como también abordamos algunas medidas preventivas y de detección oportuna para establecer intervenciones que ayudarán a minimizar las consecuencias y limitar el trastorno.

Capítulo 2. Aquí se definen los conceptos básicos que se utilizaron para realizar la investigación y se describen los artículos científicos que sirvieron como base de este

estudio de caso, así como también se realiza la descripción de la teoría en la que se basó el presente estudio, la “Teoría del Déficit del autocuidado” de Dorothea Elizabeth Orem, abarcando también la descripción de la enfermedad.

Capítulo 3. En este apartado encontraremos la descripción detallada de la metodología usada para el estudio de caso por etapas, abarcando la recolección de datos, la formulación de la pregunta PICOT, búsqueda de información con la utilización de palabras clave y booleanos, la elección de artículos y evidencia científica bajo los criterios pertinentes y la realización del plan de intervenciones de enfermería específica. Se hace una descripción del sujeto de estudio abarcando los conceptos metaparadigmáticos, y de las consideraciones éticas.

Capítulo 4. Se estructura la valoración general con uso del instrumento de valoración de Dorothea E. Orem, así como tres valoraciones focalizadas del sujeto de estudio con uso de la herramienta de valoración de nota tipo SOAP, se estructuraron 9 diagnósticos de enfermería, siendo 3 reales, 3 de riesgo y 3 de bienestar, estableciendo un plan de cuidados específicos con una valoración y evaluación focalizada.

Capítulo 5. En este apartado se habla de las conclusiones del estudio de caso tras la implementación del plan de intervenciones de enfermería en la persona embarazada y las recomendaciones que se sugieren para futuras investigaciones referentes a este tema.

Al final de este estudio de caso se encontrará un listado de las referencias bibliográficas que fundamentan la realización de la presente investigación utilizando el formato Vancouver, así como también los anexos y apéndices del mismo.

El presente estudio de caso se culminó tras realizar una investigación exhaustiva acerca de la depresión perinatal, con antecedentes, incidencia, causas e impacto en la comunidad, durante el periodo académico febrero-diciembre 2022, para la obtención de grado de Enfermera Especialista Perinatal, de donde se evaluaron todas las intervenciones realizadas y el impacto que tuvieron en la persona y su familia.

Objetivos

General:

- Valorar a persona con embarazo de 27.6 SDG por FUM con edad materna avanzada y alteración del estado emocional por desvinculación familiar, elegida en las instalaciones del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense (HMNG), durante el periodo de práctica clínica del primer bloque semestral, comprendida del 04 de abril al 24 de junio del 2022 en Chilpancingo de los Bravo, Guerrero., México.

Específicos:

- Valorar a persona grávida de forma exhaustiva y focalizada con el instrumento de valoración de Dorothea E. Orem basado en la teoría general y modelo de “Déficit del autocuidado”.
- Realizar diagnósticos de enfermería de acuerdo a la valoración individualizada e integral y los factores de riesgo hallados.
- Formular un plan de intervenciones de enfermería perinatal personalizado de acuerdo a los diagnósticos establecidos y con fundamento en enfermería basada en evidencia científica.
- Aplicar el plan de intervenciones de enfermería perinatal para la resolución de los requisitos universales desviados de la persona embarazada y su familia.
- Interpretar los resultados obtenidos posterior a la ejecución del plan de intervenciones de enfermería para corroborar la efectividad alcanzada.
- Elaborar un plan de alta de acuerdo a las necesidades de la mujer embarazada y su familia.

Capítulo 1. Fundamentación

1.1 Fundamentación

A nivel mundial la depresión posparto, incide en un 15% del total de las mujeres, y esta a su vez ya está incluida en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales como “trastorno depresivo durante el periodo perinatal”. Se manifiesta principalmente por un estado emocional de tristeza, cansancio y trastornos del sueño, durante el periodo prenatal se puede evidenciar, depresión, ansiedad y estrés específicamente por el embarazo mismo. Los efectos adversos más preocupantes son suicidio y filicidio, siendo el primero una de las causas más importantes de muerte materna (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), publicó directrices mundiales para apoyo a las mujeres en el periodo posparto, siendo 63 recomendaciones, dado que las 6 primeras semanas posteriores al evento obstétrico son las más cruciales para la prevención de la muerte materna e infantil. Menciona que 3 de cada 10 binomios (madre e hijo), no reciben atención sanitaria posnatal y que las necesidades de las mujeres se descuidan con mayor frecuencia por la llegada del nuevo ser, provocando estrés y ansiedad sin precedentes, siendo así, que las madres necesitan sistemas sólidos de apoyo y de atención a la salud. Dentro de sus recomendaciones propone realizar: “Cribados para detectar depresión y ansiedad posparto en la madre, con servicios de derivación y tratamiento de ser necesario” (2).

La depresión perinatal consta de episodios depresivos mayores que pueden ocurrir durante el embarazo o hasta 12 meses posteriores al parto, afectando a una de siete mujeres. En 2011 en los Estados Unidos de América, la prevalencia de depresión perinatal fue del 9% en las mujeres embarazadas y del 10% en puérperas, significando altos costos para la familia y la comunidad por lo que recomiendan realizar una detección precoz durante el embarazo para minimizar las consecuencias, iniciar un tratamiento temprano y de requerirlo, hacer una derivación a proveedores de atención de salud mental (3).

La aparición de trastornos depresivos en el periodo de gestación, son favorecidos por los múltiples cambios físicos, psicológicos y sociales que surgen durante este periodo. Las responsabilidades y el cumplimiento del nuevo rol social por un hijo elevan los niveles de

estrés. La depresión prenatal o perinatal se presenta entre el 2% y 21% en personas embarazadas de países desarrollados, en América Latina de 12.3% al 14%. La depresión posparto “DPP”, se asocia a mayor probabilidad de un parto prematuro, bajo peso al nacer, desnutrición, cuidado de la persona recién nacida y autocuidado deficiente o negativo (4).

Contreras, Villalobos y Mancilla (2022), publicaron que, en México, la depresión perinatal solo es descrita por investigadores de instituciones de salud mental y no por nosocomios gineco-obstétricos, por lo tanto, no es tan conocida en el país y esto podría significar que el problema es más grave de lo que parece. Describieron la importancia de implementar sistemas activos de detección precoz principalmente en unidades maternos-fetales, neonatales y de consulta externa gineco-obstétrica para mejorar las estadísticas hospitalarias (5).

Entre las consecuencias más preocupantes de un trastorno depresivo para el binomio, se consideran la depresión prolongada y el suicidio materno, así como desapego del binomio y una lactancia materna ineficaz que desencadenaría en retraso del crecimiento y desarrollo del niño, mayor riesgo de desarrollo de trastornos depresivos en su ciclo vital y problemas conductuales y emocionales (4).

Es importante identificar si existen factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno depresivo entre los cuales, los principales son haber presentado DPP anteriormente, no contar con redes de apoyo, intentos de suicidio personales o de parientes muy cercanos, evidencia de violencia intrafamiliar y drogadicción, etcétera (4).

Capítulo 2. Marco teórico

2.1 Marco conceptual

Acción/Action: ejercicio de la posibilidad de hacer (6).

Alteración emocional/Emotional disturbance: es un estado transitorio debido a situaciones percibidas por los individuos como amenazantes o de peligro, entre las más frecuentes se encuentran la ansiedad, la ira y el estrés (7).

Conceptus/Concepts: al producto de la concepción en cualquier etapa de desarrollo desde la fertilización al nacimiento. Incluye el embrión o el feto y las membranas embrionarias (8).

Cuidado/Care: acción de cuidar, recelo, preocupación, temor (9).

Depresión perinatal/Perinatal depression: trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres durante el embarazo y después del parto. Incluye aquella que comienza durante el embarazo “depresión prenatal” y la que comienza después del nacimiento del bebe “posparto”, las mamás con depresión perinatal experimentan tristeza, ansiedad y fatiga que dificultan sus tareas diarias, como el autocuidado y el cuidado de los demás (10).

Depresión/Depression: La depresión es tanto un estado afectivo normal (tristeza) como un síntoma o un síndrome que se caracteriza por alteraciones del humor (irritabilidad, falta de capacidad de sentir placer, apatía), cognitivas, psicomotoras y vegetativas (sueño y apetito) (9).

Edad gestacional/Gestational age: periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos (8).

Educación perinatal/Perinatal Education: preparación teórica direccionada a proporcionar la mejor información a la madre que permita romper con ideas, concepciones o creencias falsas sobre la relación del embarazo y parto, con el dolor, que incluye preparación física

conformada por suaves y seguros ejercicios que permitirán a la madre manejar la postura, movimiento, respiración, relajación y dominio de puntos analgésicos (11).

Embarazo/Pregnancy: es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento (8).

Emoción/Emotion: proceso psicológico que nos prepara para adaptarnos y responder al entorno. Su función principal es la adaptación que es la clave para entender la máxima premisa de cualquier organismo vivo, la supervivencia (13).

Enfermería/Nursing: abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos (14).

Estado emocional/Emotional state: es un estado afectivo que experimentamos, relación subjetiva al ambiente de aprendizaje que viene acompañado de cambios orgánicos y fisiológicos de origen innato influidos por la experiencia (13).

Estrés/Stress: es "un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo cuando se lo somete a fuertes demandas" (11).

Feto/Fetus: al producto de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario, a las 8 semanas después de la fecundación, hasta el aborto o el nacimiento (8).

Filicidio/Filicide: proviene del latín *filuis*, hijo, y *caedére*, matar, y designa la muerte del propio hijo por parte del padre o la madre, si la madre mata a su bebé recién nacido para ocultar su deshonra, comete un homicidio que se rotula infanticidio; en cambio, si lo hace durante otro período de la infancia y por distinta motivación, incurre en el homicidio que se denomina filicidio (15).

Intervención/Intervention: se define como un tratamiento, un procedimiento u otra acción que sirven para prevenir o tratar una enfermedad, o para mejorar la salud de otras formas (16).

Metaparadigma/Metaparadigm: es el nivel de conocimientos más abstracto de todos. Describen los principales conceptos que hacen referencia al tema principal, así como a

la finalidad de una disciplina. Los principales conceptos del metaparadigma enfermero son el de persona, entorno, salud y enfermería (17).

Muerte Materna Directa/Direct maternal death: a la relacionada con las complicaciones propias del embarazo (8).

Muerte Materna Indirecta/Indirect maternal death: a la causada por una enfermedad de fondo agravada por el embarazo (8).

Muerte materna/Maternal death: es la ocurrida a una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (8).

Partera técnica/Technical midwife: a la persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico (8).

Partera tradicional/Traditional midwife: a la persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales y que ha sido formada y práctica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida, la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica (8).

Periodo perinatal/Perinatal period: comprende el embarazo y hasta doce meses posteriores al parto (12).

Persona/Person: organismo biológico, racional y pensante. Un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente (27).

Psicoprofilaxis/Psychoprophylaxis: preparación teórica y física para que la persona embarazada tenga una mejor participación en el parto, especialmente en el periodo expulsivo, aunado a la preparación psicológica que permite fortalecer la autoconfianza para asumir el proceso del parto de manera natural y positiva (12).

Psicosis posparto/Postpartum psychosis: enfermedad mental grave que ocurre después de dar a luz y se manifiesta o no con delirios (creencias o pensamientos que no son ciertos), alucinaciones (ver, oír y oler cosas que no están ahí), manía (estado de ánimo elevado y eufórico en el que a menudo las personas parecen no estar en contacto con la realidad), paranoia y confusión (10).

Terapia cognitivo-conductual/Cognitive behavioral therapy: es un tipo de psicoterapia que puede ayudar a las personas con depresión y ansiedad, pues les enseña diferentes formas de pensar, comportarse y reaccionar ante distintas situaciones (10).

Terapia interpersonal/Interpersonal therapy: ayudar a mejorar las habilidades de comunicación dentro de las relaciones, establecer redes de apoyo social y desarrollar expectativas realistas que les permitan lidiar con la crisis u otros problemas que pueden estar contribuyendo a su depresión (10).

Tristeza posparto/Postpartum blues “baby blues”: cambios leves en el estado de ánimo, así como sentimientos de preocupación, infelicidad y agotamiento que pueden experimentarse durante las primeras dos semanas posparto., si los cambios son muy fuertes o duran más de dos semanas se consideraría depresión posparto (10).

Vínculo familiar/Family bond: aquel que une a todos los miembros de una familia y los hace compartir experiencias, fantasías y sueños (18).

Vínculo/Bond: unión entre dos o más personas por relaciones y/o comportamientos (18).

2.2 Marco empírico

El “National Institute of Mental Health”, menciona que la depresión posparto es muy común que se presente en las mujeres durante el embarazo y en el puerperio. La causa es multifactorial con predominio en la combinación de factores genéticos y ambientales. Destaca la importancia del tratamiento con psicoterapia cognitivo-conductual y/o interpersonal y fármacos o la combinación de ambos (10).

En el artículo “Sensibilidad y especificidad de las tres preguntas de Whooley y Arroll para detectar la depresión perinatal en mujeres mexicanas”, de Navarrete et al., destacaron la importancia de aplicar estrategias preventivas para la depresión posparto en México, ya que la prevalencia que se encontró fue de cerca del 19% dentro de la segunda semana posparto, y del 22.5% hasta las 4 semanas posparto, incrementándose hasta un 25% en mujeres con antecedentes de depresión posparto (19).

En el artículo “Depresión en el embarazo”, de Martínez y Pérez, describieron algunos factores importantes que influyen para el desarrollo de depresión, entre ellos el abuso sexual, la edad temprana y violencia intrafamiliar, con una prevalencia en Sudamérica de aproximadamente 29%, donde la mayoría de los casos no son reportados por ser sintomatología que se atribuye al propio embarazo. De realizar un diagnóstico temprano, se disminuye la incidencia de conductas de riesgo, trastornos del desarrollo fetal y resultados obstétricos desfavorables. Concluyendo así, que la psicoterapia en caso leves de estrés, ansiedad o depresión, es una herramienta eficaz de tratamiento no farmacológico (20).

En el estudio de Gracia de Gregorio y Embun Ferrer, “Impacto de la depresión perinatal en el vínculo materno: una revisión bibliográfica”, exploran la relación entre la DPP y la vinculación materna con bibliografía publicada en los últimos 10 años. Donde de forma concluyente describieron que las mujeres con este trastorno tenían una sensibilidad y capacidad de respuesta con el recién nacido disminuida, reflejándose en demostraciones de afecto muy reducidas, interacción ansiosa y disminuida. La depresión interfiere con la capacidad de cuidado de la madre hacia el recién nacido, afectando así directamente la formación del vínculo emocional entre madre e hijo, haciendo al hijo completamente

vulnerable. Concluyendo así, que la depresión perinatal guarda una relación directa con el déficit de vinculación al hijo (21).

Atfeh, Zahra y Afagh describen la importancia entre la relación “depresión durante el embarazo” y “patologías agregadas al mismo” como; preeclampsia, ruptura de membranas, parto prematuro, muerte fetal intrauterina, restricción del crecimiento intrauterino y peso bajo al nacer, con lo cual concluyeron que todo el personal de salud en contacto con embarazadas debería realizar evaluaciones a madres con riesgo de depresión y su posterior seguimiento (22).

En el estudio sobre “Apego prenatal y depresión perinatal”, Rolle, Giordano, Santoniccolo y Trombetta resaltaron la importancia de implementar un diagnóstico precoz y realizar intervenciones como: interacción con el feto (estimulación auditiva, táctil y visual), cuidados prenatales y preparación psicológica para minimizar las consecuencias negativas psicológicas y mejorar la transición al nuevo rol de cuidado familiar (23).

En la revisión “Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Depresión perinatal: una revisión sobre estrategias de diagnóstico y tratamiento”, Krauskopf y Valenzuela explican que durante el proceso de adaptación de la mujer a su nuevo rol de madre es normal que sufra cambios significativos durante el embarazo y hasta un año posterior al parto, pero que estos los suele resolver ella misma, a diferencia de los síntomas de la depresión perinatal, ya que es un trastorno que significa grandes efectos negativos tanto para la madre como para el hijo. Las mujeres son muy vulnerables a sufrir trastornos depresivos a lo largo de su vida lo que las hace más susceptibles a sufrir de depresión perinatal, pero es esta etapa también que significa una gran ventaja para las mujeres ya que con un control prenatal adecuado y profesionales capacitados significa una oportunidad muy importante para llevar a cabo el diagnóstico oportuno por el contacto tan continuo con los profesionales de la salud. Sugieren que como parte de un programa de prevención oportuna se deberían llevar a cabo actividades psicoeducativas a manera de educación para la población, así como la actualización adecuada para los profesionales de la salud en identificación de factores de riesgo, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y derivación necesario, así como el seguimiento perinatal pertinente (24).

En el artículo titulado “Mecanismos implicados en la depresión perinatal y la vinculación materno-fetal: papel específico de la rumiación”, Vega-Sanz, Blanco y Sánchez-López nos explican que la depresión perinatal afecta directamente la adaptación de la mujer durante el embarazo y el vínculo materno-fetal, por lo que surge la iniciativa de analizar el efecto de la rumiación depresiva como factor de riesgo para la depresión perinatal. Tras la aplicación de un cuestionario de evaluación de factores de riesgo sociodemográficos, psicológicos y medidas de presión perinatal, concluyeron que la rumiación depresiva es un predictor significativo de depresión perinatal y ansiedad materna (25).

En el análisis epidemiológico de la depresión perinatal, Contreras-Carreto, Villalobos-Gallegos y Mancilla-Ramírez esclarecen que en México la prevalencia solo es descrita por diferentes autores e instituciones de salud mental pero no por los servicios de ginecología ya que no cuentan con la infraestructura adecuada para su detección, concluyendo así, que la problemática en el país podría ser mayor y más grave de lo que llega a darse a conocer en las diferentes publicaciones (5).

Después del análisis de la bibliografía ya descrita, se puede observar que a pesar de la existencia de información como las cifras de incidencia de la depresión perinatal en las personas en este periodo, así como las consecuencias que afectan no solo de manera importante a la mujer sino también al hijo y por consiguiente a la familia y comunidad, destacan que es imperativo el contacto adecuado con el área de la salud, es decir, los médicos, parteras, enfermeras obstétricas y demás profesionales que están en contacto directo con este grupo de población juega un papel importante para una detección de factores y un diagnóstico oportuno. La promoción a la salud es la base de la prevención de eventos lamentables que, si bien llegan a suceder, podemos limitar y reducir el daño.

2.3 Teoría general de Déficit del autocuidado de Elizabeth Dorothea Orem

Elizabeth Dorothea Orem, teórica de enfermería de gran importancia, participó en numerosos proyectos como consultora de planes de estudios, dirección de hospitales, fue catedrática en importantes universidades, publicó libros de enfermería y aportó la teoría de Déficit del autocuidado (26).

Dorothea Orem definió los siguientes conceptos metaparadigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales (27).

Aunque no define entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

La teoría del déficit del autocuidado se compone de 3 teorías relacionadas entre sí mismas, que son: La teoría del autocuidado, La teoría del déficit del autocuidado y La teoría de los Sistemas de enfermería (26).

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es

utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E. Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos (26):

1. Requisito de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud (28).

En la teoría del autocuidado, Orem nos plantea que “el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar” (26).

La teoría del déficit del autocuidado describe y explica las causas que puede provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera (29).

La teoría de los Sistemas de enfermería establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son: la Enfermera, el paciente o grupo de personas y los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

1. Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado

universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

2. Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.
3. Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades (26).

Dorothea E. Orem planteó que el ser humano es un organismo biológico, psicológico y en interacción con su medio social, por lo tanto, es capaz realizar actividades beneficiosas para sí mismo. El modelo de Dorothea Elizabeth Orem, nos proporciona una serie de conceptualizaciones acerca del autocuidado y sus diferentes componentes para poder fomentar la mejora o el desarrollo de la cultura del autocuidado en el individuo y el personal de enfermería, bien lo mencionó Naranjo, para cuidar de alguien más, es necesario antes cuidar de sí mismo (26).

Proceso atención de enfermería

La enfermería profesional se caracteriza por proporcionar cuidados basados en conocimientos y técnicas específicas, que permiten desarrollar un método de trabajo propio, es decir, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que es un conjunto de procedimientos lógico, dinámico y sistemático para brindar cuidados sustentados en evidencias científicas, el cual consta de 5 etapas que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Considera la integralidad, totalidad, seguridad, así como la continuidad requerida por el sujeto de cuidado en diferentes momentos y en diferentes escenarios. En la atención se da un proceso interactivo entre el cuidador y el

ser cuidado; el primero tiene el papel activo pues realiza acciones y comportamientos para cuidar. El segundo, ser cuidado, tiene un rol más pasivo y en función de su situación, puede contribuir y ser responsable del propio cuidado en situaciones de educación para la salud (30).

Valoración: consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas (31).

Diagnóstico: consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, que para fines de la metodología utilizada en esta investigación es bajo los requisitos universales de autocuidado desviados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores (32).

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales. Un diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras que pretenden conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable.

Planeación: consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan (31).

Ejecución: aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la

planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería (31).

Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos, esta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería (31).

Para la realización de esta investigación bajo la metodología descrita se realizaron planes de intervenciones de enfermería bajo la previa estructuración de diagnósticos de enfermería con el formato PES, los cuales se plasmaron bajo el siguiente formato cada uno.

Valoración focalizada:			
Requisito desviado:			
Objetivo:			
Diagnóstico de enfermería		Intervenciones	Evaluación
	Tipo de diagnóstico		
P			
E			
S			

Tabla 1. Plan de cuidados de enfermería perinatal.
Fuente: Realización propia.

2.4 Daños a la salud

Cada enfermedad o trastorno tiene una forma de evolución única cuando se deja a su propio curso, siendo esto conocido como la historia natural de la enfermedad, a continuación, se ha descrito la evolución del trastorno de la depresión perinatal.

Una de las causas principales de la depresión posparto es la hormonal (bajos niveles de progesterona y estrógenos), pero sobre todo aquellas de índole psicosocial, es decir, la situación de la gestante o puérpera, como son: pareja indiferente, pérdidas personales tempranas, antecedentes de violencia, aislamiento social, estrés socioeconómico, desapego familiar y episodios depresivos previos. La depresión materna afecta no solo a la madre sino también la vida del hijo, resultando un factor de riesgo de reincidencia de depresión de un 60% a un 80% de sufrir este trastorno en los próximos 5 años futuros posteriores al primer episodio de depresión posparto para la madre y riesgo de desarrollo de una psicopatología y episodios depresivo para los hijos (33).

Depresión en el embarazo

Se caracteriza por ánimo depresivo y/o pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar (anhedonia) y a estos síntomas se suman otros como alteraciones del sueño, del apetito y cansancio entre otros. La depresión en el embarazo presenta síntomas similares a otros cuadros depresivos que puedan presentarse en diferentes etapas de la vida. Algunos síntomas depresivos podrían atribuirse y/o confundirse con síntomas propios del embarazo lo que puede dificultar el diagnóstico de depresión, tales como astenia, cansancio, labilidad emocional, irritabilidad y trastornos del sueño. Es necesario descartar causas orgánicas que puedan favorecer la presencia de síntomas similares a los depresivos como anemia y patología tiroidea (33).

Los factores que constituyen un riesgo para desarrollo de depresión durante el embarazo son:

- Ansiedad materna: la ansiedad tiene una fuerte relación con los síntomas depresivos durante el embarazo.

- Eventos vitales: los eventos vitales estresantes, tales como separación/divorcio, fallecimiento de un familiar, pérdida de empleo y otros eventos estresantes tienen una relación significativa con la presencia de la depresión antenatal.
- Historia previa de depresión: la presencia de diagnóstico previo de depresión es un predictor de la depresión antenatal.
- Falta de red de apoyo: red de apoyo social/familiar, especialmente de la pareja.
- Violencia doméstica.
- Deseo de embarazo: embarazo no deseado.
- Tipo de relación de pareja: no vivir con la pareja tiene relación media con depresión antenatal.
- Tipo de cobertura médica: las mujeres con coberturas médicas más deficientes presentan más riesgo de sufrir depresión.
- Nivel socioeconómico: niveles bajos sería un factor de riesgo mayor.
- Factores que presentan resultados inconsistentes: dentro de estos estarían el consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias. Edad materna, historia obstétrica previa. Raza/etnia de la madre (33).

En 1990, los trastornos depresivos fueron la cuarta causa de discapacidad en el mundo, ascendiendo al tercer lugar en el 2017. En el año 2000 se reportaron 6582 muertes secundarias a trastornos depresivos. De 1990 al año 2000, se observó un incremento en la estimación de años vividos con discapacidad del 10.7% al 12.1%, además de un incremento en los años de vida ajustados por discapacidad del 3.7% al 4.46%. Del mismo modo, existen diferencias epidemiológicas por regiones, pues la carga por trastornos depresivos en África es tan baja como el 1.2% y en América Latina tan alta como del 8.9%. En los países con bajos a medianos ingresos económicos, los años de vida ajustados por discapacidad son del 4.1% (5).

La depresión perinatal produce un costo social elevado por los gastos en salud que representa y por el desempleo, el ausentismo laboral y la pérdida de productividad global que conlleva. Para la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, el gasto en salud por trastornos mentales puede llegar hasta el 4% del producto interior bruto nacional. El retraso en su atención puede llevar al infanticidio o al suicidio, siendo

esta la principal causa de muerte materna durante el primer año posparto. Otros factores que pueden incrementar los gastos en salud son el aborto espontáneo, la prematuridad, la preeclampsia, las complicaciones obstétricas, el bajo peso al nacer y las complicaciones neonatales. La depresión perinatal frecuentemente afecta el vínculo madre-hijo. También, los hijos de madres deprimidas tienen mayor riesgo de desarrollar problemas emocionales o trastornos mentales en la infancia y la vida adulta (5).

Etiología de la depresión

Pese a la creencia de que las hormonas tienen un papel importante, se dispone de escasa evidencia que sustente una base biológica para este trastorno; en cambio, los estudios señalan la importancia de elementos psicosociales, como el antecedente depresivo, conflictos maritales, eventos vitales, apoyo social insuficiente y ambivalencia acerca del embarazo. En un estudio, de 14 mujeres que contemplaron la posibilidad del aborto durante la gestación, 13 presentaron depresión posparto (34).

Los antecedentes depresivos familiares o personales son muy importantes, y por supuesto, las mujeres con mayores problemas de adversidad (socioeconómica, etc.) están más expuestas a presentar estos cuadros. La recidiva es muy alta en el caso de las psicosis. Una mujer con un cuadro psicótico puerperal previo tiene un 90% de probabilidad de presentar nuevos episodios puerperales; en el caso de los trastornos bipolares, la posibilidad de recidiva es de alrededor del 50%. La depresión mayor tiene una recidiva de 30 a 50% (34).

Manifestaciones clínicas

La tristeza posparto es un estado emocional pasajero que suele ceder unas cuantas semanas posteriores al parto, que consiste en labilidad para llorar, temor hacia el futuro, tristeza y sentimientos de incompetencia para el nuevo rol de madre, en el cual se requiere que la madre obtenga atención y palabras de tranquilidad por su núcleo familiar y social.

La depresión coexiste con síntomas de ansiedad, es fácil de diagnosticar en la mayoría de las veces, siempre y cuando el entrevistador esté dispuesto a escuchar a la usuaria, existiendo de preferencia un clima de confianza entre ambos para que así pueda expresar

sus sentimientos reales. En una mujer embarazada podrían percibirse signos de desnutrición y desinterés del control prenatal y cuidados del mismo.

Los signos más comunes son: tristeza, ideas del futuro inciertas o negativas, autorreproche, sentimientos de insuficiencia personal para llevar a cabo el adecuado cuidado prenatal y puerperal, e inclusive podría detectarse irritabilidad generalizada.

Tratamiento

La terapia se enfoca en: la psicoeducación (grupos de autoayuda, libros), que consiste en explicarle a las madres que el presentar estos síntomas no significa una derrota ni un fracaso, lo que las alivia mucho, sin necesidad de entrar en explicaciones complejas. La psicoterapia es el eje de la terapia, la farmacología también tiene su papel, así como la hospitalización, la terapia electroconvulsiva es infrecuente. Entre las estrategias activas están la psicoterapia interpersonal, las terapias cognitivo-conductuales, el uso de estrógenos, que tienen acción timoléptica, el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y también existen experiencias con privación de sueño. En Lancet se publicó un estudio realizado en 34 casos y 27 controles (que usaron placebo), con parches transdérmicos de estrógenos, encontrándose una reducción significativa en el puntaje de depresividad EDPE (Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo), la que se mantuvo por períodos prolongados. No se observó riesgo de hiperplasia endometrial. Sin embargo, el 47% de las mujeres estaba con antidepresivos al mismo tiempo, por lo cual no quedó claro si los estrógenos estaban actuando como monoterapia o como coadyuvantes (34).

Prevención:

- Para disminuir la morbilidad por depresión perinatal es fundamental:
- Brindar información suficiente, clara y precisa a la mujer, su pareja y familia.
- Control de la sintomatología.
- Disminuir el miedo y la angustia.
- Fortalecer el vínculo madre-hijo y con la pareja.
- Promover el buen funcionamiento familiar.

- Intervenir en los estresores actuales.
- Fortalecer las redes de apoyo familiares, sociales e institucionales.

Se han descrito buenos resultados con las siguientes estrategias: creación de áreas especializadas en salud mental perinatal, visitas domiciliarias, seguimiento telefónico, “*coaching*” interactivo, psicoterapia individual y grupal cognitivo-conductual, intervenciones psicoeducativas madre-hijo y realización de actividad física (35).

Capítulo 3. Metodología

3.1 Búsqueda de la información

Etapa 0

Para la realización del presente estudio de caso se utilizó como recurso principal la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), con la que se busca dar respuesta y poner a disposición la mejor evidencia científica a través de la investigación más reciente que sirve como base para la toma de decisiones. La etapa 0 es la más temprana de la EBE, donde se busca cultivar el espíritu de investigación y recolección de información verídica y útil, mediante la descripción del escenario clínico, donde se elige a una paciente femenina de 38 años de edad con un embarazo de 27.6 SDG por fecha de última menstruación, quien labora en el hospital de la madre y el niño guerrerenses como personal de enfermería general y lleva su control prenatal en la clínica hospital ISSSTE Chilpancingo y en una unidad de atención de salud privada, con el diagnóstico de embarazo de 27.6 sdg por fecha de última menstruación de 27.6 SDG por FUM con edad materna avanzada y alteración del estado emocional, gesta 3 para 1 cesárea 1, quien a la entrevista mediante el instrumento de Dorothea E. Orem, refiere y destaca alteración del estado emocional a raíz del embarazo expresando “me siento sola y no siento que mi familia me apoye, no tengo con quien platicar”. Como objetivo principal se pretende limitar y prevenir las complicaciones que se pueden presentar en el periodo perinatal para reducción de daños al binomio, una vez planteado el contexto clínico se expone la pregunta PICO (persona, intervención, comparación y objetivo).

Etapa 1

Tipo de pregunta clínica, intervención o tratamiento	
Componentes de la pregunta PICO	
P	Persona con embarazo de 27.6 SDG por FUM con edad materna avanzada y alteración del estado emocional.
I	Intervenciones de enfermería perinatal.
C	Con una mujer en edad fértil adecuada que se dedica únicamente al hogar.

O	Mejorar el estado emocional.
Pregunta PICO	
¿Cuáles son las intervenciones de enfermería perinatal específicas, para mejorar el estado emocional de la persona, con un embarazo de 27.6 SDG por FUM con edad materna avanzada y alteración del estado emocional en comparación con una mujer en edad fértil adecuada que se dedica únicamente al hogar sin alteración evidente del estado emocional durante el periodo perinatal?	

Tabla 2. Pregunta PICO.
Fuente: Realización propia.

Etapa 2

Se localizaron las evidencias científicas, utilizando descriptores en ciencias de la salud (DeCs), siendo los siguientes: Alteración emocional/Emotional disturbance, Conceptus/Concepts, Depresión perinatal/Perinatal depression, Depresión/Depression, Edad gestacional/Gestacional age, Embarazo/Pregnancy, Emoción/Emotion, Estado emocional/Emotional state, Estrés/Stress, Feto/Fetus, Filicidio/Filicide, Muerte Materna Directa/Direct maternal death, Periodo perinatal/Perinatal period, Psicosis posparto/Postpartum psychosis, Tristeza posparto/Postpartum blues “baby blues” y Vínculo familiar/Family bond. Los operadores booleanos utilizados fueron: AND, OR y NOT. Se limitó la búsqueda a menor de 5 años de antigüedad de publicación con respecto al año actual (2022), idioma inglés y español, con guías de práctica clínica de las cuales se hizo uso de publicaciones más antiguas debido a falta de actualizaciones, meta-análisis y ensayos clínicos. Las bases de datos consultadas fueron: PubMed, Scielo, Cochrane y BVS.

Etapa 3

Se evaluó de manera crítica los artículos encontrados en la búsqueda realizada, que fueron 486 de manera generalizada, de los cuales se descartaron 456 a medida que se discrimina la información. Los motivos de eliminación de los estudios fueron principalmente la fecha de publicación y criterios de inclusión. Los artículos

seleccionados fueron evaluados considerando el nivel de evidencia del estudio, revisión de resúmenes para identificar el tema central y su metodología.

Etapa 4

En esta etapa de implementación se plasmó en un plan de cuidados de enfermería las intervenciones adecuadas encontradas a lo largo de la búsqueda de la información de EBE durante estas 4 etapas.

Etapa 5

En esta etapa se realizó la evaluación de los resultados obtenidos tras la aplicación de los planes de cuidados de enfermería perinatal de forma individualizada y objetiva de cada diagnóstico realizado, para valorar la efectividad y el impacto que estas actividades tuvieron en la persona embarazada, su familia y entorno. Cada plan se evaluó antes y después de su aplicación y se registraron los resultados obtenidos para su análisis posterior.

Etapa 6

En esta etapa final, que se refiere a la difusión, se estableció un plan de alta con intervenciones específicas de enfermería perinatal para la persona embarazada y su familia. También como difusión de importancia se impera en la existencia del presente trabajo de investigación y la presentación preliminar que se realizó en el mes de agosto del 2022 como: “avances de estudio de caso” en la sede de la especialidad de enfermería perinatal en la Unidad de Partería Alameda Chilpancingo. De manera concluyente se menciona la importancia de la publicación del presente en una revista de artículos de investigación de enfermería para que la población profesional y general, que tengan acceso a estos sitios de publicación en línea y documentos físicos, tengan conocimiento de la importancia de este tema (depresión perinatal) para concientizar y evidenciar que no es “algo propio del embarazo y las hormonas o como algo sin importancia”.

3.2 Sujeto

La teoría general del déficit del autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem se basa en el metaparadigma de 3 conceptualizaciones que describen a la persona, salud y enfermería, por lo que para cumplir con la descripción de la persona del presente estudio de caso se hará la descripción de estos.

(Persona- entorno-salud-cuidado)

Persona: femenina de 38 años de edad, casada con profesión de enfermería, quien ejerce laborando en el turno nocturno A (lunes, miércoles y viernes), menciona que no realiza siestas vespertinas ni pos guardia, pero realiza caminatas matutinas frecuentemente.

Salud: niega antecedentes heredo familiares, niega antecedentes patológicos personales, refiere que padece de estreñimiento crónico que remite a la ingesta de alimentos altos en fibra y abundantes líquidos. se encuentra con un embarazo de 27.6 SDG con edad materna avanzada y alteración del estado emocional, lleva su control prenatal en la clínica hospital ISSSTE Chilpancingo.

Cuidado: En vías de desarrollo y su sistema de desarrollo es apoyo-educación /parcialmente compensatorio

No es un concepto perteneciente del metaparadigma de Dorothea, pero dentro de su teoría menciona una serie de factores básicos condicionantes, por lo que se decide incluir el apartado de entorno, donde se describen los mismos.

Entorno: vive en la ciudad de Chilpancingo de los Bravo capital del estado de Guerrero, cumple el rol de madre, ama de casa, esposa y trabajadora profesionalista. En su hogar menciona que cuenta con todos los servicios públicos básicos, siendo derechohabiente de la Clínica Hospital Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores "ISSSTE" Chilpancingo. Cuenta con una vivienda propia de material sin mascotas.

3.3 Material y procedimiento para la elaboración del estudio

En el mes de abril del 2022, durante la primera rotación de práctica clínica correspondiente al primer bloque académico del posgrado de enfermería perinatal, con sede en la Unidad de Partería Alameda Chilpancingo (UPACH), en el Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense (HMNG), se seleccionó de entre las usuarias de los servicios de salud del HMNG a el sujeto de estudio al azar por conveniencia tomando en cuenta el cumplimiento de los requisitos de inclusión previamente establecidos los cuales se mencionan a continuación:

1. Persona embarazada que actualmente acudiera a valoración médica al HMNG sin importar profesión, nivel cultural o económico.
2. Que accediera a participar voluntaria y sin coerción en el estudio de caso basado en la teoría general del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.
3. Que firmara el consentimiento informado previamente explicado, de manera libre y voluntaria.

Se utilizó el instrumento de valoración general de Dorothea E. Orem con 4 apartados fundamentales siendo de factores condicionantes básicos, requisitos de autocuidado universales, requisitos de autocuidado de desarrollo y requisitos de desviación de la salud, posteriormente se realizaron tres valoraciones focalizadas con el instrumento de valoración por conveniencia del investigador, nota tipo SOAP, que inicia con la descripción del problema, datos subjetivos, objetivos, análisis de la información recabada dentro de este mismo la impresión diagnóstica actual de la usuaria y análisis de estudios de laboratorio y gabinete, con un plan y un pronóstico esperado de acuerdo a la evaluación completa, posteriormente para dar lugar a la estructuración del esquema metodológico de Orem, que se compone de 7 bloques, I. Unidad de observación, II. Requisitos universales, III. Etapa del desarrollo, IV. Requisitos de autocuidado ante un sistema, V. Factores básicos condicionantes, VI. Cadena de exposición a riesgos y VII. Agencia del autocuidado.

Tras este análisis de información se realizaron 9 diagnósticos de enfermería basados en el formato PES (problema, etiología y signos y síntomas), 3 reales, 3 de riesgo y 3 más de bienestar, de los cuales se estableció y ejecutó un plan de cuidados de intervenciones de enfermería perinatal individualizado con su respectiva evaluación de efectividad en la usuaria y su familia.

Cabe destacar que las intervenciones establecidas en cada plan de cuidados fueron fundamentadas bajo evidencia científica de las siguientes bibliografías:

Artículos digitales:

- La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem.
- La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para la calidad en la atención.
- Análisis epidemiológico de la depresión perinatal.
- Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México
- Depresión en el embarazo. Revista Colombiana de Psiquiatría.

Guías de Práctica Clínica:

- Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primer y segundo niveles de atención. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones.

Norma Oficial Mexicana:

- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer embarazada, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

Instrumentos:

- Consentimiento informado (anexo 1)
- Valoración de Dorothea E. Orem (anexo 2).
- Esquema metodológico de Dorothea E. Orem (requisitos de autocuidado).
- Nota de valoración focalizada con la herramienta de nota tipo SOAP.

- Diagnósticos de enfermería bajo el formato PES (problema, etiología y signos y síntomas), reales, de riesgo y de bienestar.
- Plan de intervenciones de enfermería perinatal basada en evidencia científica.
- Escala de valoración de Edimburgo.
- Escala de valoración de Beck.

3.4 Aspectos éticos

La ética de la investigación en Salud cristaliza una tensión entre los valores que subyacen a los derechos humanos universales, los objetivos y principios que rigen a la Medicina (en relación a la promoción de la salud y el bienestar de las personas), y el objetivo que persigue la investigación en Salud (generar conocimiento generalizable para mejorar la salud y el bienestar y/o aumentar la comprensión de la biología humana). Estos principios y objetivos pueden confrontarse en el intento de lograr sus respectivas metas, y en el intento de orientar las prácticas en la investigación, de modo que sean respetuosas de los derechos humanos, se ha diseñado un marco ético normativo a tal fin.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, establece en su artículo 3° el principio sobre dignidad humana y derechos humanos, planteando las dos premisas que se encuentran en la base de toda la Declaración.

1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.
2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad (36).

El Código de Núremberg dio un gran valor al consentimiento informado de los participantes en la investigación, pero en los años siguientes se fueron incluyendo otros criterios que deben ser tenidos en cuenta en la evaluación ética de las mismas y que son previos a la decisión individual de los participantes. Esto quiere decir que deben ser evaluados por los gobiernos y por comités de ética independientes del país donde se realiza la investigación, no dejando que sean los propios participantes

los que puedan decidir sobre ello a riesgo de exponerse a situaciones de inducción indebida o de explotación (37).

Pautas Éticas CIOMS

Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra 2002

Pauta 5 Obtención del consentimiento informado: Información esencial para potenciales sujetos de investigación

Antes de solicitar el consentimiento de un individuo para participar en una investigación, el investigador debe proporcionar, verbalmente o en otra forma de comunicación que el individuo pueda entender, la siguiente información: que se invita al individuo a participar en la investigación, las razones para considerarlo apropiado para ella y que la participación es voluntaria; que el individuo es libre de negarse a participar y de retirarse de la investigación en cualquier momento sin sanción o pérdida de los beneficios a que tendría derecho; cuál es el propósito de la investigación, los procedimientos que realizarán el investigador y el sujeto, y una explicación sobre cómo la investigación difiere de la atención médica de rutina.

Pauta 8 Beneficios y riesgos de participar en un estudio

En toda investigación biomédica en sujetos humanos, el investigador debe garantizar que los beneficios potenciales y los riesgos estén razonablemente balanceados y que los riesgos hayan sido minimizados. Las intervenciones o procedimientos que incluyan la posibilidad de beneficio diagnóstico, terapéutico o preventivo directo para el sujeto individual, a la luz de los riesgos y beneficios previstos, deben justificarse por la expectativa de que serán, al menos, tan ventajosas para él como cualquier otra alternativa disponible. Los riesgos de tales intervenciones o procedimientos 'beneficiosos' deben justificarse en relación con los beneficios esperados para el sujeto individual. Los riesgos de intervenciones sin posibilidad de beneficio diagnóstico, terapéutico o preventivo directo para el individuo deben justificarse en relación con los beneficios anticipados para la sociedad (conocimiento generalizable). Los riesgos de tales intervenciones deben

ser razonables en relación con la importancia del conocimiento que se espera obtener.

Pauta 17 Mujeres embarazadas como sujetos de investigación

Debiera entenderse que las mujeres embarazadas pueden participar en investigación biomédica. Los investigadores y comités de evaluación ética debieran garantizar que las potenciales sujetos embarazadas serán informadas adecuadamente de los riesgos y beneficios para ellas, sus embarazos, el feto, sus descendientes y su fecundidad. La investigación en esta población debiera realizarse sólo si es relevante para las necesidades particulares de salud de una mujer embarazada o de su feto, o para las necesidades de salud de las mujeres embarazadas en general y, cuando corresponda, si está respaldada por pruebas confiables de experimentos en animales, particularmente sobre riesgos de teratogenia y mutagenia (38).

Principios bioéticos

Beauchamp y Childress establecen “Los cuatro principios” para resolver el problema de los conflictos que aparecen en el momento de tomar las decisiones en el área biomédica.

Principio de Beneficencia: manda hacer el bien. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se apliquen deben beneficiar al paciente, es decir, ser seguros y efectivos.

Principio de no-maleficencia: se basa en el principio hipocrático de *Primum non nocere*, es decir, "ante todo, no hacer daño". Se refiere a que el balance entre los beneficios y los riesgos de cualquier actuación médica debe ser siempre a favor de los beneficios.

Principio de autonomía: se refiere a la capacidad que tiene el enfermo para decidir, siempre que exprese su deseo. Este principio es sumamente importante porque:

- Obliga a informar al enfermo, si así lo desea, sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas, con sus riesgos y beneficios.
- Permite al enfermo rechazar todo tipo de tratamiento o elegir uno distinto al propuesto.
- Debería permitir al enfermo, dentro de lo posible y con las limitaciones legales vigentes, elegir el momento, lugar y forma de su muerte.

Principio de Justicia: este principio se basa en dos hechos: Todas las personas, por el mero hecho de serlo, tienen la misma dignidad, independientemente de cualquier circunstancia y, por tanto, son merecedoras de igual consideración y respeto. Hay que luchar por una distribución justa y equitativa de los siempre limitados recursos sanitarios para conseguir el máximo beneficio en la comunidad, evitando desigualdades en la asistencia sanitaria. Este principio convierte al personal sanitario en gestor y administrador de los recursos y de los servicios, que deberá utilizar de una forma efectiva y eficiente, evitando actuaciones sanitarias inadecuadas (39).

Ley General de Salud.

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

III Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

IV Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles;

V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables;

VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

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

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación;

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad, muerte del sujeto en quien se realice la investigación;

VII. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda, y

VIII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación (40).

Capítulo 4. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería

En este capítulo se expondrá la valoración generalizada realizada con el instrumento de Dorothea E. Orem (anexo 2) para identificar los requisitos desviados, con el que se hace un análisis por requisitos universales de autocuidado (Aporte suficiente de aire, aporte suficiente de agua, aporte suficiente de alimento, provisión de cuidados asociados al proceso de eliminación, equilibrio actividad-reposo, equilibrio soledad-interacción social, prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano y promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de sus grupos sociales) y habiendo obtenido previamente el consentimiento informado (anexo 1), y posteriormente se realizaron 3 valoraciones focalizadas e individualizadas, con apoyo de la herramienta de valoración con la nota tipo SOAP por conveniencia del investigador (presentación, datos subjetivos, datos objetivos, análisis, plan y pronóstico).

De cada valoración se identificaron los requisitos desviados para realizar los diagnósticos de enfermería pertinentes para así dar lugar al plan de cuidados correspondiente para cada diagnóstico.

Como último apartado se agregó el plan de alta de cuidados de enfermería en el hogar recomendado a la persona embarazada, sujeto del presente estudio de caso.

4.1 Valoración generalizada

I. Factores condicionantes básicos:

a. Descriptivos de la persona:

El día 4 de mayo del 2022 a las 18:00 horas, se entrevistó mediante interrogatorio directo a la persona MLCV de 38 años de edad, del sexo femenino, con estado civil casada, con grado académico de posgrado en enfermería, quien reside en el municipio de Chilpancingo de los Bravo, Guerrero, México. Refiere que la unidad donde habita es propia de material duradero, la cual cuenta con los servicios básicos de agua potable, luz eléctrica, drenaje y pavimentación, con acceso a los servicios de alumbramiento público, recolección de basura, así como drenaje y alcantarillado.

Desempeña un rol de esposa y madre con 2 hijos, refiere una buena relación familiar, cuenta con un desarrollo académico hasta posgrado de enfermería, se

desempeña laboralmente como enfermera en un hospital de segundo nivel en el turno nocturno los días lunes, miércoles y viernes con un horario de 20:00 a 08:00 horas con una antigüedad de 13 años, percibiendo un salario de \$32,000.00 al mes, no dependiendo de nadie.

b. Patrón de vida:

En su tiempo libre realiza actividades deportivas, saliendo a hacer caminatas ligeras, ya que el embarazo le conlleva mucho esfuerzo y cansancio, así como también lleva a cabo actividades recreativas de belleza y cuidados personales.

c. Estado de sistema de salud:

Percibe su estado de salud bueno en general y se encuentra filiada al ISSSTE donde lleva su control prenatal por su estado estable actual con embarazo de 27.6 SDG por fecha de última menstruación.

d. Estado de desarrollo:

Cuenta con la capacidad de toma de decisiones propia.

II. Requisitos de autocuidado universales

a. Mantenimiento del aporte suficiente de aire:

A la exploración física para valoración del aire en la persona, tiene 23 respiraciones por minuto, con un llenado capilar de 2 segundos, sin evidencia de cianosis, niega tabaquismo, no cocina con leña, y niega alergias. Muestra una respiración normal, nariz anatómicamente normal sin ruidos respiratorios anormales. Niega enfermedades pulmonares. Vitales normales, con SPO2 de 97%, con una T/A de 90/60 y FC de 72 latidos por minuto, sin alteraciones aparentes. Niega disnea al realizar esfuerzo físico.

b. Mantenimiento de aporte suficiente de agua:

En el estado hídrico, al momento se encuentra con mucosa oral hidratada, piel y turgencia normal, refiere un consumo de más de 2000ml de agua potable al día, aunado a 150 ml de bebidas endulzantes al día.

c. Mantenimiento del aporte suficiente de alimento:

Tiene un peso corporal de 78 kilogramos con talla de 1.70 metros, dando un IMC de 27 y glicemia capilar de 98mg/dL. Refiere que si ha observado variaciones en el

peso con aumento del mismo de 4 a 6 kilos aproximadamente. En cavidad bucal tiene un tercer molar faltante desde la adolescencia, no hay problemas en la mucosa. En cara aparición de melasma, sin alteraciones en el cuello. A nivel abdominal hay evidencia de peristaltismo disminuido, refiere problema de estreñimiento crónico de hace más de 10 años. Refiere acidez y reflujo ocasional, no necesita ayuda para alimentarse y lo hace por vía oral. Refiere constituir su dieta consumiendo diariamente leche, derivados de la leche, cereales y frutas, cada semana consume carne, verduras y huevo y cada mes ingiere pescado, así como pastas y harinas, no tiene restricciones en su dieta. Cocina con aceite

d. Provisión de los cuidados asociados al proceso de eliminación y los excrementos:

No hay evidencia de anomalías asociadas al tracto digestivo en este momento. Refiere consumo de Senosidos AB y fibra para apoyo de la eliminación con poca regularidad por estreñimiento ocasional. Refiere eliminación de heces café y duras una vez al día de aproximadamente 300 gramos.

En eliminación vesical niega alteraciones con una frecuencia de micciones de 4 a 5 veces al día de 200ml cada una aproximadamente de color ámbar. En diciembre 2021 y marzo 2022 presentó infección de vías urinarias que trató farmacológicamente.

En el grupo de transpiración refiere sudoración aumentada y temperatura corporal de 37.1°C.

Ciclo menstrual: menarca a los 12 años con un ritmo regular de duración de 6 días cada 30 días, con un flujo rojo normal no fétido sin dolor, llenando 3 toallas al día, niega alteraciones durante el ciclo menstrual.

e. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo:

Reposo: refiere un descanso habitual de entre 6 a 8 horas, por lo que al despertar se siente cansada aún. Refiere dificultad para conciliar el sueño ya que su patrón de sueño está alterado desde hace 13 años. Durante la entrevista refiere insomnio y se observa bostezo y ojeras por trabajo nocturno y actividades diarias en el hogar. Refiere tomar siestas en las tardes, y no consume auxiliares para dormir. El horario

que usa para dormir es de 23:00 a 07:00 horas los días martes, jueves, sábado y domingo.

Actividad: menciona que al realizar algún tipo de actividad física no le produce dolor, refiere que si realiza ejercicio con caminatas de 15 minutos de lunes a viernes.

f. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción:

Niega problemas de audición y no utiliza apoyo para escuchar.

Refiere problemas visuales y uso intermitente de lentes desde hace 20 años, implementando el uso constante hace 6 años, por astigmatismo y miopía. Convive diariamente con su familia considerando su relación buena, cuando necesita platicar sus problemas recurre a sus amigos, durante la entrevista se percibe segura, pero al cuestionársele las razones por la que no socializa refiere sentirse insegura.

g. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano:

Se encuentra consciente con una puntuación en la escala de Glasgow de 16 puntos, refiere problemas de concentración por cansancio físico.

En sus antecedentes heredofamiliares patológicos refiere a madre y padre hipertensos, abuela materna con Ca de estómago, abuelo materno con Ca de próstata y tía materna con Ca de mama. Niega toxicomanías y medidas de seguridad en su familia.

h. Promoción del funcionamiento humano y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimientos de las limitaciones y deseo de ser normal:

Menciona que acepta y quiere su aspecto físico, pero le genera inseguridad la aparición de melasma en el rostro tras el embarazo. No necesita ayuda para realizar actividades para satisfacer sus necesidades básicas. Considera que su vida ha sido productiva, pero con regularidad presenta alteraciones emocionales como vergüenza y tristeza. Cuando se presenta una situación estresante utiliza medidas de distracción con el uso de las redes sociales.

III. Requisitos de autocuidado de desarrollo.

a. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo:

Etapa del ciclo vital: niega problemas o aspectos relevantes referentes a su salud en las diferentes etapas de su vida (niñez, edad escolar, adolescencia, adulto joven, edad fértil y adulto maduro).

Salud sexual: cuenta con educación sexual, se reconoce como heterosexual con vida sexual activa con una pareja sexual a lo largo de su vida, se refiere satisfecha con su actividad sexual, pero esta se ha visto disminuida, ya que refiere inseguridad por su apariencia física (embarazo y melasma). No utiliza ningún método de planificación en este momento.

Tiene 2 hijos vivos, niega problemas de fertilidad, niega enfermedades de transmisión sexual, refiere hace 6 años haber tenido una ETS con lesiones de VPH con tratamiento. Niega cirugías del aparato reproductor. Refiere que su esposo no acude a exámenes de próstata, niega problemas de erección, pero si problemas de eyaculación precoz sin tratamiento.

Ciclo menstrual: menarca a los 12 años con un ritmo regular de duración de 6 días cada 30 días, con un flujo rojo normal no fétido sin dolor, llenando 3 toallas al día, niega alteraciones durante el ciclo menstrual.

Antecedentes gineco obstétricos: 3 embarazos, un parto y una cesárea por oligohidramnios, niega abortos y óbitos, niega partos prematuros. Con un periodo intergenésico de 8 años, el último papanicolaou realizado en octubre del 2020 con resultados normales. En este momento presenta leucorrea no fétida.

Niega alteración del crecimiento físico.

IV. Requisitos de desviación de la salud.

Niega realizar chequeos generales de su salud, y no acude a las campañas de detección temprana de enfermedades.

4.1.1 Esquema metodológico

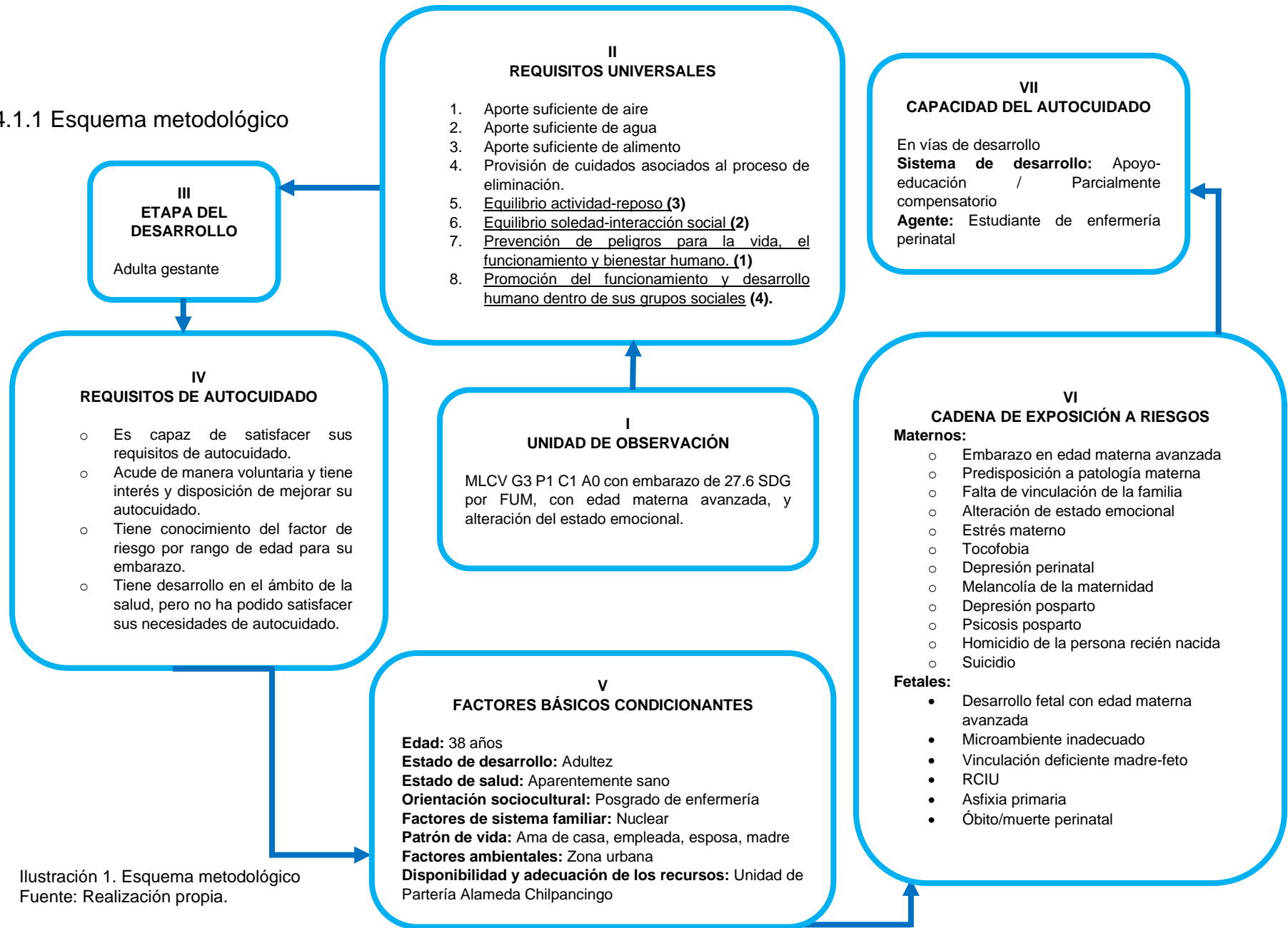


Ilustración 1. Esquema metodológico
Fuente: Realización propia.

4.1.2 Lista de diagnósticos de enfermería

1. Alteración del estado emocional relacionado con falta de habilidad para fomentar la vinculación familiar manifestado por verbalización de lejanía y sentimiento de rechazo de la familia.
2. Alteración crónica del sueño relacionado con falta de descanso durante la jornada nocturna manifestado por cansancio, fatiga y ojeras.

4.1.3 Plan de cuidados de Enfermería

<p>Valoración focalizada: 04 de mayo de 2022. MLCV de 38 años de edad, G3 P1 C1 con embarazo de 27.6 SDG quien manifiesta verbalmente sentirse triste con falta de interacción social, así como lejanía de su familia y pareja en este embarazo, menciona inseguridad física por la aparición de melasma en el rostro, refiere cansancio y agotamiento asociado a carga laboral excesiva (turno nocturno de más de 13 años de evolución) y actividades diarias (madre, ama de casa y esposa) y falta de satisfacción de sueño-descanso.</p>			
<p>Requisito desviado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano. Equilibrio soledad-interacción social.</p>			
<p>Objetivo: Propiciar la vinculación familiar para disfrute de la persona y la familia del embarazo.</p>			
Diagnóstico de enfermería		Intervenciones	Evaluación
	Real		
P	1. Alteración del estado emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar con escala de Edimburgo (anexo 7). • Valorar con escala de depresión de Beck (anexo 8). 	<p>Los resultados obtenidos tras la valoración de las escalas de Edimburgo, con 12 puntos lo que indica la probabilidad de depresión, pero no su gravedad, y Beck, con 15 puntos dando como resultado ansiedad muy baja. Tras la realización de diferentes actividades de vinculación y cuidado materno-fetal, la usuaria refirió un mejoramiento en el estado anímico general, mencionando en específico sentirse feliz por la participación de su familia, por lo que se oferta y se sugiere continuar semanalmente</p>
E	Relacionado con falta de habilidad para fomentar la vinculación familiar.	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar actividades de terapia interpersonal para vincular más a la familia. • Brindar consejería con escucha empática. 	
S	Manifestado por verbalización de lejanía y sentimiento de rechazo de la familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar clases de psicoprofilaxis con acompañante de preferencia de su pareja (41). • Realizar taller de pinta-pancita con la familia (42). 	

			con clases de psicoprofilaxis en compañía del familiar(es) que ella elija como acompañante(s).
--	--	--	--

Tabla 3. Diagnóstico real. Alteración del estado emocional.
Fuente: Realización propia.

Valoración focalizada: 04 de mayo del 2022. Refiere cansancio y agotamiento asociado a carga laboral excesiva (turno nocturno de más de 13 años de evolución), actividades diarias (madre, ama de casa y esposa) y falta de satisfacción del sueño-descanso. Se observan ojeras marcadas y cansancio en el rostro.			
Requisito desviado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano. Equilibrio actividad reposo.			
Objetivo: Obtener un plan de descanso de acuerdo a sus necesidades personales.			
Diagnóstico de enfermería		Intervenciones	Evaluación
	Real	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar una rutina de sueño. • Recomendar siesta breve durante el turno y previa al turno laboral. • Luz intensa durante el periodo laboral y favorecer ambiente oscuro en el periodo designado para dormir. • Concientizar sobre los efectos adversos del ciclo circadiano alterado en la gestante y el producto (44 y 44). 	<p>Se plantea y orienta sobre medidas para organizar una rutina de sueño-descanso más saludable y necesaria para su vida diaria. Pero ciertamente hay actividades que no puede omitir, solo implementar pequeños periodos de descanso entre las actividades diarias que debe realizar. Refiere ligero mejoramiento en estado en el nivel de cansancio.</p>
P	2. Alteración crónica del sueño		
E	Relacionado con falta de descanso durante la jornada nocturna.		
S	Manifestado por cansancio, fatiga y ojeras.		

Tabla 4. Diagnóstico real. Alteración crónica del sueño.
Fuente: Realización propia.

4.2 Primer valoración focalizada

Fecha: 13 de mayo del 2022

P: Persona femenina MLCV de 38 años de edad con un embarazo de 29.1 SDG por fecha de última menstruación, captado para control prenatal, quien acude acompañada de su esposo e hija menor (8 años) a la Unidad de Partería Alameda Chilpancingo, para dar inicio a las clases de psicoprofilaxis.

AHF: interrogados y negados

APP: interrogados y negados

Antecedentes Quirúrgicos: Cesárea hace 9 años por oligohidramnios, pérdida de bienestar fetal.

AGO:

Menarca: 12a. Ritmo: 6X30 IVSA: NPS: 1

FUM: 22-10-21 FPP: 29-07-22 G:3 P: 1 C: 1

S: Niega datos de encefalopatía hipertensiva, niega pérdidas transvaginales, refiere movimientos fetales activos, manifiesta verbalmente que “se siente triste por la lejanía física/íntima de su esposo y falta de interacción social”, refiere sentirse algo “insegura por la aparición de melasma en el rostro tras el embarazo”, comenta sentirse “cansada y agotada asociándolo a carga laboral (turno nocturno) y actividades diarias (madre, ama de casa y esposa) y no poder dormir adecuadamente”.

O: Alerta, orientada, afebril, ligera palidez de piel y tegumentos, cráneo normocéfalo con adecuada implantación capilar, pupilas isocóricas, melasma en mejillas, nariz y boca simétricas, cuello sin datos de adenomegalias, tórax normolíneo con ruidos cardiacos audibles, campos pulmonares bien ventilados, mamas con pezón normal aptas para lactancia materna y lactogénesis presente, abdomen globoso a expensas de útero gestante con producto único vivo con altura uterina de 26 cm, situación longitudinal, dorso a la derecha, presentación cefálica, con FCF de 148 lpm, tacto vaginal diferido, genitales externos de acuerdo a edad y sexo, miembros inferiores sin edema, ROT´S con normorreflexia y llenado capilar de 3 segundos.

A: Persona femenina de 38 años de edad con embarazo de 29.1 SDG por FUM con edad materna avanzada y periodo intergenésico largo con alteración del estado emocional.

Ultrasonido: (18-12-21, anexo 3) LCC:1.69cm corresponde a 8.1 SDG, FCF: 168lpm (06-04-22, anexo 4) PUVI de 24.1 SDG, Presentación pélvica, Peso aproximado: 659grs, ILA: normal, Placenta corporal anterior lat. Izq. Grado I, Cérvix: 5.5cm sin modificaciones.

Laboratorios: (09-05-22, anexo 5) HB: 11.2g/dL HTCO: 36.3% PLAQ: 360
LEU:11.20 EGO (anexo 6): no patológico DXTX: 98mg/dL

IDX: Femenina con embarazo de 29.1 SDG por FUM con edad materna avanzada y alteración del estado emocional. G:3 P:1 C:1

P: Continuar control prenatal e iniciar clases de psicoprofilaxis en compañía de la familia y vigilar signos de alarma en casa.

Indicaciones:

- Toma diaria de glicemia capilar en ayuno y realizar curva de tolerancia a la glucosa oral (CTGO) con 75 gramos de glucosa.
- Toma diaria de presión arterial.
- Identificar aparición o evidencia de datos de alarma en el embarazo y cuidados por COVID-19.
- Aumentar el consumo de líquidos claros.
- Recomendar acompañamiento continuo.
- Organizar un horario más saludable de sueño-descanso.

P: Se espera bueno para la vida y la función materno-fetal.

4.2.1 Lista de diagnósticos de enfermería

1. Orientación perinatal deficiente relacionado con manejo inadecuado de recurso didáctico perinatal manifestado por inasistencia a sesiones de psicoprofilaxis.
2. Riesgo de enfermedad hipertensiva del embarazo relacionado con edad materna avanzada y alteración del equilibrio de sueño-descanso.
3. Riesgo de alteración emocional en el posparto relacionado con descontento con su apariencia y cambios en el embarazo.

4.2.2 Plan de cuidados de Enfermería

<p>Valoración focalizada: 13 de mayo del 2022. Durante la realización de “belly painting”, en área adecuada para educación prenatal, existiendo en el espacio material didáctico adecuado para realizar diferentes actividades de relajación para la mujer embarazada, al querer hacer uso de una pelota de yoga refiere y se observa desconocimiento y manejo inadecuado de este. A la interrogación directa menciona que a pesar de que en la unidad de atención de salud donde lleva su control prenatal observa este tipo de artículos, durante el periodo de gestación actual no le han ofertado ningún tipo de educación prenatal, por lo que no ha acudido a ninguna clase de educación prenatal.</p>			
<p>Requisito desviado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.</p>			
<p>Objetivo: Aumentar el nivel de conocimiento de la etapa perinatal.</p>			
Diagnóstico de enfermería		Intervenciones	Evaluación
	Real	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación y consejería sobre la existencia y los beneficios de la educación perinatal. • Promoción a la salud, recomendar equilibrar las actividades con el adecuado descanso. • Citar a clases de psicoprofilaxis para preparación de trabajo de parto, parto y puerperio y ofertar asistencia a domicilio con un 	<p>Se inician las clases programadas de psicoprofilaxis, durante la primera sesión se brindan 20 min de orientación y capacitación sobre los cambios fisiológicos en el cuerpo de la gestante, para hacer énfasis en las necesidades nuevas que deben satisfacerse durante este periodo, se cuenta con la asistencia de la gestante, su hija menor (9 años de edad) y su esposo, con escucha y participación activa externando dudas durante la presentación. Se realizan 20 min de ejercicio aeróbico siendo el apoyo</p>
P	3. Educación perinatal deficiente		
E	Relacionado con manejo inadecuado de recurso didáctico perinatal		
S	Manifestado por inasistencia a sesiones de psicoprofilaxis		

		<p>acompañante de su elección (42).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación puntual sobre los cambios fisiológicos durante el periodo gestacional y el uso adecuado de los recursos para la educación perinatal. • Realizar ligera actividad física adecuada para la persona embarazada en compañía de la persona de su elección (red de apoyo). • Fomentar actividades estimulación prenatal con participación activa del núcleo familiar. 	<p>principal de la gestante su pareja emocional haciendo uso de silla y pelota de yoga, y por último 20 min de relajación y vinculación con el feto. Al final externan verbalmente “hemos vivido una experiencia muy bonita y diferente a los embarazos anteriores”, por lo que se agenda cita para una semana más tarde.</p>
--	--	--	---

Tabla 5. Diagnóstico real. Educación perinatal deficiente.
Fuente: Realización propia.

Valoración focalizada: Paciente MLCV de 38 años de edad con un embarazo de 29.1 sdg por fecha de última regla con alto riesgo por edad extrema. A la toma de signos vitales con énfasis en la tensión arterial, presenta cifras dentro de parámetros normales. Niega datos de encefalopatía hipertensiva, se refiere asintomática. Expresa cansancio físico por exceso laboral, refiere no cumplir con un rol de sueño-descanso adecuado.

Requisito desviado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.

Objetivo: Prevenir un trastorno hipertensivo durante el periodo perinatal.

Diagnóstico de enfermería		Intervenciones	Evaluación
	De riesgo		
P	4. Riesgo de enfermedad hipertensiva del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar factores de riesgo asociados a hipertensión gestacional. • Toma diaria estricta de cifras tensionales para detectar un desorden hipertensivo y prevenir su progresión. • Solicitar un examen general de orina en cada consulta de control prenatal para detectar la evidencia de proteinuria o datos de severidad. • Reforzar la identificación de signos de alarma haciendo énfasis en los datos de encefalopatía hipertensiva. • Suplementar calcio a dosis de 1gr vía oral cada 24 horas. • Recomendar dieta hiposódica. 	<p>Se complementan medidas y acciones preventivas por el riesgo de EHE, las cuales se adoptan sin complicaciones aparentes, durante las entrevistas a la persona, externa sus dudas y refiere sentirse más segura. Sigue las indicaciones de ingesta de suplementos de manera adecuada en dosis recomendadas por la evidencia científica.</p>
E	Relacionado con edad materna avanzada y alteración del equilibrio de sueño-descanso.		

		<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un plan de ejercicio aeróbico individualizado de 30 minutos diarios. • Recomendar el consumo de ácido acetil salicílico a dosis de 100 mg vía oral cada 24 horas por las noches y suspender en la semana 36 de gestación (46 y 47). • Los días no laborales establecer un horario de sueño descanso adecuado (7-8 horas por noche para adultos). • Evitar ejercitarse de 2 a 3 horas antes de acostarse. • No tomar siestas después de las 15:00hrs. • Evitar el consumo de bebidas con cafeína, nicotina, alcohol o energizantes. • Evitar comidas abundantes y/o bebidas por la noche. • Recrear un ambiente propicio para la conciliación del sueño: colchón y almohada cómodos, temperatura ambiental fresca, evitar distracciones con aparatos electrónicos, ruidos, luces brillantes, etc. • Actividad relájate antes de ir a la cama: leer un libro o tomar un baño con agua tibia (49-51). 	
--	--	---	--

Tabla 6. Diagnóstico de riesgo. Riesgo de enfermedad hipertensiva del embarazo.
Fuente: Realización propia.

Valoración focalizada: A la interrogación directa, refiere sentirse triste y sola, insegura por el melasma en el rostro, y desvinculación familiar.			
Requisito desviado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.			
Objetivo: Reducir el riesgo de un trastorno emocional en el periodo pos natal.			
Diagnóstico de enfermería		Intervenciones	Evaluación
	De riesgo		
P	5. Riesgo de alteración emocional en el puerperio	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer atención prenatal grupal (con la familia). • Programar visitas domiciliarias. • Fomentar la terapia interpersonal. • Proporcionar consejería sobre las consecuencias de la depresión prenatal con escucha empática (48). 	Mediante las clases de psicoprofilaxis se brindan actividades de terapia interpersonal para propiciar la vinculación familiar, en las que asiste el esposo y su hija, objetivándose la importancia de involucrar a la familia durante el periodo gestacional y el futuro periodo puerperal. Al término de la clase de psicoprofilaxis la persona embarazada refiere “estar viviendo una experiencia nueva y muy bonita con estas actividades en el embarazo”. Se logra involucrar a la familia en el periodo gestacional.
E	Relacionado con descontento con su apariencia y cambios en el embarazo		

Tabla 7. Diagnóstico de riesgo. Riesgo de alteración emocional en el puerperio.
Fuente: Realización propia.

4.3 Segunda valoración focalizada

Fecha: 23 de mayo del 2022

P: Paciente MLCV de 38 años de edad con un embarazo de 30.4 SDG por fecha de última menstruación, quien acude a la unidad de partería para sesión subsecuente de psicoprofilaxis acompañada de su esposo y su hija menor.

S: Niega datos de encefalopatía hipertensiva, niega pérdidas transvaginales, refiere movimientos fetales activos, refiere sentirse nerviosa y emocionada por la asistencia a las sesiones de psicoprofilaxis acompañada de sus familiares.

O: Alerta, orientada, afebril, ligera palidez de piel y tegumentos, cráneo normocéfalo con adecuada implantación capilar, pupilas isocóricas, melasma en mejillas, nariz y boca simétricas, cuello sin datos de adenomegalias, tórax normolíneo con ruidos cardiacos audibles, campos pulmonares bien ventilados, mamas con pezón normal aptas para lactancia materna y lactogénesis presente, abdomen globoso a expensas de útero gestante con producto único vivo con altura uterina de 26 cm, situación longitudinal, dorso a la izquierda, presentación cefálica, con FCF de 137 lpm, tacto vaginal diferido, genitales externos de acuerdo a edad y sexo, miembros inferiores sin edema, ROT'S con normorreflexia y llenado capilar de 3 segundos.

A: Femenina de 38 años de edad con embarazo de 30.4 SDG por FUM con edad materna avanzada y periodo intergenésico largo con alteración del estado emocional.

IDX: Femenina con embarazo de 30.4 SDG por FUM con edad materna avanzada y alteración del estado emocional. G:3 P:1 C:1

P:

- Toma diaria de presión arterial.
- Capacitar sobre de datos de alarma en el embarazo y cuidados por COVID-19.
- Aumentar el consumo de líquidos claros.
- Recomendar acompañamiento continuo.
- Continuar con rol de sueño descanso.

- Continuar con acompañamiento y asistencia a las sesiones de psicoprofilaxis.
- Toma cada tercer día de glicemia capilar durante dos semanas en ayuno.

P: Se espera bueno para la vida y la función materno-fetal.

4.3.1 Lista de diagnósticos de enfermería

1. Disposición para el disfrute de la maternidad manifestado por asistir y participar activamente en taller de vinculación (pinta pancitas).
2. Riesgo de alteración del metabolismo de los carbohidratos relacionado con antecedente familiar, género, y embarazo en edad materna avanzada.

4.3.2 Plan de cuidados de Enfermería

Valoración focalizada: De manera libre y voluntaria acude a las instalaciones de la Unidad de Partería Alameda Chilpancingo "UPACH", solicitando la atención sanitaria para llevar control prenatal con disponibilidad y actitud cooperadora.			
Requisito desviado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.			
Objetivo: Maximizar el disfrute de la persona y la familia del proceso gestacional actual.			
Diagnóstico de enfermería		Intervenciones	Evaluación
	Bienestar		
P	6. Disposición para el disfrute de la maternidad	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar orientación y consejería sobre los derechos y beneficios de tener un parto respetado. • Brindar capacitación sobre lactancia materna, cambios anatómicos y fisiológicos durante el embarazo, cuidados maternos, estimulación prenatal, actividad física y ejercicios de vinculación familiar • Reforzar conocimientos para llevar a la práctica la lactancia materna 	<p>Durante las clases de psicoprofilaxis se brinda capacitación sobre lactancia materna, y se ha observado cambio en la percepción del proceso de embarazo como algo de preocupación a el disfrute de este proceso en compañía de sus seres queridos. Refiere la usuaria estar viviendo una bonita experiencia y disfrute de este embarazo muy diferente y agradable que no había conocido en los embarazos anteriores. Se observa a la familia con interés ya que asisten voluntariamente a las sesiones y refieren sentirse cómodos y felices durante estas.</p>
S	Manifestado por asistir y participar activamente en taller de vinculación (pinta pancitas).		

		exclusiva y la técnica de extracción y almacenamiento de leche materna para madres trabajadoras (51-50).	
--	--	--	--

Tabla 8. Diagnóstico de bienestar. Disposición para el disfrute de la maternidad.
Fuente: Realización propia.

Valoración focalizada: Paciente MLCV de 38 años de edad con un embarazo de 29.1 sdg por fecha de ultima regla de alto riesgo por edad extrema. Laboratorios: (09-05-22) **HB:** 11.2g/dL **HTCO:** 36.3% **PLAQ:** 360 **LEU:**11.20 **EGO:** no patológico **DXTX:** 98mg/dL.

Requisito desviado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.

Objetivo: Prevenir el desarrollo de alteración del metabolismo de los carbohidratos.

Diagnóstico de enfermería		Intervenciones	Evaluación
	De riesgo		
P	7. Riesgo de alteración del metabolismo de los carbohidratos	<ul style="list-style-type: none"> Realizar curva de tolerancia a la glucosa con 75grs de glucosa en dos pasos. Solicitar examen general de orina en cada consulta de control prenatal. Vigilar la ganancia de peso en el embarazo. Recomendar control nutricional culturalmente apropiado y de bajo índice glucémico. Recomendar 30 minutos de ejercicio aeróbico. Vigilar el crecimiento del fondo uterino por debajo del percentil 90. Evitar la ingesta de bebidas azucaradas y aumentar la ingesta de líquidos claros (49). 	Al aplicarse medidas preventivas de diabetes gestacional para evitar el desarrollo de este por el riesgo de edad materna y haber presentado una cifra de glicemia en ayuna mayor de 92 mg/dL, que de acuerdo a la guía de práctica clínica es un dato de observancia obligatoria para sospechar de diabetes gestacional, se recomienda la realización de CTGO, el cual arroja un resultado favorable y descarta el diagnostico de diabetes gestacional, con glicemia capilares en ayuno menores de 90mg/dL. Se orienta y continúa recomendándose la
E	Relacionado con antecedente familiar, genero, y embarazo en edad materna avanzada.		

			actividad física aeróbica de por lo menos 30 minutos al día y la usuaria refiere mejoría en estado general de salud. Se continúa en vigilancia estrecha.
--	--	--	--

Tabla 9. Diagnóstico de riesgo. Riesgo de alteración del metabolismo de los carbohidratos.
Fuente: Realización propia.

4.4 Tercera valoración focalizada

Fecha: 30 de mayo del 2022

P: Paciente MLCV de 38 años de edad con un embarazo de 31.4 SDG por fecha de última menstruación, quien acude a la unidad de Partería Alameda Chilpancingo (UPACH), para la sesión subsecuente de psicoprofilaxis, acompañada de su esposo e hija menor.

S: Niega datos de encefalopatía hipertensiva, niega pérdidas transvaginales, refiere movimientos fetales activos, manifiesta verbalmente sentirse contenta por la compañía de su familia e involucramiento en actividades referentes a su embarazo, refiere “estar viviendo una experiencia nueva, diferente y feliz”, con las asistencias a las sesiones de psicoprofilaxis.

O: Alerta, orientada, afebril, ligera palidez de piel y tegumentos, cráneo normocéfalo con adecuada implantación capilar, pupilas isocóricas, melasma en mejillas, nariz y boca simétricas, cuello sin datos de adenomegalias, tórax normolíneo con ruidos cardiacos audibles, campos pulmonares bien ventilados, mamas con pezón normal aptas para lactancia materna y lactogénesis presente, abdomen globoso a expensas de útero gestante con producto único vivo con altura uterina de 27 cm, situación longitudinal, dorso a la derecha, presentación cefálica, con FCF de 136 lpm, tacto vaginal diferido, genitales externos de acuerdo a edad y sexo, miembros inferiores sin edema, ROT´S con normorreflexia y llenado capilar de 2 segundos.

A: Femenina de 38 años de edad con embarazo de 31.4 SDG por FUM con edad materna avanzada y periodo intergenésico largo

IDX: Femenina con embarazo de 31.4 SDG por FUM con edad materna avanzada

P:

- Toma diaria de presión arterial.
- Capacitar acerca de la identificación de signos de alarma en el embarazo y cuidados por COVID-19.
- Aumentar el consumo de líquidos claros.
- Recomendar acompañamiento continuo.

- Realizar ejercicio prenatal enseñado en clase en compañía de un familiar.
- Continuar con asistencia personalizada durante el periodo perinatal.

P: Se espera bueno para la vida y la función materno-fetal.

4.4.1 Lista de diagnósticos de enfermería

1. Disposición para prevenir patologías maternas gestacionales manifestado por acudir a consultas prenatales, realizar estudios de laboratorio y gabinete al ser solicitados por el proveedor de salud, externar dudas y mejora del ciclo de sueño-descanso y alimentación.
2. Disposición para mejorar el estado emocional manifestado por solicitar ayuda y mostrar interés en realizar actividades de autocuidado.

4.3.2 Plan de cuidados de Enfermería

Valoración focalizada: MLCV de 38 años de edad, G3 P1 C1 con embarazo de 27.6 sdg quien manifiesta verbalmente sentirse triste con falta de interacción social, menciona inseguridad física por la aparición de melasma en el rostro tras el embarazo, refiere cansancio y agotamiento asociado a carga laboral excesiva (turno nocturno de más de 13 años de evolución) y actividades diarias (madre, ama de casa y esposa).			
Requisito desviado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.			
Objetivo: Modificar positivamente el estado emocional de la persona embarazada.			
Diagnóstico de enfermería		Intervenciones	Evaluación
	Bienestar		
P	8. Disposición para mejorar el estado emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Citar cada semana a una sesión de psicoprofilaxis en compañía de un familiar cercano (esposo/hija). • Practicar la escucha activa en las capacitaciones que se ofertan y/o solicitan. • Recomendar regular actividades de reposo y recreación familiares y personales (48). 	La usuaria después de 3 sesiones de psicoprofilaxis de seguimiento, ha mostrado mejoría emocional significativa en comparación con la evaluación inicial, dando énfasis en propiciar y continuar con el acompañamiento de la pareja, refiriendo que ha disfrutado de la compañía de su esposo en estas sesiones con los ejercicios físicos y psicológicos que se han realizado, como en la terapia de estimulación prenatal donde se involucraron en el canto de canción de cuna sintiendo que se ha reforzado el vínculo familiar y más entre madre e hijos (mostrando en esto mismo una mayor aceptación hacia el nuevo integrante de la familia).
S	Manifestado por solicitar ayuda y mostrar interés en realizar actividades de autocuidado.		

Tabla 10. Diagnóstico de bienestar. Disposición para mejorar el estado emocional.
Fuente: Realización propia.

<p>Valoración focalizada: Paciente MLCV de 38 años de edad con un embarazo de 27.6 sdg por fecha de última regla con alto riesgo por edad materna extrema. Niega datos de encefalopatía hipertensiva, se refiere asintomática. Expresa cansancio físico por exceso laboral, refiere no cumplir con un rol de sueño-descanso adecuado.</p> <p>Laboratorios: (09-05-22) HB: 11.2g/dL HTCO: 36.3% PLAQ: 360 LEU:11.20 EGO: no patológico DXTX: 98mg/dL</p>			
<p>Requisito desviado: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.</p>			
<p>Objetivo: Fomentar la promoción a la salud en la persona embarazada con factores de riesgo.</p>			
Diagnóstico de enfermería		Intervenciones	Evaluación
	Bienestar		
P	9. Disposición para prevenir patologías maternas gestacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación y consejería sobre mejora de hábitos alimenticios e ingesta adecuada de líquidos. • Reforzamiento sobre identificación de signos de alarma durante el embarazo. • Reforzar conocimientos sobre la importancia de llevar un control prenatal adecuado (42). 	La práctica de ejercicio durante el embarazo beneficio en la reducción de estrés de la usuaria y mencionó una mejora significativa en el rol de sueño descanso, refirió haber tenido dificultad para lograr la reducción de consumo de bebidas azucaradas, pero gracias a la consejería sobre adecuados hábitos alimenticios e ingesta saludable de agua sobre beneficios que aporta en su embarazo aceptó y redujo gradualmente la ingesta de los mismos así como inició la implementación de una dieta hiposódica.
S	Manifestado por acudir a consultas prenatales, realizar estudios de laboratorio y gabinete al ser solicitados por el proveedor de salud, externar dudas y mejora del sueño-descanso y alimentación.		

Tabla 11. Diagnóstico de bienestar. Disposición para prevenir patologías maternas gestacionales.
Fuente: Realización propia

4.4 Plan de alta (plan de cuidados en el hogar).

Fecha: 30 de mayo del 2022.

Nombre: MLCV

Edad: 38 años

Unidad de observación: Persona femenina MLCV G3 P1 C1 A0 con embarazo de 31.4 SDG por FUM con edad materna avanzada y alteración del estado emocional sin patologías agregadas aparentemente.

Resumen del estado actual: Paciente femenino, con embarazo de 31.4 semanas de gestación por fecha de última menstruación con edad materna avanzada y alteración del estado emocional, con antecedentes gineco obstétricos de gesta 3, parto 1, cesárea 1 (hace 9 años, por oligohidramnios y pérdida del bienestar fetal) con control prenatal regular, sin otros antecedentes de importancia. Se refiere sin dolor tipo obstétrico, percibiendo adecuada movilidad fetal, niega datos de encefalopatía hipertensiva, niega pérdidas transvaginales, tolerando adecuadamente la vía oral, con evacuación y micciones normales. Refiere sentir acercamiento por parte de su pareja y familiares. Refiere sentir ligera inseguridad por su aparición de melasma en el rostro pero que ahora ya no le afecta tanto, sensación de descanso físico por la realización cotidiana de actividad física en las últimas 2 semanas.

1. Aporte suficiente de aire:

Persona femenina con 22 respiraciones por minuto, con un llenado capilar de 2 segundos, sin evidencia de cianosis, no tabaquismo, ni exposición al humo por leña, niega alergias. Se observa respiración normal, sin ruidos respiratorios anormales. Vitales normales, con SPO2 de 98%, con una T/A de 100/65 y FC de 86 latidos por minuto, sin alteraciones aparentes. Niega disnea al realizar esfuerzo físico.

2. Aporte suficiente de agua:

En el estado hídrico, al momento se encuentra con mucosa oral hidratada, piel y turgencia normal, refiere un consumo de 2500ml de agua potable al día, aunado a 100 ml de bebidas endulzantes al día.

3. Aporte suficiente de alimento:

A nivel abdominal hay evidencia de peristaltismo normal, sin problemas de estreñimiento actualmente. Refiere ligera acidez y reflujo ocasional, tolera alimentación vía oral. Refiere constituir su dieta consumiendo diariamente con agua pura disminuyendo el consumo de leche y sus derivados, cereales y frutas, cada semana consume carne, verduras y huevo.

4. Provisión de cuidados asociados al proceso de eliminación:

No hay evidencia de anomalías asociadas al tracto digestivo en este momento. Refiere eliminación de heces café y duras una vez al día de aproximadamente 300 gramos. En eliminación vesical niega alteraciones con una frecuencia de micciones claras de 4 a 5 veces al día de 300ml cada una aproximadamente. En el momento sin evidencia de infecciones del tracto urinario.

5. Equilibrio actividad-reposo:

Reposo: refiere un descanso habitual de entre 6 a 8 horas fraccionadas en el día, siendo un poco más de lo habitual, por lo que se refiere con mayor energía. Refiere dificultad disminuida para conciliar el sueño después de haber hecho modificaciones a su rol de sueño descanso en casa y en el área laboral. El horario que usa para dormir es de 23:00 a 07:00 horas los días martes, jueves, sábado y domingo. Menciona que en el área laboral durante las actividades que así lo permiten realiza ejercicios de estiramiento cada hora. Actividad: menciona que realizar ejercicios prenatales no le produce dolor o malestar muscular, refiere realiza ejercicio prenatal de 20 minutos diarios en compañía de su esposo o familiar y con caminatas de 15 minutos de lunes a viernes.

6. Equilibrio soledad-interacción social:

Niega problemas auditivos. Refiere problemas visuales y uso intermitente de lentes, por astigmatismo y miopía. Convive diariamente con su familia considerando su relación mejorada.

7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano:

Se encuentra consciente con una puntuación en la escala de Glasgow de 16 puntos. Niega toxicomanías y medidas de seguridad en su familia. Útero gestante con producto único vivo, altura de fondo uterino de 27 cm, frecuencia cardíaca fetal de 135-145 lpm en 10 minutos sin aceleraciones y desaceleraciones. Maniobras de Leopold: situación longitudinal, dorso derecho, presentación cefálica, producto con movimientos fetales

activos sin actividad uterina a la exploración, producto libre. No se palpan visceromegalias, peristalsis normoactiva, ni signos de irritación peritoneal.

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de sus grupos sociales: Menciona que acepta su aspecto físico tras los cambios propios del embarazo, gracias a la comprensión e interés de su familia. No necesita ayuda para realizar actividades para satisfacer sus necesidades básicas. Considera que su vida ha sido productiva, cuando se presenta una situación estresante utiliza medidas de distracción con la realización de actividad física, así como actividades recreativas de convivencia familiar.

Análisis: Multigesta de edad avanzada cursando embarazo del segundo trimestre con frecuencia cardíaca fetal estable y movimientos fetales activos sin datos de alarma obstétrica con factores de riesgo de cesárea anterior, laboratorios clínicos y ultrasonidos con parámetros normales, actualmente con adecuado seguimiento perinatal, buena alimentación con alteración del estado emocional, (requiere mejor apego y vinculación familiar).

IDX: Persona con embarazo de 31.4 SDG por fecha de última menstruación con edad materna avanzada y alteración del estado emocional.

Planes y manejos:

Tratamiento médico:

Calcio 500mg tableta cada 24 hrs, ácido fólico 5 mg cada 24 hrs, sulfato ferroso 200mg cada 24 horas

Intervenciones de enfermería perinatal:

Terapia interpersonal bajo recomendación de la Guía de Práctica Clínica de “Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primer y segundo niveles de atención”.

Psicoprofilaxis con enfoque en mejorar la integración familiar y mejorar el estado emocional de la persona.

Fortalecer el vínculo del trinomio (papá, mamá y bebé) con actividades recreativas como yoga prenatal, musicoterapia, aromaterapia, masoterapia, estimulación prenatal y “belly painting” con sesión de fotos familiares, así como el uso de sala en penumbra.

Continuar con adecuada alimentación para evitar anemias carenciales, educación prenatal a la usuaria y a la familia, para mantener el adecuado control prenatal y seguimiento por los factores de riesgos preexistentes y los que se pueden agregar durante la gestación.

Promover la actividad física adecuada, fortaleciendo la respiración con técnicas adecuadas de ventilación.

Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

Se realizó el presente trabajo de investigación para valorar a una persona con embarazo de 27.6SDG por FUM con edad materna avanzada de 38 años, con alteración del estado emocional al inicio de la investigación, donde se ha dado cumplimiento a los objetivos específicos descritos con anterioridad, destacando que fue de mucha utilidad la metodología empleada ya que facilitó el realizar cada etapa de la investigación y la realización del plan de cuidados de enfermería perinatal.

Los resultados obtenidos tras las intervenciones planteadas de enfermería perinatal bajo recomendaciones basadas en evidencia científica, resultaron benéficas tras su implementación, para la persona embarazada, su familia y entorno, ya que la usuaria refirió mejoría notoria de su estado emocional, y verbalizó haber tenido una experiencia positiva nunca antes vivida con este proceso fisiológico de embarazo.

5.2 Recomendaciones

En el presente trabajo de investigación se percibió que, independientemente de que la persona fue atendida durante su control prenatal en una unidad de segundo nivel, no se detectó ni aplicó un instrumento con el que se valorara la posible aparición de depresión perinatal o la existencia de factores de riesgo, así como también se ignoraba la existencia de síntomas de tristeza prenatal.

Esto nos indica que no hay información suficiente ni la difusión necesaria acerca del tema para la detección oportuna de este trastorno, que se puede convertir en una patología con terribles consecuencias irreversibles, como es llevar a la muerte a la persona embarazada, y del producto de la gestación.

Es imprescindible destacar que la usuaria es trabajadora de una unidad de salud de segundo nivel de atención con enfoque en la atención de embarazos de alto riesgo, donde tampoco fue detectado ningún factor que predijera el riesgo de sufrir este trastorno. Como consecuencia no fueron detectados los factores de riesgo con anterioridad, así como tampoco se iniciaron las acciones tempranas que la llevaran a tener una etapa de prevención o preparación para evitar que se complicara su periodo gestacional con el surgimiento de este trastorno depresivo, ya que fue manejada con riesgo habitual en

cuanto al ámbito emocional, cabe destacar que el enfoque de los instrumentos existentes para llevar a cabo la evaluación y clasificación de riesgo en el embarazo no contienen algún apartado que considere la depresión perinatal, se inclinan más a evaluar la violencia sexual, que no es menos importante y los riesgos fisiológicos.

Con esto se reafirma la información obtenida de las principales investigaciones abordadas que fundamentan esta investigación, el factor más importante y decisivo para un adecuado diagnóstico son los prestadores de atención a la salud, un profesional capacitado y preparado para identificar factores de riesgo puede por tanto realizar un diagnóstico precoz, que es la piedra angular entre una adecuada experiencia emocional del periodo gestacional y el sufrir un trastorno depresivo mayor, y la integración de actividades preventivas para limitar el daño, y de ser necesario realizar una derivación oportuna.

Para futuras investigaciones sería apropiado poder dar mayor continuidad al sujeto de estudio, durante no solo el proceso de embarazo, sino en el parto mismo y el periodo puerperal.

Es de gran importancia poder evaluar al personal sanitario en principio, quienes están en contacto directo con mujeres en edad reproductiva y gestantes, sobre su nivel de conocimientos y habilidades acerca de la depresión perinatal, métodos de diagnóstico, intervenciones apropiadas y métodos de prevención principalmente, para poder planificar un proyecto que fortalezca las áreas de oportunidad de mejora en pro de la población.

Como siempre debemos tener en cuenta “Mamá bien, bebé bien”, si procuramos a nuestra población en riesgo podremos disminuir la incidencia de este trastorno y, en los peores de los casos, sus mortales consecuencias para la familia.

Referencias bibliográficas

1. Caparros-Gonzalez R, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI Depresión posparto, un problema de salud pública mundial [carta]. Rev Panam Salud Publica. 2018; 42:97 doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS insta a ofrecer atención de calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después del parto. 30 de marzo de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>
3. Committee on obstetric practice. Screening for Perinatal Depression. Obstetrics and Gynecology. Vol. 132. N° 5. November 2018. Disponible en: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2018/11/screening-for-perinatal-depression.pdf>
4. Secretaria de salud. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primer y segundo niveles de atención. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2021 [22-05-2022]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-666-21/ER.pdf>
5. Contreras-Carretero Nilson A., Villalobos-Gallegos Luis, Mancilla-Ramírez Javier. Análisis epidemiológico de la depresión perinatal. Cir. 2022. Feb; 90 (1): 128-132. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2022000100128&lng=es. Epub 14-Feb-2022. <https://doi.org/10.24875/ciru.20001246>.
6. Real academia española. Acción. Asociación de academias de la lengua española. 2022. Disponible en: <https://dle.rae.es/acci%C3%B3n>
7. María Orviz González Inteligencia emocional relacionado con embarazo y desarrollo fetal. NPunto, ISSN-e 2603-9680, ISSN 2605-0110, Vol. 4, N°. 37, 2021, págs. 84-104. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/37/inteligencia-emocional-relacionado-con-embarazo-y-desarrollo-fetal>
8. Secretaria de salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer embarazada, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación. México. 2016. Disponible en:

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0

9. Real academia española. Cuidado. Asociación de academias de la lengua española. 2022. Disponible en: <https://dle.rae.es/cuidado?m=form>
10. Department of health and human services. USA. National Institute of Mental Health. Depresión perinatal. Publicación de NIH Núm. 20-MH-8116S. Junio, 2020. Disponible en:
<https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/depresion-perinatal/20-mh-8116s-perinataldep-sp.pdf>
11. Monroy Jiménez, D. (2021). *Factores de riesgo para la depresión perinatal en relación a la pandemia del COVID-19*. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/4023>
12. Basadre, Carmen Carballo. Educación prenatal, una esperanza para el futuro. Boletín Redipe, ISSN-e 2256-1536, Vol. 8, Nº. 5, 2019. págs. 85-103. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7528258>
13. Bedoya Dorado C, Molina-Valencia N. El estudio de las emociones desde el giro afectivo a las prácticas y atmósferas afectivas. *rev.colomb.cienc.soc* [Internet]. 6 de agosto de 2021 [citado 14 de mayo de 2023];12(2):928-4. Disponible en: <https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/RCCS/article/view/3516>
14. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria#:~:text=La%20enfermer%C3%ADa%20abarca%20el%20cuidado,atenci%C3%B3n%20centrada%20en%20la%20persona>.
15. Oteyza, Gabriela Rita y Puhl, Stella Maris. Violencia extrema, filicidio. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2019. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-111/897>
16. National Cancer Institute. Diccionario de términos de cáncer del NCH. Intervención. NCIinfo@nih.gov. 2023. Disponible en: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/intervention>

17. García Cedeño María Yolanda. Enfoques de la gestión de enfermería en la práctica asistencial de pacientes con preeclampsia. Jipijapa - Unesum. Maestría en Gestión del Cuidado. 2023. pp 84. Disponible en: <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/5103>
18. I. Burutxaga, et al. Apego y vínculo: una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. Temas de psicoanálisis. Núm. 15. enero 2018. Disponible en: <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2018/01/I.-BURUTXAGA-C.-P%C3%89REZ-TESTOR-M.-IB%C3%81%C3%91EZ-S.-DE-DIEGO-M.-GOLAN%C3%93-E.-BALL%C3%9AS-J.A.-CASTILLO.-Apego-y-v%C3%ADnculo..pdf>
19. Navarrete, et al. Sensitivity and specificity of the three Whooley and Arroll questions for detecting perinatal depression in Mexican women. Salud pública de México. Vol. 61 Núm. 1. Enero-febrero 2019.
20. John Freddy Martínez Paredes y Nathalia Jácome-Peréz. Depresión en el embarazo. Revista Colombiana de Psiquiatría. vol. 48, n. 1, enero-marzo de 2019. pp. 58-65. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745017300926?via%3DiHub>
21. Gregorio, M, G y Embum, F. Impacto de la depresión perinatal en el vínculo materno: una revisión bibliográfica. Revista Psicossom. Psiquiatr. 2019, 9: 47-51
22. Khanghah, A. G., Khalesi, Z. B., & Hassanzadeh, R., Afagh (2020). The importance of depression during pregnancy. JBRA assisted reproduction, 24(4), 405-410. <https://doi.org/10.5935/1518-0557.20200010>
23. Rollè, L., Giordano, M., Santoniccolo, F., & Trombetta, T. (2020). Prenatal Attachment and Perinatal Depression: A Systematic Review. International journal of environmental research and public health, 17(8), 2644. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082644>
24. Vania Krauskopf, Paula Valenzuela. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes, Volumen 31. Issue 2. 2020. Pp 139-149, ISSN 0716-8640. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.004>

25. Vega-Sanz, Blanco y Sánchez-López. Mecanismos implicados en la depresión perinatal y la vinculación materno-fetal: papel específico de la rumiación. *Revista Psicosom. Psiquiatr.* Mayo 2021.
26. Naranjo-Hernández Ydalsys. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *AMC [Internet]*. 2019 Dic; 23 (6): 814-825. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600814&lng=es. Epub 19-Nov-2019.
27. Francisco Machado Reyes, María de la Caridad Casanova Moreno, Wagner González Casanova y Daimy Casanova Moreno. Historia de Dorothea Orem y sus aportes a las teorías de la enfermería. VIII Simposio de Historia de la Enfermería. 2022. Disponible en: <https://simposioihe2022.sld.cu/index.php/simposiosenf/simposioihe2022/paper/view/Paper/10>
28. Sánchez-Castro J, Ramírez-Martínez A, Tonguino-Tonguino A, Vargas-López L. Conocimiento del proceso de atención de enfermería por parte de los enfermeros de la Clínica La Inmaculada. *RSM [Internet]*. 10 de septiembre de 2019 [citado 14 de mayo de 2023];73(5 - 6):277-81. Disponible en: <https://revistasanidadmilitar.org/index.php/rsm/article/view/42>
29. En Colombia. Teoría del déficit de autocuidado. *Revista de Actualizaciones en Enfermería*. (13) 3. Diciembre, 2019. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/vole-133/autocuidadoenelpaciente4/>
30. Miranda-Limachi K.E., Rodríguez-Núñez Y., Cajachagua-Castro M. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enferm. univ [revista en la Internet]*. 2019 dic [citado 2022 Nov 15]; 16(4): 374-389. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400374&lng=es. Epub 16-Abr-2020. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.623>
31. Lasluisa-Rivera, J., Chantong-Cabrera, J., & Romero-Encalada, I. (2021). Proceso de atención de enfermería en gestantes atendidas en un hospital de El Oro Ecuador. *Polo*

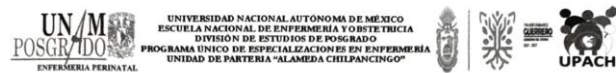
- del Conocimiento, 6(7), 782-792. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23857/pc.v6i7.2887>
32. NANDA Internacional 2018. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2018-2020. Elsevier. Barcelona, España.
33. Krauskopfa V. y Valenzuela P. Perinatal depression: a review on diagnosis and treatment strategies. Revista médica Clínica Las Condes. Vol. 31. Núm. 2. TEMA CENTRAL: Trastornos del Ánimo en Medicina. Pp. 139-149. Marzo-abril 2020. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-depresion-perinatal-deteccion-diagnostico-estrategias-S0716864020300183>.
34. Malpartida AMK. Depresión postparto en atención primaria. Revista Médica Sinergia. 2020;5 (02):355-355. disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92103>
35. Contreras-Carreto Nilson A., Villalobos-Gallegos Luis, Mancilla-Ramírez Javier. Análisis epidemiológico de la depresión perinatal. Cir. cir. [revista en la Internet]. 2022 feb [citado 2022 Nov 10]; 90(1): 128-132. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2022000100128&lng=es
36. UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Paris. En Centro de Documentación de Bioética. Departamento de Humanidades Biomédicas. Universidad de Navarra. Pamplona, España. 2005. Disponible en <http://www.unav.es/cdb/>
37. Universidad Continental. Derechos del paciente. Código de Nuremberg y Helsinki. 2021. Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/9550>
38. Miranda-Novales María Guadalupe, Villasís-Keever Miguel Ángel. El protocolo de investigación VIII. La ética de la investigación en seres humanos. Rev. alerg. Méx. [revista en la Internet]. 2019 Mar; 66 (1): 115-122. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902019000100115&lng=es. <https://doi.org/10.29262/ram.v66i1.594>.

39. Ontano, M., Mejía-Velastegui, A. I., y Avilés-Arroyo, M. E. Principios bioéticos y su aplicación en las investigaciones médico-científicas: Artículo de revisión. *Ciencia Ecuador*. 2021. 3(3), 9-16. Disponible en: <https://doi.org/10.23936/rce.v3i3.27>
40. Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud. Estados Unidos Mexicanos. 16 de mayo de 2022. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
41. SSA. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primer y segundo niveles de atención. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2021 [22-05-2022]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-666-21/ER.pdf>
42. Bubolz de Oliveira, Bruna; Portella Ribeiro, Juliane. Una experiência da pintura no ventre materno. *Revista Científica de Enfermagem - recien*. Diciembre de 2021, vol. 11 Edición 36, p602-611. 10p. Disponible en: <https://web.s.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=2177157X&AN=154962577&h=ubyESUnjE1DicpmZEfJwWBXBS08%2ftuaCYdIM4%2fOnSjMmhPdDutH3F0wQSecUHuaMm8fQ%2bBcR91CeCEi48YNsdQ%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d2177157X%26AN%3d154962577>
43. SSA. Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada en el primer nivel de atención. Resumen de evidencias y recomendaciones. Guía de práctica clínica de enfermería. México. Secretaria de salud. CENETEC 2016. [22-05-2022]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>
44. Mérida-Raigón, María; Plaza-Carmona, María; Juan-García, Carmen. Desincronización de los ciclos circadianos en el personal de urgencias que realizan turno de noche. *Nuberos Científica*. 2022; 6(36): 41-9. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/nc/3641nc> [acceso: 15/05/2023]
45. Bates Keenan, Herzog Erik D. Maternal-Fetal Circadian Communication During Pregnancy. *Frontiers in Endocrinology*. Vol 11. 2020. Disponible en: www.frontiersin.org/article/10.3389/fendo.2020.00198

46. SSA. Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2017 (22-05-2022). Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>
47. Liona C. Pon. Et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. nt J Gynecol Obstet 2019; 145 (Suppl. 1): 1–33.
48. SSA. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primer y segundo niveles de atención. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2021 [22-05-2022]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-666-21/ER.pdf>
49. SSA. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo. México: Secretaría de Salud. 2016.
50. OMS. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Organización mundial de la salud. 2018.
51. National Heart, Lung, and Blood Institute. Trastornos del ritmo circadiano. ¿Qué son los trastornos del ritmo circadiano? NIH. Junio 2022. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/trastornos-del-ritmo-circadiano#:~:text=Los%20trastornos%20del%20ritmo%20circadiano%2C%20tambi%C3%A9n%20conocidos%20como%20trastornos%20del,est%C3%A1%20sincronizado%20con%20el%20entorno.>

Anexos

- Consentimiento informado (anexo 1).



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO DE CASO

He recibido la orientación referente a que el estudio de caso, es una modalidad de investigación que le permite al estudiante de posgrado en Enfermería Perinatal realizar un análisis científico y minucioso de una persona en específico.

Por lo tanto, otorgo mi consentimiento para que la C.

Yarete Angel Dominguez

Estudiante del Posgrado de enfermería perinatal de la Universidad Nacional Autónoma de México, realice un seguimiento y participación activa en el cuidado integral de mi padecimiento, como parte de sus actividades académicas, asegurando haber recibido la información necesaria sobre las actividades a realizar durante el tiempo que dure esta participación,

Autorizo también obtener fotografías, videos y registros clínicos durante mi hospitalización, así como difundir resultados en revistas científicas y medios electrónicos.

AUTORIZO

Nombre de la usuaria o Tutor

Firma: [Firma]

TESTIGO:

Firma: _____

La información es confidencial con estricto cuidado ético apegado a los principios fundamentales y derechos del paciente.

Por lo que se utilizará un seudónimo para identificar a la usuaria en este estudio de caso.

Chilpancingo de los Bravo, Guerrero, a 14 del mes de Mayo del año 2022.

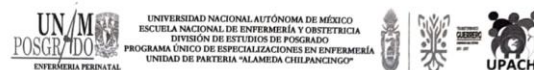
Vo. Bo.

MCE. Celia Domínguez Vázquez
Coordinadora de Enlace

[Firma]

Ilustración 2. Consentimiento informado.
Fuente: MCE. Celia Domínguez Vázquez

- Instrumento de valoración de Dorothea E. Orem (anexo 2).



VALORACIÓN

GUÍA DE VALORACIÓN EN BASE A LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM

Instrucciones: Por favor, marque con una x en los paréntesis que corresponda y llene los espacios de acuerdo a las respuestas que la persona le otorgue y/o lo que usted perciba y observe según sea el caso.

I. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

a. Descriptivos de la persona

Fecha: 04 de Mayo de 2022 Hora de aplicación: 18:00 hrs

Nombre: Yarete Angel Dominguez Sexo: Femenino Edad: 38

Religión: _____ estado: Coahuila Civil: Casada

Escolaridad: Posgrado lugar de residencia: Chilpancingo

Domicilio actual (calle, número, colonia): Calle 7 Edificio D. No. 4 Fraccionamiento 2386 Chilpancingo

Características de la vivienda:

Renta: _____ Propia Otros _____

Material de Construcción

madera _____ duradero Otros _____ Especifique _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda

Agua potable Luz eléctrica

Drenaje Pavimentación

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alumbramiento público

Recolección de basura

Drenaje y alcantarillado

Rol que ocupa en la familia:

Ilustración 3. Instrumento de valoración P1.
Fuente: Dorothea E. Orem

UN/M POSGRADO ENFERMERIA PERINATAL UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN ENFERMERÍA UNIDAD DE PARTERÍA "ALAMEDA CHILPANCINGO" UPACH

Madre (X) Madre () Hijo () Esposa/o (X)
 Número de hijos: 0 () 1 () 2 (X) 3 () Más de 3 () Especifique: _____
 Relación con la familia:
 Buena (X) Regular () Mala ()

Nivel de educación:
 Analfabeta () Primaria () Secundaria ()
 Bachillerato () Licenciatura () Otros (X) Especifique: Posgrado
 Ocupación: Infermera Horario: Mediano "A" (Lun - vier)
 Antecedentes laborales: Berona de antigüedad laboral en el trabajo actual
 Ingreso Económico Familiar: 322,000.00 al mes
 Menos de 100 () 101-200 () 201-300 () 301-400 () +401 ()
 Dependencia económica: Si () No (X)
 De quien: Padres () Esposo/a () Otros ()

b. Patrón de vida
 ¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre?
 Sociales () Culturales () Deportivas (X)
 Religiosas () Otras especifique: _____
 ¿Qué hace usted para cuidar su salud?
Comer bien, hacer el ejercicio ya que siento mucha fatiga y/o cansancio y realizar actividades de bienestar (yoga y otras)
c. Estado de sistema de salud
 ¿Cómo percibe su estado de salud?
 Bueno (X) Regular () Deficiente () No sabe ()
 ¿A qué servicio de salud acude usted regularmente?
 IMSS () ISSSTE (X) INSABI () SEDENA () Particular ()
 Otros especifiquen: _____
 Diagnóstico médico: A3 P1 CI Embarazo de 27.6 semanas normales
 Estado de salud: Grave () Delicado () Estable (X)

Ilustración 4. Instrumento de valoración P2.
 Fuente: Dorothea E. Orem

UN/M POSGRADO ENFERMERIA PERINATAL UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN ENFERMERÍA UNIDAD DE PARTERÍA "ALAMEDA CHILPANCINGO" UPACH

Valoración de la existencia de recursos disponibles para la atención del cliente _____
d. Estado de desarrollo
 ¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico?
 Si (X) No () No sabe ()
 ¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones?

 ¿Quién autoriza su tratamiento médico? _____
II. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO UNIVERSALES
a. Mantenimiento del aporte suficiente de aire
 Frecuencia respiratoria: 23' Llenado capilar: 2 segundos
 Cianosis: Si () No (X) Especifique: _____
 Tabaquismo: Si () No (X) Especifique: _____
 Cocina con leña: Si () No (X) Especifique: _____
 Alergias: Si () No (X) Especifique: _____
 Tipo de Respiración:
 Normal (X) Disnea () Bradipnea () Polipnea ()
 Otros: _____
 Nariz:
 Desviación de tabique () Pólipos () Secreciones ()
 Dolor () Edema () Otros: _____
 Tórax:
 En Tonel () En quilla () En embudo () Otros: _____
 Ruidos respiratorios:
 Estertores () Sibilancias () Murmullo vesicular ()
 Padece alguna enfermedad pulmonar: Si () No (X)
 Especifique: _____

Ilustración 5. Instrumento de valoración P3.
 Fuente: Dorothea E. Orem

Cardiovascular:

SPO2 97% T/A 90/60 FC 72 Soplos () Arritmias ()

Otras alteraciones Ninguna aparente

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea: Si () No (X) Apoyo Ventilatorio: Si () No (X) Especifique _____

b. Mantenimiento de aporte de agua suficiente

Valore datos de deshidratación

Mucosa oral: Seca () Hidratada (X)
 Piel: Seca () Escamosa () Normal (X)
 Turgencia: Normal (X) Escasa ()

¿Qué cantidad de agua ingiere usted al día?
 300-500 ml () 500-1000ml ()
 1500-2000 ml () Más de 2000ml (X)

¿De donde proviene el agua que consume?
 Llave pública () Pila () Entubada () Garratón (X)
 Otros: _____

¿Utiliza algún método para purificar el agua? Si () No (X)
 Especifique _____

Ingiere algún otro tipo de líquido durante el día
 Si (X) No ()

Especifique tipo y cantidad 150ml de bebida azucarada

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique _____

c. Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos.

Peso 78kg Talla 1.70m IMC 27 Cintura _____ Glicemia capilar 98mg/dl

Ha observado variaciones en el peso.

Si (X) No ()

Pérdida () Ganancia (X)

1-3 kg () 4-6 kg (X) 7-9 kg () más de 10 kg ()

Dentadura:

Completa () Faltan piezas (X)

Prótesis fija () Prótesis extraíble ()

Especifique 1 tercer molar de la inferior

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral.

Si () No (X) Especifique _____

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomía ()

Tumor oral () Leucoplaquia () Edema () Lesión oral ()

Drenaje purulento () Gingivorragia () Ulceraciones ()

Otros _____

Alteraciones en cara y cuello: Ninguna aparente

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia () Disminuido (X)

Aumentado () Normal ()

Distensión abdominal ()

Otros Desde hace meses aparecen episodios de estreñimiento

Presenta algún problema en la alimentación: Si () No (X)

¿Cuál? Acidez (X) Náuseas () Vómito () Hematemesis () Disfagia ()

Pirosis () Regurgitación () Polidipsia ()

Polfagia () Bulimia () Anorexia () Reflujo (X) (ocasional)

Sialorrea () Saciedad () Eructos ()

Otros _____

¿Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse?

Si () No (X) Especifique _____

Tipo de nutrición: Oral (X)

Ilustración 6. Instrumento de valoración P4.
 Fuente: Dorothea E. Orem

Ilustración 7. Instrumento de valoración P5.
 Fuente: Dorothea E. Orem

Sonda

Nasogástrica () Sonda Nasoyeyunal ()
Gastroclisis () Nutrición parenteral ()

¿Que tan frecuente usted come...?

Alimento/frecuencia	1 diario	2 c/ semana	3 c/ mes	4 nunca
Leche	X			
Deriv.de la leche	X			
Carnes		X		
Cereales	X			
Verduras		X		
Frutas	X			
Huevos		X		
Pescado			X	
Pastas y harinas			X	

¿Con qué guiso los alimentos?

Acete (X) Manteca ()

Otros _____

¿Cómo es su dieta?

Sin restricciones (X) Para diabético () Hiposódica ()

Hipoprotéica () Hiperprotéica () Otros _____

d. Provisión de los cuidados asociados al proceso de eliminación y los excrementos.

Grupo de evacuación intestinal

Presencia de:

Estoma intestinal () Colostomía () Ileostomía ()

Hemorroides () Pólipo rectal () Rectorragia ()

Otros _____

Apoyo para la eliminación intestinal: Si (X) No ()

Movilización () Medicación (X) Higiene ()

Otros Terapias AB y fibra en ocasiones.

Evacuación intestinal.

Espontánea () Estreñimiento (X)

Diarrea () otros _____

Características de las Heces fecales.

Café (X) Acolia () Melena () Otros _____

Consistencia de las Heces fecales.

Pastosa () Semipastosa () Líquida () Semilíquida () Dura (X)

Frecuencia: 1 vez al día Cantidad: 300gms

Grupo de la eliminación vesical.

Presencia de:

Incontinencia () Retención urinaria () Tenesmo ()

Disuria () Alteraciones uretero-vesicales () Otro: _____

Frecuencia de micción: 4 a 5 veces al día cantidad: 200ml

IVUS: 28 Frecuencia: Diciembre 2021 y Enero 2022 en

Alteración en la micción: Si () No (X) Tratamiento

Ámbar (X) Coluria () Hematuria () Turbia ()

Otros _____

Grupo Transpiración.

Cambio en los patrones normales de sudoración.

Disminuida () Ausente () Aumentada (X)

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal 37.1°C Dolor ()

Alteraciones emocionales () Temperatura ambiental (X)

Otros _____

Grupo menstruación.

Menarca 12 años Días del ciclo menstrual 6x30

Tipo, cantidad y características del flujo: luna 3 - 4 días múltiples cambios al día

Presenta algún problema durante su menstruación

Si () No (X) Ocasional () Especifique _____

Regular: X Irregular: _____

e. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Ilustración 8. Instrumento de valoración P6.
Fuente: Dorothea E. Orem

Ilustración 9. Instrumento de valoración P7.
Fuente: Dorothea E. Orem

Reposo

¿Cuántas horas duerme habitualmente?
 Menor de 6 horas () 6- 8 horas (X) Más de 10 horas ()

¿Cómo se encuentra al despertarse?
 Cansado (X) Descansado () Fatigado () Otros ()

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?
 Si (X) No ()

¿Ha sufrido algún cambio su patrón de sueño?
 Si (X) No () Desde cuando: hace 8 años
 1 semana () 15 días () 1 mes () Más de un mes ()

Presencia de:
 Bostezo (X) Insomnio (X) Hipersomnia () Pesadillas ()
 Alucinaciones () Ojeras (X) Ronquido () Enuresis ()
 Sonambulismo () Terrores nocturnos ()

Factores que interrumpen su descanso y sueño: teórico nocturno y actividades durante
 ¿Acostumbra a tomar siestas? Si (X) No () desde muy temprano en la mañana

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?
 Si () No (X) Especifique _____

Su en que horario duerme: 23:00 a 07 hrs martes, jueves, sábado y domingo

Actividad

Sistema músculo esquelético.
 Presencia en articulaciones de:
 Dolor () Rigidez () Inflamación () Limitaciones ()
 Contracturas () Especifique _____

Tratamiento _____

¿Alguna actividad física le produce dolor?
 Si () No (X) Especifique _____

¿Realiza algún tipo de ejercicio?
 Si (X) No () Especifique Aeróbico
 Frecuencia/ duración una a veces por semana 4 días

Ilustración 10. Instrumento de valoración P8.
 Fuente: Dorothea E. Orem

f. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción.

Sistema auditivo
 ¿Presenta problemas de audición?
 Si () No (X) Especifique _____

Utiliza apoyo para escuchar.
 Si () No (X) Especifique _____

Presencia de: Mareo () Vértigo () Acúfenos () Malformaciones ()
 Tumoraciones () Lesiones ()

Sistema ocular
 ¿Presenta problemas visuales?
 Si (X) No () Especifique _____

¿Utiliza lentes? Si (X) No () Armazón () Contacto ()
 Tiempo interrumpido hace 20 años uso constante de hace 6 años

Presencia de alteraciones oculares.
 Si (X) No () Especifique Asigmatismo / miopía

¿Con quienes convive diariamente?
 Familia (X) Amigos () Compañeros de trabajo ()

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las que convive?
 Buena (X) Regular () Mala ()

¿A quién recurre para platicar de sus problemas?
 Familia () Amigos (X) Nadie () Otros _____

Observar: Seguridad (X) Timidez () Introversión () Apatía ()
 Extraversión () Otros _____

Razones que le impiden socializar:
 Lejanía () Enfermedad () Rechazo () Miedo ()
 Dificultad para la comunicación () Otros la seguridad

g. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Sistema neurológico.
 Estado de conciencia:
 Consciente (X) Inconsciente () Sopor ()
 Estupor () Confusión () Coma ()

Ilustración 11. Instrumento de valoración P9.
 Fuente: Dorothea E. Orem

UN/M POSGRADO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN ENFERMERÍA UNIDAD DE PATERIA "ALAMEDA CHILPANGINGO" UPACH

Glasgow 16 puntos

Problemas de:
 Concentración (X) Razonamiento () Especificar ansiedad física

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la de ambulación?
 Bastón () Silla de ruedas () Andador () Otros _____

Antecedentes heredo familiares / patológicos:
 Si (X) No () Especifique Htado/Btado hipertensos, Abtado mltima con Ca de utero, Abtado mltima Ca de pntida y dia materna en Ca de mama

Toxicomanías:
 Si () No (X) Especifique _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?
 Si () No (X) Especifique _____

h. Promoción del funcionamiento humano y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.

¿Se acepta en su aspecto físico?
 Si (X) No () Especifique _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su embarazo?
 Si (X) No () Especifique primipara inseguridad la agitación de melasma en el rostro

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas? Si () No (X) Especifique _____

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?
 Si (X) No () Especifique _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?
 Si (X) No ()

Depresión () Ansiedad () Vergüenza (X) Temor ()
 Desesperanza () Negatividad () Tristeza (X) otros especifique _____

Ilustración 12. Instrumento de valoración P10.
 Fuente: Dorothea E. Orem

UN/M POSGRADO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN ENFERMERÍA UNIDAD DE PATERIA "ALAMEDA CHILPANGINGO" UPACH

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?
 Negación () Inadaptación () Irritabilidad ()
 Culpa () Agresión () Cólera ()

Otros especifiquen: Medidas de distracción usando las redes sociales

III. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

a) Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo.

1. Etapa del ciclo vital.

¿Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente a su salud en alguna de las siguientes etapas de su vida?

Niñez	Si ()	No (X)	Especifique _____
Edad escolar	Si ()	No (X)	Especifique _____
Adolescente	Si ()	No (X)	Especifique _____
Adulto joven	Si ()	No (X)	Especifique _____
Edad fértil	Si ()	No (X)	Especifique _____
Adulto maduro	Si ()	No (X)	Especifique _____

2. Salud sexual.

Sistema reproductor

¿Ha recibido educación sexual?
 Si (X) No () Especifique _____

¿Cuál es su orientación sexual? Hetero sexual

Inicio de Vida Sexual Activa: Si (X) No () Especifique _____

Número de parejas sexuales _____

¿Está satisfecho con su vida sexual?
 Si (X) No () Porque pero se necesita disciplina

¿Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales?
 Si (X) No () Especifique inseguridad por mi capacidad

¿Utiliza algún método de planificación familiar?
 Si () No (X) Especifique / tiempo _____

Ilustración 13. Instrumento de valoración P11.
 Fuente: Dorothea E. Orem

de hijos: 2

¿Tiene problemas de infertilidad?
 Si () No (X) Especifique _____
 Causa / tratamiento _____

¿Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual?
 Si () No (X) Especifique _____
 Tratamiento three exams at the clinic of UPH

Cirugías realizadas en Aparato reproductor
 Si () No (X) Especifique _____

Su pareja/esposo/compañero
 ¿Acude a examen de próstata/testicular?
 Si () No (X) Especifique _____

¿Presenta problemas de erección?
 Si () No (X) Especifique _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?
 Si (X) No () Especifique/Tratamiento Ninguno

Mujer:
 Menarca: 17 años Días del ciclo menstrual 6x30
 Tipo, cantidad y características del flujo: Usa de 3 toallas normales al día en abril

Presenta algún problema durante su menstruación
 Si () No (X) Especifique _____

Embarazos 3 Partos 1 Cesárea 1 Abortos 0
 Óbitos 0 Partos prematuros 0

Embarazos de alto riesgo 0 Período intergenésico: 8 años
 Menopausia _____ Fecha de último Papanicolaou October 2020

Presencia de flujo/ hemorragia transvaginal:
 Si (X) No () Especifique Leucorrea no fétida

¿Existe alteración del crecimiento físico?
 Si () No (X) Especifique _____

Ilustración 14. instrumento de valoración P12.
 Fuente: Dorothea E. Orem

IV. REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD

¿Con qué frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud?
 4- 6 meses () 6- 12 meses () más de 12 meses ()
 No se realiza (X) Especifique _____

¿Sabe usted de su enfermedad?
 Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades,
 ¿usted acude?
 Si () No (X)

En caso de déficit o incapacidad física, ¿cuál es su sentimiento respecto a su situación?

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación?
 Si () No (X) Especifique _____

¿Identifica algún obstáculo que le impida continuar o llevar a cabo los cuidados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación?
 Ambientales () Familiares () Personales ()
 Especifique _____

Observaciones:

Elaboró:
ECCP Loreli Ardel Domínguez
 Nombre completo/perfil/firma

Ilustración 15. Instrumento de valoración P13.
 Fuente: Dorothea E. Orem

- Ultrasonido obstétrico HMNG (anexo 3).



 GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO EST. 1931		PROCA		Gobierno del Estado de Guerrero Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense levard Plén Júbrez s/n, esq. Calle Huamúchil Col. Cd. de los servicios, C.P. 39074 Chilpancingo de los Bravo, Guerrero teléfonos: (747) 4949383, 4949382 y 4949357	
SOLICITUD DE IMAGENOLÓGIA					
NOMBRE DEL PACIENTE L...		FECHA 15-11-2021	FECHA DE NACIMIENTO 15-11-83	EDAD 38	SEXO: FEM
FECHA DE LA SOLICITUD 18-12-2021		SERVICIO SOLICITANTE: Urgencias	CAMA: F-89-DM-DI-1		
PROBLEMA CLÍNICO EN ESTUDIO Emb 7 SOG + AA					
ESTUDIO SOLICITADO: USG transvaginal					
NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE SOLICITA Dr. Jacques...					
NOMBRE: EDAD: 38 años SERVICIO: URGENCIAS FECHA: 18.12.2021.					
USG OBSTÉTRICO: SE UN SACO GESTACIONAL IMPLANTADO EN EL FONDO UTERINO, DE MORFOLOGÍA NORMAL CON BUENA REACCIÓN DECIDUAL, DENTRO DEL CUAL SE OBSERVA UN EMBRION CON LCC DE 1.69 CM QUE CORRESPONDE A 8.1 SOG, CON FRECUENCIA CARDÍACA FETAL DE 168 LATIDOS POR MINUTO, AMNÍOS NORMAL, SACO VITELINO NORMAL.					
DR. JACQUELINE SANCHEZ NAVA MEDICO ULTRASONOGRAFISTA CÉDULA 3578666					

Ilustración 16. Ultrasonido obstétrico del primer trimestre.
Fuente: HMNG

- Ultrasonido obstétrico Centro de Diagnóstico Especializado de Guerrero (anexo 4).


2º tris


CENTRO DE DIAGNÓSTICO ESPECIALIZADO DE GUERRERO
 S. A. DE C. V.

PACIENTE: ...
 DR(A): AQC ...
 ESTUDIO: USG. OBSTÉTRICO
 FECHA: 06/04/2022

Útero aumentado de tamaño, gestante con producto único, vivo en situación longitudinal, presentación pélvica y dorso anterior. Al momento del estudio presenta movimientos corporales activos y con adecuado tono muscular. La actividad cardíaca es rítmica de 46 latidos por minuto.
 Diámetro biparietal de 6 cm, circunferencia cefálica de 22.4 cm, longitud femoral de 4.3 cm y circunferencia abdominal de 19.1 cm, que corresponden a una gestación aproximada de 24.1 semanas.
 Cráneo, columna vertebral y resto de estructuras corporales identificables sin alteraciones aparentes.
 Líquido amniótico en cantidad y de características normales (columna máxima de 5).
 Placenta de localización corporal lateralizada a la izquierda, con adecuada inserción y grado I de madurez.
 Cérvix de 5.5 cm, sin modificaciones.

CONCLUSIÓN:
 EMBARAZO DE APROXIMADAMENTE 24.1 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FETOMETRIA CON PRODUCTO ÚNICO, VIVO, EN PRESENTACIÓN PÉLVICA, APARENTEMENTE NORMOEVOLUTIVO.
 PESO FETAL APROXIMADO DE 659 g.
 LÍQUIDO AMNIÓTICO NORMAL (COLUMNA MÁXIMA DE 5).
 PLACENTA CORPORAL LATERALIZADA A LA IZQUIERDA CON GRADO I DE MADUREZ.
 CÉRVIX DE 5.5 cm, SIN MODIFICACIONES.



DR. ISRAEL CABRERA ZAMUDIO.
 MEDICO RADIÓLOGO.
 CEDULA 6384570

Ilustración 17. Ultrasonido obstétrico del segundo trimestre.
Fuente: Centro de diagnóstico especializado de guerrero

- Estudio de laboratorio HMNG 1 (anexo 5).

SECRETARÍA DE SALUD SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO GUERRERENSE LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

SOLICITUD: 2205097019 FECHA DE LA ORDEN: 2022-05-09
 CURP: N.A. NÚMERO DE CAMA: N.A.
 PACIENTE: EDAD: 38 AÑOS SEXO: MUJER
 UNIDAD: HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO G SERVICIO SOLICITANTE: URGENCIAS ADULTOS
 MEDICO SOLICITANTE: # 2321 MARTINEZ ISABEL ALE DIAG: EMB. DE 24 SGG
 FECHA DE ADMISION: 2022-05-09 23:26:24 FECHA DE IMPRESION: 2022-05-09 23:55:06
 OBSERVACIONES: SIN INCIDENTES

HEMATOLOGÍA

CITOMETRÍA HEMÁTICA	Resultado	Unidades	Valores de referencia
FORMULA ROJA			
ERITROCITOS	3.86	X 10 ¹⁵ u/L	M: 4.0 - 5.40 F: 4.25 - 5.75
HEMOGLOBINA	11.2	g/dL	M: 14.0 - 18.0 F: 12.25 - 16.0
HEMATOCRITO	36.3	%	M: 42.0 - 52.0 F: 37.0 - 47.0
VOLUMEN GLOBULAR MEDIO	94.0	fL	H.M: 83.0 - 108.0 F.M: 88.0 - 112.0
Hgb. CORPUSCULAR MEDIO	29.0	pg	H.M: 28.0 - 32.0 F.M: 31.0 - 35.0
CONT. MED. Hgb. CORPUSCULAR	30.8	g/dL	H.M: 32.0 - 34.50 F.M: 35.0 - 37.0
IDE	12.9	%	11.5 - 14.5
PLAQUETAS	360	X 10 ³ mm ³	150 - 450
VOL. PLAQ. MEDIO	7.6	fL	7.4 - 10.4
FORMULA BLANCA			
LEUCOCITOS	11.20	x 10 ³ mm ³	H.M: 4.30 - 11.0 F.M: 5.0 - 10.0
VALORES ABSOLUTOS			
NEUTRÓFILOS #	7.17	#	1.80 - 7.70
LINFÓCILOS #	2.79	#	1.0 - 4.80
MONÓCILOS #	0.87	#	0.00 - 0.80
EOSINÓFILOS #	0.29	#	0.02 - 0.45
BASÓFILOS #	0.04	#	0.02 - 0.10
FORMULA MANUAL			
NEUTRÓFILOS	64	%	40.0 - 85.0
BANDEAS	0	%	0.0 - 2.0
LINFÓCILOS	26	%	18.0 - 40.0
MONÓCILOS	8	%	1.0 - 10.0
EOSINÓFILOS	2	%	1.0 - 4.0
BASÓFILOS	0	%	0.0 - 4.0

Modelo: IMPEDANCIA

Visión: Q.B.P. NATALIO RODRIGUEZ CALLEJA
 Cédula: 5706142

Responsible: MARIABEL LÓPEZ GARCÍA

Ilustración 18. Biometría hemática.
Fuente: HMNG

- Estudios de laboratorio HMNG 2 (anexo 6).

SECRETARÍA DE SALUD SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO GUERRERENSE LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

SOLICITUD: 2205097019 FECHA DE LA ORDEN: 2022-05-09
 CURP: N.A. NÚMERO DE CAMA: N.A.
 PACIENTE: EDAD: 38 AÑOS SEXO: MUJER
 UNIDAD: HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO G SERVICIO SOLICITANTE: URGENCIAS ADULTOS
 MEDICO SOLICITANTE: # 2321 MARTINEZ ISABEL ALE DIAG: EMB. DE 24 SGG
 FECHA DE ADMISION: 2022-05-09 23:26:24 FECHA DE IMPRESION: 2022-05-09 23:55:06
 OBSERVACIONES: SIN INCIDENTES

UROANÁLISIS

EXAMEN GENERAL DE ORINA	Resultado	Unidades	Valores de referencia
EXAMEN FÍSICO			
COLOR	AMARILLO		AMARILLO
ASPECTO	TURBIO		LIBERAMENTE TURBIO
EXAMEN QUÍMICO			
pH	6.0		5.0 - 7.0
DENSIDAD	1.025		1.015 - 1.030
PROTEÍNAS	NEGATIVO	mg/dL	NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO	mg/dL	NEGATIVO
CUERPOS CÉTONICOS	NEGATIVO	mg/dL	NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVO	mg/dL	NEGATIVO
BIURRUBINA	NEGATIVO	mg/dL	NEGATIVO
UROBILINOGENO	0.2	Hemul	0.2 - 1.0
SANGRE	NEGATIVO		NEGATIVO
EXAMEN MICROSCÓPICO			
SEDIMENTO URINARIO	MODERADO		SCASO
CELULAS SUPERFICIALES	MODERADAS		AUSENTES
CELULAS INTERMEDIAS	ESCASAS		AUSENTES
BACTERIAS	ESCASAS		AUSENTES
LEUCOCITOS	2	X CAMPO	0
CRISTALES DE OXALATO DE CALCIO	ESCASAS		AUSENTES
FILAMENTO DE MUCINA	MODERADO		AUSENTES

Modelo: ESPECTROFOTOMETRÍA POR REFLECTANCIA

QUÍMICA CLÍNICA

(GLUCOSA, UREA, COLESTEROL, CREATININA, ACIDO ÚRICO, TRIGLICÉRIDOS)	Resultado	Unidades	Valores de referencia
GLUCOSA	82.00	mg/dL	70 - 110
NITRÓGENO DE LA UREA	3.27	mg/dL	2 - 26
UREA SÉRICA	7.00	mg/dL	10 - 30
COLESTEROL TOTAL	218.00	mg/dL	<= 200
CREATININA SÉRICA	0.60	mg/dL	0.7 - 1.3
ACIDO ÚRICO	1.50	mg/dL	1.0 - 7.0
TRIGLICÉRIDOS	205.00	mg/dL	<= 160

Modelo: FIDUARIUM

Visión: Q.B.P. NATALIO RODRIGUEZ CALLEJA
 Cédula: 5706142

Responsible: MARIABEL LÓPEZ GARCÍA

Ilustración 19. Examen general de orina.
Fuente: HMNG

- Escala de valoración de Edimburgo (anexo 7).

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: M.L.C.V.
 Dirección: Chilpancingo
 Su fecha de Nacimiento: _____
 Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque ha cómo se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|---|---|
| <p>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
 Tanto como siempre
 (No tanto ahora)
 Mucho menos
 No, no he podido</p> | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian
 Si, la mayor parte de las veces
 Si, a veces
 No, casi nunca
 No, nada</p> |
| <p>2. He mirado el futuro con placer
 Tanto como siempre
 Algo menos de lo que solía hacer
 Definitivamente menos
 No, nada</p> | <p>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
 Si, la mayoría de las veces
 Si, a veces
 No muy a menudo
 No, nada</p> |
| <p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
 Si, la mayoría de las veces
 Si, algunas veces
 No muy a menudo
 No, nunca</p> | <p>8. Me he sentido triste y desgraciada
 Si, casi siempre
 Si, bastante a menudo
 No muy a menudo
 No, nada</p> |
| <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
 No, para nada
 Casi nada
 Si, a veces
 Si, a menudo</p> | <p>9. He sido tan infeliz que he estado llorando
 Si, casi siempre
 Si, bastante a menudo
 Solo en ocasiones
 No, nunca</p> |
| <p>5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
 Si, bastante
 Si, a veces
 No, no mucho
 No, nada</p> | <p>10. He pensado en hacerme daño a mi misma
 Si, bastante a menudo
 A veces
 Casi nunca
 No, nunca</p> |

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

Taken from the British Journal of Psychiatry
 June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

1/07

Ilustración 20. Escala de valoración de Edimburgo.
 Fuente: The British journal of psychiatry

- Escala de valoración de Beck (anexo 8).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: M.L.C.V. Estado Civil: casada Edad: 38a Sexo: F
 Ocupación: ADMINISTRATIVA Educación: SECUNDARIA Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. **Tristeza**
 0 No me siento triste.
 1 Me siento triste gran parte del tiempo
 2 Me siento triste todo el tiempo.
 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2. **Pesimismo**
 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
3. **Fracaso**
 0 No me siento como un fracasado.
 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
 3 Siento que como persona soy un fracaso total.
4. **Pérdida de Placer**
 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5. **Sentimientos de Culpa**
 0 No me siento particularmente culpable.
 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

Ilustración 21. Escala de valoración de Beck P1.
 Fuente: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6. Sentimientos de Castigo**
0 No siento que este siendo castigado.
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.
- 7. Disonformidad con uno mismo.**
0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1 He perdido la confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusta a mí mismo.
- 8. Autocrítica**
0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
- 9. Pensamientos o Deseos Suicidas**
0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2 Querría matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
- 10. Llanto**
0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
1 Lloro más de lo que solía hacerlo
2 Lloro por cualquier pequeñez.
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
- 11. Agitación**
0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
- 12. Pérdida de Interés**
0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3 Me es difícil interesarme por algo.
- 13. Indecisión**

Ilustración 22. Escala de valoración de Beck P2.
Fuente: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.—
1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
- 14. Desvalorización**
0 No siento que yo no sea valioso
1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3 Siento que no valgo nada.
- 15. Pérdida de Energía**
0 Tengo tanta energía como siempre.
1 Tengo menos energía que la que solía tener.
2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3 No tengo energía suficiente para hacer nada.
- 16. Cambios en los Hábitos de Sueño**
0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1a. Duermo un poco más que lo habitual.
1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
2a. Duermo mucho más que lo habitual.
2b. Duermo mucho menos que lo habitual
3a. Duermo la mayor parte del día
3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
- 17. Irritabilidad**
0 No estoy tan irritable que lo habitual.
1 Estoy más irritable que lo habitual.
2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3 Estoy irritable todo el tiempo.
- 18. Cambios en el Apetito**
0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
3a. No tengo apetito en absoluto.
3b. Quiero comer todo el día.
- 19. Dificultad de Concentración**
0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

Ilustración 23. Escala de valoración de Beck P3.
Fuente: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: _____

Ilustración 24. Escala de valoración de Beck P4.
Fuente: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown

Apéndices



Ilustración 25. Psicoprofilaxis.
Fuente: Yareli Angel Domínguez
Publicada con el consentimiento de MLCV



Ilustración 26. Ejercicio prenatal.
Fuente: Yareli Angel Domínguez
Publicada con el consentimiento de MLCV



Ilustración 27. Belly painting.
Fuente: Yareli Angel Domínguez
Publicada con el consentimiento de MLCV



Ilustración 28. Vinculación familiar.
Fuente: Yareli Angel Domínguez
Publicada con el consentimiento de MLCV



Ilustración 29. Dulce espera.
Fuente: Yareli Angel Domínguez
Publicada con el consentimiento de MLCV