GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

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

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

NOMBRE DE LA OPCIÓN: PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TRABAJO ESCRITO:

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PERSONA MADURA CON PROCESO DE DUELO INADAPTADO, BASADO EN EL MODELO DE ATENCIÓN DE VIRGINIA HENDERSON

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ALONDRA ABIGAIL PEÑA RODRIGUEZ

DIRECTOR DE TRABAJO ESCRITO

MTRA. JULIETA GRANDE VÁZQUEZ

FECHA

MAYO 2024

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN
ANEXO 13

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

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

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: **Proceso Atención de Enfermería Aplicado a Persona Madura con Proceso de Duelo Inadaptado, basado en el Modelo de Atención de Virginia Henderson**

Elaborado por:

	Apellido paterno	Materno	Nombre(s)	No. Cuenta	
1.	Peña	Rodríguez	Alondra Abigail	No. Cuenta	417505636
2.					
3.					

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

Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México; a **24** de **mayo** del **2024**

SECRETARÍA DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
ACUERDO DOF 26/10/1981 CLAVE 3095-11
SECRETARÍA DE SALUD

Mtra. Julieta Grande Vázquez
Nombre y firma del Asesora (PAE)

Mtra. Silvia Vega Hernández
Directora Técnica de la carrera

Sello de la Institución

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

NOMBRE DE LA OPCIÓN:

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TRABAJO ESCRITO:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PERSONA MADURA CON PROCESO DE DUELO INADAPTADO, BASADO EN EL MODELO DE ATENCIÓN DE VIRGINIA HENDERSON

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ALONDRA ABIGAIL PEÑA RODRIGUEZ

MATRICULA UNAM:

477506636

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO:

MTRA: JULIETA GRANDE VÁZQUEZ

LUGAR Y FECHA: CDMX. MAYO 2024

AGRADECIMIENTOS

Al concluir esta etapa de mi vida quiero agradecer profundamente a las personas que estuvieron a mi lado en este camino, a quienes hicieron posible este sueño, fueron inspiración, apoyo y fortaleza.

Primeramente, a Dios que sin él no hubiese tenido la fuerza de enfrentar diversas situaciones que estuvieron en esta etapa de mi carrera profesional**.**

A mi madre que ha sido mi apoyo más grande en esta vida y mi inspiración sin ella no lo habría logrado, esto es el resultado de tu amor, apoyo y sacrificio en mi viaje educativo, tus palabras de aliento, tu perseverancia y tu ejemplo constante han sido mi inspiración. Cada día que trabajaste incansablemente y cada vez que me brindaste tu cariño son tesoros que valoro profundamente te amo mami.
Mi éxito académico es un reflejo de tu amor y guía.

A ti Adrian que hoy no estas para ver lo que he logrado, pero fuiste parte fundamental en este proceso, por trabajar y apoyarme incondicionalmente con todo lo que necesitaba, es un tributo a la colaboración, paciencia y comprensión que brindaste a lo largo de este viaje académico. Gracias por ser un pilar de fortaleza y un ejemplo, por tu gran paciencia, por entender mi ausencia.
Gracias por haber cursado conmigo, siempre serás recordado.

A mi padre y por ser mi apoyo solido en este proceso, es un tributo a tu influencia y apoyo en mi educación. Tu amor y consejos han sido fundamentales en mi búsqueda de conocimiento. Cada sacrificio que hiciste por mi educación es invaluable.

A mi hermano Gracias por enseñarme que la vida es más divertida cuando hay compañía. Esto es el resultado de años de compartir risas, secretos contigo.

A ti mama Lulú Gracias por tu paciencia, por enseñarme el camino de la vida, gracias por tus consejos, por el amor que me diste y por tu el apoyo incondicional en mi vida. Gracias por que estoy segura de que me llevaste en tus oraciones en cada momento y ser una de las personas que puso su salud en mis manos y aunque ya no estés para compartir siempre serás parte de este capítulo.

A mis amigos Elsy, Andrea, Gustavo, Daniela, Cristian, Carmen que durante la carrera recibí un gran apoyo.

Luis gracias por llegar a mi vida y permanecer cuando más lo necesitaba.

Y por último a mi profesora Julieta por estar atenta a mis dudas, por su gran disposición, y por su conocimiento por ser un soporte para concluir este proceso atención de enfermería sin ella no podría haber sido posible.

Gracias por su apoyo y paciencia.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 1

JUSTIFICACIÓN 3

OBJETIVOS 6

GENERAL 6

OBJETIVOS ESPECÍFICOS 6

MARCO TEÓRICO 7

4.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR 7

4.1.1CONCEPTOS BÁSICOS DE LA ENFERMERÍA QUE LA SUSTENTAN COMO DISCIPLINA Y PROFESIÓN 8

4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO 11

4.1.2 ENFOQUE FILOSÓFICO, TEÓRICO, METODOLÓGICO Y PRÁCTICO 13

4.2.2 TIPOS DE CUIDADO 16

4.2 MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA 18

4.3.1 DEFINICIÓN, OBJETIVOS Y CLASIFICACIÓN 18

4.3.2 RELACIÓN DE LOS MODELOS Y TEORÍAS CON EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 26

4.3.3 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LA APLICACIÓN DEL P.A.E. 27

4.3.4 MODELO O TEORÍA UTILIZADO PARA LA ELABORACIÓN DEL P.A.E. .. 34

4.4 EL PROCESO DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA METODOLÓGICA PARA BRINDAR CUIDADO A LA PERSONA 36

4.4.1 DEFINICIÓN, OBJETIVOS, VENTAJAS Y DESVENTAJAS. 37

4.4.2 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 39

4.5 LA PERSONA 45

4.5.1CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES 45

4.5.2 PADECIMIENTOS MÁS FRECUENTES 46
4.5.3 DESCRIPCIÓN DEL PADECIMIENTO 48
APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 60
5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO 60
5.2VALORACIÓN INICIAL Y CONTINUA (IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES). 64
5.3 DISEÑO Y PRIORIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.... 78
5.5 EJECUCIÓN 106
5.6 EVALUACIÓN 107
5.7 PLAN DE ALTA 108
CONCLUSIONES 112
GLOSARIO Y TERMINOS 113
BIBLIOGRAFIA 116

INTRODUCCIÓN

El siguiente Proceso de Atención de enfermería nos lleva la importancia del ejercicio de enfermería a lo largo del tiempo, destacando aspectos como la filosofía, la responsabilidad, la disciplina y el comportamiento ético en el cuidado de la vida humana. También enfatiza el enfoque holístico de la salud y cómo los avances científicos han contribuido a la profesión de enfermería.

Con el transcurso del tiempo, los cuidados de enfermería han experimentado una transformación significativa. Inicialmente, se basaban en prácticas intuitivas y no sistematizadas. Sin embargo, gracias a la labor de diversas teóricas, investigaciones y avances científicos, se ha inaugurado una nueva era de profesionalismo en esta disciplina.

En esta nueva etapa, se ha progresado hacia la adopción de métodos más refinados, fundamentados en un robusto cuerpo de conocimiento científico. Estos métodos permiten a los profesionales de enfermería ejercer juicio y fundamentar sus acciones de acuerdo con las necesidades específicas de cada situación.

El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta de vital importancia puesto que se centra, en constituir una estructura que pueda cubrir de forma individualizada, las necesidades del paciente aumentando su satisfacción.[1]

El siguiente proceso de enfermería esta aplicado a una paciente adulta de 58 años tomando en cuenta la valoración de la teoría de Virginia Henderson que se construye bajo las 14 necesidades, de las cuales se eligieron las más significantes.

Por lo tanto se identifican los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la NANDA dirigido a una paciente con duelo inadaptado relacionado con alteración emocional a su vez realizando la planeación de los objetivos esperados con la taxonomía NOC,

[1] Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO). Proceso de Atención de Enfermería (PAE). 2013;41-48

lo cual permite llevar a cabo las intervenciones que el paciente requiera basándose en NIC, como son actividades de acompañamiento durante este proceso aplicando sus habilidades adquiridas, y darle una continuidad a la ejecución y evaluación del proceso para establecer un plan de cuidados individualizados usando el razonamiento científico con la intención de tratar las respuestas humanas ante los diferentes problemas de salud, posteriormente elaborar un plan de alta con la finalidad de que la paciente conlleve una calidad de vida adecuada a sus necesidades.

JUSTIFICACIÓN

El duelo es, en efecto, una reacción natural ante la pérdida. Cuando enfrentamos la pérdida de un ser querido, un trabajo, una relación, o cualquier otro aspecto significativo en nuestras vidas, experimentamos una serie de emociones intensas que pueden incluir tristeza, dolor, ira, confusión y hasta desesperanza. Estas emociones son parte del proceso de duelo, que es una forma en la que nuestro cerebro y nuestro corazón procesan y se adaptan a la nueva realidad sin lo que hemos perdido.

El duelo no tiene un marco de tiempo definido y puede manifestarse de diferentes maneras según la persona y la situación. Algunas personas pueden experimentar el duelo de manera más intensa y prolongada, mientras que otras pueden encontrar formas de adaptarse más rápidamente. Sin embargo, es importante entender que el duelo es un proceso único para cada individuo y que no hay una manera "correcta" de atravesarlo.

Es importante resaltar la etapa de depresión dentro del proceso de duelo es fundamental para validar las emociones, detectar tempranamente las necesidades de apoyo, prevenir complicaciones adicionales, promover la auto aceptación y facilitar la búsqueda de ayuda profesional. Esto contribuye a un proceso de duelo más saludable y constructivo para la persona que está atravesando la pérdida.

La depresión es considerada un problema de salud pública por su alta prevalencia y consecuencias adversas en la salud de la población. La organización mundial de la salud refiere que mayor prevalencia y grado de discapacidad que afecta alrededor de 350 millones de personas en todo el mundo y se presenta mayormente en mujeres.[2]

[2]Caudillo TFR-HYL. THELMA FERNANDA RAMÍREZ-HERNÁNDEZ1 Y LUCÍA CAUDILLO-ORTEGA2 1Estudiante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

La OMS define como trastorno depresivo (o depresión) es un trastorno mental común. Implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo.

La depresión es distinta de los cambios habituales del estado de ánimo y los sentimientos sobre el día a día. Puede afectar a todos los ámbitos de la vida, incluidas las relaciones familiares, de amistad y las comunitarias.

Es una causa importante de discapacidad a nivel global e incide considerablemente en la carga de morbilidad.

Es una enfermedad mental que afecta en mayor medida a las mujeres. Se trata de una gran pandemia silenciosa y como sociedad estamos limitados para entenderla y visualizarla, incluso socialmente existe una desvalorización a todo lo que tiene que ver con las manifestaciones del estado de ánimo, lo que también afecta a infantes y adolescentes en quienes se observan altos niveles de depresión que se asocian a la falta de condiciones de cohesión dentro de la familia y el entorno.[3]

En México, de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), 34.8 millones de personas han experimentado algún episodio depresivo en sus vidas (20.37 por ciento mujeres y 14. 48 por ciento hombres).

El Día Mundial de la Lucha contra la Depresión, que se conmemora el 13 de enero.[4]

En México, una de cada cinco personas con un trastorno psiquiátrico en los últimos 12 meses recibió algún tipo de atención para este problema y más de 75% de los casos graves y moderados entre adultos no recibieron atención médica o psicológica por la carencia de acceso.

[3] Depresión [Internet]. Who.int. [citado el 22 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwiYOxBhC5ARIsAIvdH50_MS3oH3Zpqd1jmx6gKzQ6_G8WKXNmKVtTBtAZaMQkPaNNrwgY0b8aAghSEALw_wcB

[4] Depresión, pandemia silenciosa [Internet]. Unam.mx. [citado el 22 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2023_021.html

De acuerdo con la evidencia actual, la depresión se puede prevenir, detectar y ser tratable con la posibilidad de minimizar sus efectos negativos a corto y largo plazo.

Uno de los principales problemas a nivel mundial para obtener tratamientos dignos y de calidad está relacionado con la falta de acceso a servicios de salud. La Organización Mundial de la Salud estima que, en países de ingresos bajos y medios, entre 76 y 85% de la población con desórdenes mentales carece de acceso al tratamiento necesario.

El financiamiento de la salud mental está lejos de satisfacer las necesidades de atención (OMS; OPS, 2023). Se recomienda una inversión mínima para salud mental de 5 % del presupuesto total de salud en los países de ingresos bajos y medios y de 10 % en los de ingresos altos.

De 2016 a 2023, el presupuesto para salud mental se ha ubicado entre 1.3 % y 1.6 % del presupuesto total de salud. Para 2024 se propone un total de 3 mil 724.5 mdp para salud mental, esto representaría un aumento, en términos reales, de 0.47 % y sería equivalente a 1.3 % del presupuesto total para salud de la población sin seguridad social.[5]

[5] Universal UDH. Presupuesto para la Salud Mental [Internet]. Ciep.mx. [citado el 18 de abril de 2024]. Disponible en:https://ciep.mx/wp-content/uploads/2023/10/Presupuesto-para-la-Salud-Mental.-Un-Derecho-Humano-Universal.pdf

OBJETIVOS

GENERAL

Aplicar un Proceso de Atención de Enfermería a una persona adulta con duelo inadaptado, con base en el modelo de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA, NOC y NIC. Para proporcionar un plan de cuidados pertinentes en su dimensión psicológica, social y espiritual a fin de mejorar su salud mental, la estabilidad emocional, por la pasante de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia, con la finalidad de reafirmar sus conocimientos adquiridos a través de la fase teórica-práctica y obtener el título profesional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar una investigación bibliográfica basada en evidencia científica.
- Aplicar un proceso atención de enfermería con base a la Teoría de Virginia Henderson basada en sus 14 necesidades de enfermería.
- Establecer diagnósticos reales de enfermería basado en las taxonomías NANDA, NOC y NIC con el fin de identificar las necesidades reales y potenciales del paciente.
- Elaborar un plan de cuidados, mediante intervenciones de enfermería pertinentes hacia la paciente.
- Ejecutar intervenciones y el plan de enfermería que garanticen bienestar a la salud integral para alcanzar los resultados esperados.
- Elaborar un plan de alta para reducir las posibles complicaciones y riesgos para mejorar su calidad de vida con su autocuidado.

MARCO TEÓRICO

4.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando desde Florencia Nightingale hasta la época actual, y en esa búsqueda de identidad en la década de los cincuenta del siglo XX, inició la profesionalización y fue adquiriendo un perfil más moderno y diverso, el cual estaba fundado en los cambios políticos, sociales y económicos de México.[6]

Las enfermeras desempeñan un papel importante en la prestación de servicios y la atención centrada en la persona. En muchos países, son líderes o actores clave en equipos de salud multidisciplinarios e interdisciplinarios. Proporcionan una amplia gama de servicios de atención médica en todos los niveles del sistema de salud. A lo largo de la historia, la enfermería ha sido reconocida como un logro profesional con continuidad y estructura estable que puede ser objeto de estudio. Sin embargo, esto sólo podrá evaluarse si se produce un cambio en las actitudes y la mentalidad de los intelectuales de enfermería, especialmente en el contexto iberoamericano. Se necesitan esfuerzos para superar el debate aparentemente estéril que busca definir si la enfermería es una profesión o un oficio, como si fueran categorías separadas y opuestas.

Cuando se refiere a la enfermería como una forma de cuidado, nos pide estar dispuestos a aceptar que se refiere a un sistema de práctica de cuidados de carácter profesional, con independencia de la forma de expresarse a lo largo de su historia, de las condiciones sociales en que se haya desarrollado y de la diversidad de denominaciones que han recibido las mujeres y hombres que la han ejercido. [7]

[6]Berstain-García I, Álvarez-Aguirre A, Huerta-Baltazar MI, Casique-Casique L. Teoría de los cuidados de Kristen Swanson: revisión de literatura. SANUS [Internet]. 2022 [citado el 26 de enero de 2024];7: e212. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-60942022000100102&lang=es

[7]Amezcua M. ¿Por qué afirmamos que la Enfermería es una disciplina consolidada? Index Enferm [Internet]. 2018 [citado el 25 de enero de 2024];27(4):188–90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300002&lng=es.

4.1.1CONCEPTOS BÁSICOS DE LA ENFERMERÍA QUE LA SUSTENTAN COMO DISCIPLINA Y PROFESIÓN

La enfermería como profesión se ha ido estructurando y sistematizando un conjunto de saberes en el espacio teórico de la ciencia de la salud, en la actualidad se cumple con los requisitos que establece la sociología de las profesiones, las peculiaridades de su surgimiento se ha considerado una profesión nueva de baja constitución, algunos factores se encuentran presentes en la dinámica profesional y social permitirán reorientar su cosmovisión del entorno buscando estrategias que le otorguen renovar las relaciones interprofesionales que ha venido estableciendo, disminuyendo los cambios desiguales y pugnando por un trabajo que motive la interdependencia, que permita que el personal de enfermería incremente su prestigio social mejorando sus condiciones laborales y su ingreso económico. [8]

Disciplina

La Enfermería como disciplina orienta sus acciones al cuidado integral de la vida y de la salud del ser humano, bien a individuos o bien a colectivos. Dos elementos esenciales la conforman, uno es el profesional, que la integra con otras disciplinas de salud, facilitándoles el desarrollo de acciones que mejoran la calidad de vida y dan respuestas a las necesidades sociales; el otro elemento es el disciplinar, que representa el cuerpo de conocimientos relacionados con el estudio del cuidado, esencia misma de la profesión y que está condicionado por la sociedad, ante sus necesidades específicas de atención.[9]

Enfermería es comprender la naturaleza y la estructura del conocimiento puede ser interpretado como la claridad acerca de lo que se debe investigar, lo que se debe hacer en la práctica y lo que se debe enseñar en la formación de los profesionales. La investigación, la práctica y la formación se han basado en el cuerpo de

[8]de Lourdes García Hernández CBLBAGAMRM. CUIDADO profesional de ENFERMERÍA. Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco, México: FEDERACIÓN MEXICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES Y ESCUELAS DE ENFERMERIA, A.C. (FEMAFEE); 2018.
[9]Org.co. [citado el 6 de febrero de 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522009000100014&script=sci_arttext

conocimientos de otras disciplinas no es posible alcanzar una autonomía e independencia en la práctica como un derecho propio si no se avanza en la construcción, consolidación, y apropiación del conocimiento propio de la enfermería. Se plantea que para promover el desarrollo del conocimiento en enfermería se requiere de tres elementos centrales: la formación, la práctica y la investigación, y cada uno de ellos transversalizados por otros elementos de soporte como el desarrollo y análisis de conceptos, el uso de teorías de mediano rango, el uso de un lenguaje normalizado y la enfermería basada en la evidencia.[10]

Enfermería

Disciplina, profesión y práctica social compuesta por fundamentos filosóficos, históricos, éticos; su misión es el cuidado profesional a la salud del ser humano individual y colectivo en diferentes momentos del proceso vital y en contextos culturales diversos para ayudarles a alcanzar mejores condiciones de vida. Posee un cuerpo de conocimientos que derivan la manera particular de entender el fenómeno salud- enfermedad de los seres humanos en relación con su ambiente.[11]

Donde se destacan:

Ser de la enfermería	Disciplina, profesión y práctica social cuyo foco es el cuidado a la salud.
Saber de la enfermería	Cuerpo de conocimientos acerca de la salud enfermedad, la persona, el entorno y el cuidado.
Hacer de la enfermería	Trabajo con seres humanos con una base ética y bioética donde sus miembros son capaces de compartir creencias fundamentales en relación a su razón de ser.

El Ser de Enfermería

[10]Osorio-Castaño JH, Universidad Pontificia Bolivariana. Promotion and enhancement of knowledge in nursing. Invest Educ Enferm [Internet]. 2018 [citado el 11 de febrero de 2024];36(1): e01. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072018000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=es

[11] Carlos Chistian Compton García Fuentes RDELCGV. FILOSOFIA Y PRACTICA DE ENFERMERIA. UNAM; 2013.

En este contexto ha de quedar claro que el Cuidado de Enfermería es la esencia y el sentido de la disciplina; alrededor de él gira, tanto el desarrollo conceptual como el ejercicio profesional, la investigación y la formación del recurso humano; por lo tanto, se considera pertinente mencionar en detalle los elementos constitutivos del concepto de cuidado.

El Quehacer de Enfermería

Se refiere al desarrollo de acciones contempladas en el ejercicio disciplinar; por lo tanto, este concepto implica que la intervención de Enfermería abarca la participación en la definición de políticas públicas referidas a salud, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento oportuno y la

Funciones de la enfermería como profesión

La profesión de enfermería tiene 4 funciones, estas se basan en prestar cuidados al individuo, familia y comunidad.

Función administrativa:

A las actividades que realiza el personal de enfermería para gestionar los recursos materiales, científicos y técnicos de equipo o recurso humano necesario, y complementario acorde a sus competencias y experiencia, para otorgar los cuidados de enfermería y alcanzar los objetivos de la organización y de los prestadores de los servicios.

Función asistencial:

Las actividades que realiza el personal de enfermería acordadas, disponibles o posibles, relacionadas con el cuidado directo o indirecto de las personas, familias o comunidades, según sea el caso y de acuerdo con el ámbito de competencia del personal de enfermería.

Función de investigación:

Las actividades que realiza el personal profesional de enfermería para aplicar el método científico en sus vertientes cuantitativas o cualitativas para la producción, reafirmación y validación del conocimiento científico de esta disciplina, que permitan

su aplicación en los servicios de salud basados en la evidencia científica contribuyendo así, en las mejores prácticas del cuidado de enfermería para contribuir a garantizar la calidad en la atención.

Función docente:

Las actividades que realiza el personal profesional de enfermería relacionadas a la educación para la salud, la educación continua y para la formación de recursos humanos para la salud.[12]

4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

Cuidado

El cuidado como proceso histórico este ha cobrado diversos significados entre ellos, se le ha conferido a la mujer como “sanadora” fueron las primeras en aprender la forma óptima de transferir bienestar se creó un concepto domestico de la vida cotidiana.

El cuidado está dirigido en a satisfacer acciones de supervivencia entre ellas; comer, beber, respirar, eliminar, descansar, proteger etc. La capacidad del cuidar es innata tiene diferentes formas de expresión y abordaje culturales que se van desarrollando y conformando en los procesos de aprendizaje se busca el bienestar. Este tipo de cuidados es la de mejorar mantener y recuperar la salud, evitar complicaciones y en su caso adaptarse a la enfermedad.

El cuidado tiene un enfoque social e inician las relaciones entre lo espiritual, material, social, humano y cultural.[13]

De acuerdo con la NOM-019-SSA3-2013 al cuidado como:

[12]DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Gob.mx. [citado el 11 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013

[13] de Lourdes García Hernández CBLBAGAMRM. CUIDADO profesional de ENFERMERÍA. Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco, México: FEDERACIÓN MEXICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES Y ESCUELAS DE ENFERMERIA, A.C. (FEMAFEE); 2018.

La acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.[14]

Los orígenes de la enfermería se han tenido un origen practico y asistemático, organizándose a través de los siglos como una actividad u profesión altamente estructurada, con un amplio campo de conocimientos específicos pertinentes, una metodología precisa, definida, objetiva, con materiales y de manera formal. El cuidado de enfermería tiene como fin dar respuesta efectiva a los problemas de la persona, utilizando procedimientos comunicativos y participativos que permitan interactuar en condiciones de realidad. La persona usuaria de un servicio de salud necesita y tiene derecho a estar informada y a participar en forma consiente en su tratamiento, por medio de procesos que la involucran y comprometen en el cuidado de mantener la salud y recuperarse de la enfermedad.

Las líderes en enfermería desarrollaron y ensayaron múltiples formas de conocimiento para proponer mejoras en la práctica de enfermería y del cuidado de la salud.

El sistema de salud en México está enfocando en sus acciones en su mayoría a pacientes hospitalizados, producto de un sistema biologicista, histórico e individual, donde se privilegia la curación por sobre la prevención y donde el poder lo ejerce fundamentalmente el médico.

Cabe reconocer que han tenido avances significativos en el tránsito del paradigma salud- enfermedad enfocados en dar prioridad a la vida y salud, donde no solo se considera el contexto social, económico, político y cultural, sino funciones y acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras en todos los ámbitos y niveles de salud de atención a la salud, la participación del personal de enfermería en todas

[14] DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Gob.mx. [citado el 11 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013

las etapas del cuidado de la salud fundamental, su compromiso profesional incluye actividades de prevención, promoción, atención, capacitación e investigación para la salud, dirigidas al paciente o usuario de los servicios , a su familia y la sociedad en conjunto.

Los profesionales de la salud como lo son la enfermería son hábiles en reconocer y afirmar el cuidado en sí mismo y en los demás, por tanto, brinda conocimientos expertos sobre el significado del ser humano, su respuesta es única y total dentro de cada situación, toda vez que se refleja su conocimiento, su forma de ver el mundo, la manera de como establece sus relaciones y cómo reacciona ante diferentes situaciones y el conocimiento que tiene de sus fortalezas y debilidades. Existen diversas metodologías del poder que otorga el cuidado profesional al grupo de enfermería, por ejemplo, entre las madres de familia y el equipo de enfermería se muestran complejas y permeadas por el ejercicio del poder, toda vez que el personal profesional quien sabe que, cuando y como brindar cuidado integral al paciente o usuario.[15]

4.1.2 ENFOQUE FILOSÓFICO, TEÓRICO, METODOLÓGICO Y PRÁCTICO

Enfoque filosófico

La filosofía como ciencia nos permite desarrollar y orientar nuestro "saber ser", mediante la ontología y la estructura del conocimiento, para utilizar su método científico y conocer al ser mediante la epistemología; aspectos que retomamos en el proceso de enfermería como necesidad que tiene el profesional de elaborar y reflexionar acerca de su propia filosofía.

Enfoque teórico

[15] Carlos Chistian Compton García Fuentes RDELCGV. FILOSOFIA Y PRACTICA DE ENFERMERIA. UNAM; 2013.

Los enfoques teóricos estudian el problema de la elaboración de un marco conceptual, una teoría y una filosofía de los cuidados de enfermería esto orienta a la búsqueda de modelos expresados en términos lógicos de una tendencia, entendida esta como la estrategia u orientación que caracteriza a la forma de ordenar los conceptos que se usan para llegar a un orden o un nuevo conocimiento.

El modelo se define como una representación conceptual de la realidad, no es la realidad misma sino una abstracción o una reconstrucción de la realidad, el modelo puede representar las características de una disciplina y dar una cierta dirección a un conjunto de leyes que se seleccionan para formar un sistema teórico. En el campo de la enfermería se han creado un cierto número de modelos con el fin de identificar las teorías y leyes que están más allá de los modelos.

Enfoque practico

El enfoque práctico es imprescindible en la especulación teórica con el planteamiento de hipótesis que traten de explicar la naturaleza y relaciones entre los fenómenos del mundo físico.

La actividad profesional nos enfrenta habitualmente a problemas complejos que requieren de un método que proporcione la seguridad y eficacia a nuestras decisiones. Pero es la naturaleza de los problemas, la diversidad y complejidad de sus soluciones lo que nos hace precisar de la ciencia. Para el profesional de enfermería que se enfrenta a problemas complejos y maneja soluciones complejas precisa de la ciencia enfermera y técnicas de pensamiento crítico para elaborar juicios clínicos enfermeros.[16]

Enfoque metodológico

Desde el punto de vista metodológico, los cuidados de enfermería se han descrito como un proceso el cual está comprendido como una serie de etapas que están

[16] Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Scielo. 2007; 1:499–503

relacionadas entre sí. Esta relación es indispensable para el desempeño de la práctica profesional enfermera, desde la primera fase del proceso de cuidados. Éstos se hacen ver desde las intervenciones de enfermería, que deben responder a un proceso científico de toma de decisiones a partir de una fase inicial como es la valoración. La búsqueda e identificación de dichas intervenciones debe hacerse a partir de la taxonomía NIC, que utiliza un lenguaje normalizado y global para describir las intervenciones del profesional de enfermería en los diferentes diagnósticos de enfermería con base a los problemas de salud detectados, basadas todas ellas en investigaciones recientes que sustentan la evidencia científica de dichas intervenciones.[17]

Enfoque practico

La práctica del cuidado son las interacciones humanas y sociales que se establecen entre los sujetos del cuidado que permite, desde lo histórico y lo cotidiano, movilizar e integrar las capacidades para utilizar los recursos disponibles en la satisfacción de necesidades de salud y la continuidad de la vida. El cuidado y la practica precisan de conductas que deben ser proporcionadas que incluyen proporcionar presencia, ofrecer un tacto efectivo y escuchar La actividad profesional nos enfrenta habitualmente a problemas complejos que requieren de un método que proporcione la seguridad y eficacia a nuestras decisiones. Pero es la naturaleza de los problemas, la diversidad y complejidad de sus soluciones lo que nos hace precisar de la ciencia. Para el profesional de enfermería que se enfrenta a problemas complejos y maneja soluciones precisas de la ciencia enfermera y técnicas de pensamiento crítico para elaborar juicios clínicos enfermeros.[18]

[17] Allamde Cusso R, Macías Seda J, Porcel Gálvez AM. La relación enfermera-paciente: identidad histórica, metodológica y terapéutica en los cuidados de enfermería. Cult Cuid Rev Enferm Humanid [Internet]. 2019;23(55):78. Disponible en: http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.08

[18]Martínez Trujillo N, Bernal D, Boloña M, Flores C, Thomas D, Rodríguez V, et al. Modelo de Enfermería Salubridad para las prácticas de cuidado interdisciplinar. Revista Cubana de Enfermería. [citado el 11 de febrero de 2024]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v36n3/1561-2961-enf-36-03-e3490.pdf

4.2.2 TIPOS DE CUIDADO

El cuidar y el cuidado se constituyen en el hacer de la enfermería como un modo, una forma, una manera, estilo, un patrón, una dimensión, un sistema, una estructura, un proceso con actitudes y estrategias formales e informales, visibles, sentidas, percibidas o no, que configuran la práctica del ser- haciendo.

Según Colliere, existen dos tipos de cuidados:

Care: Son los cuidados cotidianos y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida, aquellos cuidados permanentes y diarios que mantienen la vida, dándole energía, mediante la alimentación, calor, o de la naturaleza afectiva o psicosocial, todos estos elementos interaccionan entre sí. Se basa en todo tipo de hábitos, costumbre y creencias; todas las culturas al surgir crean un conjunto de rituales y determinan que es bueno y que es malo para la conservación de la vida.

Cure: Son los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad, aseguran la continuidad de la vida, pero estos llegan a tener ciertos inconvenientes como: el hambre, que no es un elemento que se pueda modificar tan fácilmente, puesto que existen diferentes factores los cuales no nos permiten que las personan tengan una buena alimentación. Al momento que una persona enferma es necesario que aparte de los cuidados Care se vean implicados los cuidados Cure. El cuidado de curación tiene como objetivo limitar la enfermedad, luchar contra ella y combatir sus causas.

Los de curación: están relacionados con la necesidad de reparar todo aquello que obstaculiza la vida, esto quiere decir que el cuidado se vive a cada momento y se desdobla permanentemente, el cuidar ocurre durante toda la vida.

Se ha observado que el cuidado ha sido identificado meramente como orgánico y mental, que se ha hecho una separación de lo social, lo económico, su entorno, su nicho ecológico, lo espiritual, pero fundamentalmente se puede ver al ser de manera

integral. Cuando el Cure está sobre el Care se enfoca de manera incorrecta, esto aniquila la progresión de las fuerzas de la vida misma.[19]

Existe otra clasificación sobre los cuidados directos y los cuidados indirectos de acuerdo con los cuidados básicos de Mena Tudela, en el cual nos dice que:

Los cuidados indirectos son aquellos relacionados con el entorno del paciente y cuestiones organizativas como comunicación con otras unidades, gestión de traslados, relaciones con la atención primaria de salud, actividades multidisciplinares, sesiones clínicas, etc.

Los cuidados directos son aquellos que se realizan directamente sobre los pacientes. A su vez, se dividen en:

Cuidados técnicos: en general se asocian a las enfermedades que motivaron el ingreso y su tratamiento, e implican la realización de procedimientos instrumentales.

Cuidados específicos: relacionados con la hospitalización: son responsabilidad de los servicios de enfermería, están orientados hacia la seguridad de las personas y se relacionan con la pérdida de autonomía. Requieren de procedimientos y técnicas específicas dirigidas a la cobertura de los cuidados básicos y la prevención de efectos adversos (úlceras por presión, caídas, adherencia al tratamiento, etc.[20]

Cabe destacar que la **NOM-019-SSA3-2013** tiene clasificado el cuidado de 3 maneras:

Ccuidados de enfermería de alta complejidad: A los que se proporcionan al paciente que requiere de atención especializada. Usualmente, es en áreas de atención específica, donde comúnmente el cuidado es individualizado, se apoya con la utilización de equipos biomédicos de tecnología avanzada y personal de enfermería especializado en la rama correspondiente.

[19]Madrid GG. Intervención educativa sobre cuidado de enfermería [Internet] 2009.Availablefrom: https://www.researchgate.net/publication/317178102

[20]Mena Tudela D, González Chordá VM, Cervera Gasch Á, Salas Medina P, Orts Cortés MI. Cuidados básicos de enfermería. Universitat Jaume I; 2016

Cuidados de enfermería de baja complejidad: A los que se proporcionan al paciente que se encuentra en estado de alerta y hemodinámica mente estable, con mínimo riesgo vital o en recuperación de un proceso mórbido. El cuidado se enfoca a satisfacer las necesidades básicas de salud y de la vida cotidiana.

Cuidados de enfermería de mediana complejidad: A los que se proporcionan al paciente que se encuentra en un proceso mórbido que no requiere de alta tecnología; los cuidados se relacionan con el grado de dependencia de las personas para cubrir sus necesidades de salud. El personal de enfermería requiere contar con conocimientos, habilidades y destrezas para la atención integral del paciente, familia o comunidad.[21]

4.2 MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA

4.3.1 DEFINICIÓN, OBJETIVOS Y CLASIFICACIÓN

Definición

Los modelos y teorías de Enfermería pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la Enfermería. Se asume por la disciplina que para poder determinar que existe una teoría enfermera ésta debe contener los elementos del metaparadigma de Enfermería. Cada disciplina hace suyos los términos relacionados con la teoría y su desarrollo con el fin de dotarla de un cuerpo de conocimientos que le permitan orientar el ejercicio de la disciplina. En la Enfermería se contemplan los siguientes términos:

- **Filosofía**: Conjunto de saberes que busca establecer, de manera racional, los principios más generales que organizan y orientan el conocimiento de la realidad, así como el sentido del obrar humano.
- **Ciencia:** Es tanto cuerpo de conocimientos propios de una disciplina como las habilidades y metodología que hacen progresar dicha disciplina.

[21] DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Gob.mx. [citado el 11 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013

- **Conocimiento:** Es la percepción de la realidad que adquirimos por el aprendizaje y la investigación.
- **Teoría:** Consiste en un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que nos permiten una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de escribir, explicar, predecir y/o controlar dichos fenómenos. La utilidad de la teoría para la Enfermería radica en que le permite aumentar los conocimientos sobre su propia disciplina, al utilizar de manera sistemática un método de trabajo.
- **Modelo:** Se trata de la representación simbólica de la realidad. Los modelos se desarrollan usando conceptos relacionados que aún no han progresado hacia una teoría. El modelo sirve como eslabón en el desarrollo de una teoría. Los modelos de Enfermería son, pues, representaciones de la realidad de la práctica de Enfermería. Representan los factores implicados y la relación que guardan entre sí.[22]

Objetivo

El objetivo de los modelos de enfermería es que las proposiciones que se plantean deben ser comprobadas por medio de la investigación en la práctica. Es conveniente señalar que, contrariamente a lo que se cree, los modelos no están alejados de la práctica. En realidad, alcanzan su verdadero significado cuando son empleados y validados en la práctica enfermera, en cualquiera de sus funciones: asistencial, docente, investigadora o administrativa,

Modelos de enfermería

El modelo conceptual de enfermería trata de representar el ideal de lo que la enfermería debería ser, mediante la definición y la relación de sus elementos meta paradigmáticos: persona, salud, entorno y rol profesional. Son al mismo tiempo una representación y una propuesta de realidad ideal. Los modelos son un paso previo a la elaboración de las teorías. Las proposiciones que se plantean en el modelo teórico deben ser comprobadas por medio de la investigación en

[22]Modelos enfermería [Internet]. Enfermeriablog.com. [citado el 11 de febrero de 2024]. Disponible en: https://enfermeriablog.com/modelos-enfermeria/

la práctica. Si la propuesta de funcionamiento se pone en práctica a través del método científico, en nuestro caso el proceso enfermero, investigando será posible comprobar la validez del modelo teórico. Sí la investigación demuestra que la proposición es correcta, entonces se podrá desarrollar la teoría enfermera. En caso de no ser válida, habrá que reformular o rechazar el modelo teórico.[23]

Clasificación

Existen clasificaciones de los modelos teóricos enfermeros entre ellos;

Interacción	Se fundamentan en las relaciones entre las personas. Las características personales, el auto concepto y las capacidades comunicativas son pilares básicos en estos modelos. La persona constituye un elemento activo en el cuidado de su salud, y la atención se centra en ella.
Evolucionistas	Se centran en la teoría del desarrollo, subrayan el progreso, la maduración y el crecimiento personal del individuo.
De necesidades humanas	Se fundamentan las acciones enfermeras es la teoría de las necesidades humanas, para la vida y la salud.
De sistemas:	Se basan en la concepción de las personas como sistemas abiertos, que mantienen una relación de retroalimentación con el entorno.

Paradigmas enfermeros Esta clasificación se basa en los conceptos, ideas y postulados que los modelos teóricos tienen en común. Se trata de una clasificación genérica y amplia que identifica tres paradigmas:[24]

[23]de Enfermería: 1. 1. Marco Conceptual. Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas [Internet]. Berri.es. [citado el 11 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%E2%80%9A%20Vol%C3%BAmen%201/9788417470050l

[24] de Enfermería: 1. 1. Marco Conceptual. Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas [Internet]. Berri.es. [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en:

Categorización	Integración	Transformación
Se orienta hacia la salud pública y hacia **encontrar la causa de la enfermedad.**	Se orienta este paradigma **es la persona, concebida como un todo**, formado por la suma de sus partes, que están interrelacionadas. El cuidado es constante, el paciente/cliente es el protagonista y adquiere responsabilidad en su proceso.	Orientada hacia la persona unitaria en interacción con el universo. **La persona es considerada de forma holística, como un ser único** cuyas múltiples dimensiones forman una unidad, es indisociable de su universo.

Teorías de enfermería

Se define como una comunicación de una conceptualización de algún aspecto de la realidad de la profesión, con el propósito de describir un fenómeno, explicar las relaciones entre fenómenos, predecir las consecuencias o prescribir el cuidado de enfermería. Las teorías de enfermería son los depósitos donde reposan los resultados de la indagación relacionada con los conceptos de enfermería, tales como salud, promoción a la salud, comodidad, sanar, recuperación movilidad, descanso, cuidado, fatiga, ayudar a ser capaz de cuidar a la familia, entre otros.

Clasificación

Gran teoría	Las grandes teorías son complejas y de considerable envergadura, mayor especificación y fragmentación de sus enunciados para poderlas comprobar y verificar en un plano teórico. Los impulsores de las grandes teorías exponen sus

https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%E2%80%9A%20Vol%C3%BAmen%201/9788417470050

	formulaciones teóricas a nivel de abstracción más general y suele resultar difícil establecer vínculos entre tales formulaciones y la realidad.
Teoría de nivel medio	Poseen un enfoque más limitado que las grandes teorías y más extenso que las micro teorías. Sus ámbitos de aplicación no están amplios como para definir conceptos recapitulativos, ni tan restringido que no sirva para explicar las complejas situaciones de la vida real.
Las micro teorías	Son las menos complejas y las más específicas. Se han definido como conjuntos de enunciados teóricos, por lo general hipotéticos, relativos a fenómenos muy concretos.

Objetivo:

Promover la difusión del conocimiento, potenciar el desarrollo de la evidencia en cuidados y contribuir a la integración de la investigación en la práctica clínica.

Las primeras teorías de enfermería aparecieron a finales del siglo XIX cuando se puso un fuerte énfasis en la educación de enfermería. A continuación, se mencionan brevemente cada una de ellas.

Modelos y Teorías

Florence Nightingale desarrolló su “Teoría del Entorno”

La teoría de Nightingale se centró en el entorno. Todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte.

Nightingale no utilizó el término entorno en sus escritos, definió y describió con detalles los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos que integran el entorno.

Es un modelo inicial para la enfermería, el concepto de entorno fue el centro del cuidado enfermero y que las enfermeras no tienen que saber todo acerca del proceso de enfermedad diferenció la enfermería de la medicina. El foco de la enfermería es cuidar mediante el entorno y ayudar al paciente a tratar con los síntomas y cambios en función relacionados con una enfermedad.[25]

[25] Perfil VT mi. El Cuidado [Internet]. Blogspot.com. [citado el 3 de marzo de 2024]. Disponible en: https://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/florence-nightingale.html

Dorothea Orem publica su "Teoría General de la Enfermería

La teoría del autocuidado se basa en el concepto de déficit de autocuidado**,** que se refiere a la incapacidad de una persona para satisfacer sus propias necesidades básicas de cuidado.

Orem identificó tres tipos de déficit de autocuidado: déficit de autocuidado universal, déficit de autocuidado desarrollado y déficit de autocuidado desviado**.**

Las acciones de autocuidado son las estrategias que las personas pueden utilizar para satisfacer sus necesidades de cuidado. Estas acciones pueden incluir actividades físicas, emocionales y cognitivas.

La teoría del autocuidado de Dorothea Orem ha revolucionado la forma en que se entiende el papel de los pacientes en su propio cuidado y ha empoderado a las personas para participar activamente en su proceso de recuperación.[26]

Madeleine Leininger publica su "Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los cuidados culturales"

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con

[26] Brenda. Dorothea Orem: Una destacada enfermera teórica y sus aportes a la profesión [Internet]. Estudiar Enfermería. 2023 [citado el 3 de marzo de 2024]. Disponible en: https://estudiarenfermeria.com/quien-fue-dorothea-orem-biografia-logros-aportes-a-la-enfermeria/

respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcioné una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura. [27]

Nola Pender "Modelo de promoción de la salud"

Expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.

El modelo pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.[28]

[27] Título del sitio [Internet]. Título del sitio. [citado el 3 de marzo de 2024]. Disponible en: https://anthroponurse.wordpress.com

[28] Aristizábal Hoyos GP, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. Enferm Univ [Internet]. 2011 [citado el 3 de marzo de 2024];8(4):16–23. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003

Callista Roy publica su “Modelo de Adaptación”.

El modelo de adaptación de Roy contempla al paciente como un sistema adaptable. De acuerdo con el modelo de Roy, el objetivo de la enfermería es ayudar a una persona a adaptarse a los cambios de sus necesidades fisiológicas, al concepto de sí mismo, a la función de su papel y a las relaciones interdependientes durante la salud y la enfermedad.[29]

4.3.2 RELACIÓN DE LOS MODELOS Y TEORÍAS CON EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Las teorías están diseñadas para explicar un fenómeno como el auto cuidado o el cuidado. Una teoría enfermera es una conceptualización de algún aspecto de la enfermería que describe, explica predice o percibe un cuidado enfermero.

Las teorías constituyen a una gran ´parte del conocimiento de una disciplina. La teoría y la investigación científica tienen conexiones vitales entre una y otra proporcionan guías para la toma de decisiones, la resolución de problemas y las intervenciones enfermeras.

La enfermería es una ciencia y un arte. Las enfermeras necesitan una base teórica para demostrar el conocimiento sobre la ciencia y el arte de la profesión con el fin de fomentar la salud y el bienestar de sus pacientes.

El proceso enfermero se utiliza en los entornos clínicos para determinar las necesidades del paciente como individuo, el proceso enfermero es central para enfermería, no es una teoría. Proporciona un proceso sistemático para la prestación de los cuidados enfermeros, no un componente de conocimiento de la disciplina,

[29] Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. Fundamentos de Enfermera a. 8a ed. Elsevier; 2014

una teoría puede orientar sobre como una enfermera usa el proceso enfermero. La teoría del cuidado influye en que valorar, como determinar las necesidades del paciente, como planificar el cuidado, como solucionar las intervenciones enfermeras individualizadas y como evaluar los resultados del paciente.[30]

4.3.3 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LA APLICACIÓN DEL P.A.E.

Aspectos éticos

La ética de la enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones y los valores del ejercicio profesional, así como los cambios y las transformaciones a través del tiempo. Dentro de sus deberes fundamentales con los enfermos está el compromiso moral de preservar la vida humana, ya que la reflexión ética se basa en el respeto a dos principios fundamentales: la vida y la autodeterminación de la persona. [31]

Los pacientes que se ponen en las manos de una enfermera o un enfermero deben ser atendidos con calidad y respeto a su dignidad, pues no sólo son responsables de darles salud, sino también de cuidarles su intimidad física y mental.

Se considera que la Bioética debería ser parte de la filosofía moral que trata del bien y del mal de los actos humanos y de la calidad de los servicios y relaciones que hay entre las instituciones que dan los servicios de salud con las personas que los reciben.

Principios Bioéticos: Son una guía para pensar y discutir éticamente conflictos de la práctica médica y requieren del juicio para su aplicación.

---

[30]Fundamentos de Enfermería (Potter, Perry, Stockert y Hall) - 8 Edición [Internet]. Scribd. [citado el 28 de enero de 2024]. Disponible en: https://es.scribd.com/document/642639491/Fundamentos-de-Enfermeria-Potter-Perry-Stockert-y-Hall-8%C2%AA-Edicion-1

[31]Mora Guillart L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev Cuba Oftalmol| [Internet]. 2015 [citado el 29 de enero de 2024];28(2):228–33. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009&lng=es

Los principios incluyen Autonomía, Beneficencia, No-maleficencia y Justicia.

Principio de autonomía: Se refiere al concepto de honrar los derechos individuales y la autonomía. Este respeto está expresado en el proceso de consentimiento informado, el cual constituye un derecho del paciente y un deber del médico, pues las preferencias y los valores del enfermo son primordiales desde el punto de vista ético.

Principio de beneficencia: Es la obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo perjuicios. Hacer o fomentar el bien No solo "no hacer daño o contrarrestarlo", sino buscar el máximo beneficio posible.

Principio de no maleficencia: Abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros.

Principio de justicia: Se define generalmente como una forma de imparcialidad. Implica la no discriminación o exclusión de los beneficios de la atención médica y de salud en general, por razones de sexo, estado civil, grado de educación, etnia, nivel socioeconómico, creencias etc.[32]

Código de ética

El Código de Ética para las Enfermeras ofrece orientación ética en relación con los roles, deberes, responsabilidades, conductas, juicio profesional y relaciones con los pacientes, así como con otras personas que estén recibiendo cuidados o servicios, compañeros de trabajo y profesionales afines. El Código es fundacional y debe ser construido en combinación con las leyes, reglamentos y normas profesionales de los países que rigen la práctica de la enfermería. Los valores y obligaciones expresados en el presente Código se aplican a todas las enfermeras en todos los entornos, roles y ámbitos de práctica.[33]

[32]Paz MS. Ética y Principios Bioéticos que rigen a la enfermería [Internet]. Edu.ni. [citado el 12 de febrero de 2024]. Disponible en: https://chontales.unan.edu.ni/index.php/etica-y-principios-bioeticos-que-rigen-a-la-enfermeria/

[33]En R. CÓDIGO DE ÉTICA DEL CIE PARA LAS ENFERMERAS [Internet]. Icn.ch. [citado el 12 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf

Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros de México

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites de este, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto como las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.[34]

Aspectos legales

Todo profesional de Enfermería debe tener claro cuáles son las leyes y los alcances de estas que regulan su accionar para evitar consecuencias desfavorables. Dado que ninguna intervención en el ámbito del cuidado de la salud es inocua, los grados de calidad dependen del Inter juego que tienen en cada circunstancia los beneficios y los riesgos.

[34]DECÁLOGO DE ÉTICA – Carrera de Enfermería [Internet]. Unam.mx. [citado el 12 de febrero de 2024]. Disponible en: https://enfermeria.iztacala.unam.mx/decalogo-de-etica/

Un desempeño profesional de calidad incluye el objetivo de una cultura de la seguridad. Se trata, por lo tanto, de un compromiso a nivel individual (de cada uno de nosotros como profesionales) y a nivel institucional.[35]

Como personal enfermero nos regulan numerosas leyes entre ellas:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 es la norma fundamental o carta magna, establecida para regir jurídicamente nuestro país, fijando los límites y definiendo las relaciones entre los poderes de la federación: poder legislativo, ejecutivo y judicial, entre los tres niveles diferenciados del gobierno (el federal, estatal y municipal), y entre todos aquellos y los ciudadanos; asimismo, establece las bases para el gobierno y para la organización de las instituciones en que el poder se asienta; y finalmente establece, en tanto que pacto social supremo de la sociedad mexicana, los derechos y los deberes del pueblo.[36]

Artículo 4° Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.[37]

Ley General de Salud

La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4to de la Constitución Política de los Estados

[35] Ed. Microjuris.com Argentina. La responsabilidad profesional de Enfermería: algunos aspectos legales. Zamuner, Hna Mercedes [Internet]. AL DÍA | ARGENTINA. 2017 [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://aldiaargentina.microjuris.com/2017/07/31/la-responsabilidad-profesional-de-enfermeria-algunos-aspectos-legales-zamuner-hna-mercedes/

[36] Gaceta del Senado [Internet]. Gob.mx. [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.senado.gob.mx/65/gaceta_del_senado/documento/60476

[37]de Salud S. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicano. Artículo 4° [Internet]. gob.mx. [citado el 12 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/articulos/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicano-articulo-4

Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la ocurrencia de la Federación y las entidades federativas. [38]

- Artículo1°Reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4to. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general
- Artículo2° El derecho a la protección de la salud.
- Artículo3° La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud.
- Artículo 6°Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de estos.
- Artículo 53° Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.
- Artículo77° Bis9. Para incrementar la calidad de los servicios.
- Artículo77° Bis37. IV. Recibirlos medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud.[39]

Ley General de Salud

En 2003 se reformó la Ley General de Salud, cuyo objeto fue la creación del sistema de protección social en salud. En 2019, la Ley General de Salud sufrió numerosas modificaciones en artículos relacionados principalmente con la prestación de servicios de salud, la protección social en salud y el control sanitario de medicamentos.

[38] Primero T. LEY GENERAL DE SALUD [Internet]. Gob.mx. [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

[39]Nueva Ley Publicada en el Diario Oficial de la F el. LEY GENERAL DE SALUD [Internet]. Gob.mx. [citado el 12 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf

Un aspecto importante es la responsabilidad penal en el ejercicio profesional de enfermería conlleva el riesgo de incurrir en conductas que constituyen infracciones a la normatividad jurídica.

Este tipo de faltas en su mayoría, están establecidas en el código penal federal y en las leyes reglamentarias, relativas al ejercicio de las profesiones, y en un momento dado, aunque no haya una legislación específica, pueden aplicarse a la enfermería. Debido a la naturaleza propia de la práctica de enfermería, los casos legales en los que con mayor frecuencia puede involucrarse el profesional de enfermería son:

- Revelación de secretos: Se trata de una falta grave y se refiere a la revelación de información de tipo confidencial, confiada a la enfermera (o), por parte del paciente
- Responsabilidad profesional: Se refiere a la comisión de actos delictivos, ya sean dolosos o culposos, durante el ejercicio profesional (artículo 228).
- Falsedad: Se refiere a la falta de veracidad en el manejo de datos, información, documentos o al rendir declaraciones ante una autoridad (artículo 246).
- Usurpación de profesión: Se aplica a aquellos casos en que, sin tener un título y una cédula profesional para ejercer una profesión reglamentada, se atribuya el carácter de profesionista, realice actos de esa profesión y ofrezca públicamente sus servicios con el objeto de lucrar (artículo 250).
- Lesiones y homicidio: Es el punto más delicado y trascendente del trabajo en que el profesional de enfermería puede incurrir. Puede tipificarse como culposo o doloso, dependiendo de las circunstancias ya mencionadas anteriormente (artículos 288 y 302).
- Abandono de personas: se refiere a la no atención de personas incapaces de cuidarse a sí mismas (niños, ancianos, etc., o a las personas enfermas), teniendo obligación de cuidarlos (artículo 335).[40]

[40] Blasco-León M, Sr O-L. Ética y valores en enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2016;24(2):145–9

Normas Oficiales Mexicanas

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) son regulaciones técnicas de observancia obligatoria expedidas por las dependencias competentes, que tienen como finalidad establecer las características que deben reunir los procesos o servicios cuando estos puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana; así como aquellas relativas a terminología y las que se refieran a su cumplimiento y aplicación.[41]

- NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de Enfermería en el sistema nacional de salud.
- NORMA Oficial Mexicana NOM--025--SSA2--2014, (Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental).
- NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
- NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

Guías de práctica clínica

Las GPC de acuerdo con el Instituto de Medicina de Estados Unidos son: “conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes”.

- GPC-IMSS-161-09 Diagnóstico y tratamiento DEL TRASTORNO DEPRESIVO en el adulto
- GPC- IMSS-718-18 Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención.
- GPC-IMSS-657-21 Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención

[41] de Salud S. Normas Oficiales Mexicanas [Internet]. gob.mx. [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705

- GPC-IMSS-717-14 Intervenciones de enfermería para la prevención de complicaciones crónicas en pacientes con diabetes mellitus en el primer nivel de atención.

4.3.4 MODELO O TEORÍA UTILIZADO PARA LA ELABORACIÓN DEL P.A.E.

Modelo de Virginia Henderson (1897-1996) Necesidades de Henderson

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, y muere en marzo de 1996. Como tantas otras enfermeras de su tiempo, su interés por la Enfermería tiene lugar durante la primera Guerra Mundial.

Su tesis se fundamentó en tres factores decisivos o niveles de intervención.

I. La enfermera como sustituta del paciente.
II. La enfermera como una auxiliar del paciente.
III. La enfermera como una compañera del paciente.

Henderson afirma que la única función de la enfermera es prestar asistencia a la persona, enferma o sana, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y pueden desarrollar sus funciones de cuidado sin ayuda de otros, siempre su objetivo de ayudarle a alcanzar la independencia con mayor rapidez posible.

Henderson defiende la comprensión empática y afirma que las enfermeras deben de mantenerse en la piel del paciente para saber lo que necesita.[42]

Define su Metaparadigma

Persona

Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar su salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad.

[42] de Lourdes García Hernández CBLBAGAMRM. CUIDADO profesional de ENFERMERÍA. Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco, México: FEDERACIÓN MEXICANA

Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

Entorno

Lo relaciona con la familia, abarcando la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad, por una parte, espera de los servicios de enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y, por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación de enfermería. La salud puede verse afectada dos tipos de factores:

1) Físicos, como aire, temperatura, sol etc.
2) Personales, como edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

Salud

Capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas.

Enfermería

Se define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila. La enfermería ayuda a una persona a ser independiente lo antes posible. Requiere de un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a satisfacer sus 14 necesidades básicas.[43]

Virginia Henderson establece los cuidados de enfermería estos deben centrarse en las necesidades de las personas sanas o enfermas, en la familia o en la comunidad, utilizando un método sistemático de trabajo como el proceso de enfermería. Para ella, las 14 necesidades básicas humanas.

[43]de Lourdes García Hernández CBLBAGAMRM. CUIDADO profesional de ENFERMERÍA. Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco, México: FEDERACIÓN MEXICANA

1. Respiración: Respirar normalmente.
2. Alimentación: Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminación: Eliminar los desechos corporales.
4. Movilización: Moverse y mantener posturas deseables.
5. Descanso: Dormir y descansar.
6. Vestuario: Seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
7. Termo-regulación: Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.
8. Higiene: Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel.
9. Seguridad: Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicación: Comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones.
11. Religión: Rendir culto según la propia fe.
12. Adaptación: Trabajar de tal manera que haya una sensación de logro.
13. Recreación: Jugar o participar en diversas formas de ocio.
14. Educación: Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.[44]

4.4 EL PROCESO DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA METODOLÓGICA PARA BRINDAR CUIDADO A LA PERSONA

La aplicación del proceso de enfermería establece la base del razonamiento clínico, nos ayuda a organizar actividades cognitivas y la entrega de cuidados de enfermería, es más que una guía para la planificación y documentación formal de los cuidados. Es lo que debe guiar el pensamiento de las enfermeras día con día. [45] La implantación del Proceso Enfermero (PAE) o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en la práctica diaria como método científico para la gestión y administración

[44]Aplicación de la teoría de Henderson y su aproximación al cuidado avanzado en enfermería en un servicio de pediatría [Internet]. Medwave.cl. [citado el 13 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.medwave.cl/revisiones/analisis/5548.html

[45] Ramírez Elías A. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. Enferm Univ [Internet]. 2016 [citado el 12 de abril de 2024];13(2):71–2. Disponible en: https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/89

de los cuidados ha sido fundamental para el desarrollo de la disciplina enfermera. Además, el P.E. fomenta la eficiencia de los cuidados de enfermería, orientándolos a la consecución de los objetivos y promueve el pensamiento crítico.[46]

4.4.1 DEFINICIÓN, OBJETIVOS, VENTAJAS Y DESVENTAJAS.

La aplicación del proceso enfermero permite iniciar la aplicación de la metodología científica y a la aproximación de las teorías en enfermería aplicables a nuestra población (práctica científica) que sean útiles para resolver y atender las demandas de cuidados de nuestros clientes o pacientes.

El Proceso enfermero es el "Método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud reales o potenciales", es la herramienta metodológica que facilita la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados, permitiendo una visión holística de las personas, y consta de cinco etapas: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. La aplicación de la teoría, así mismo, es útil para el razonamiento y la toma de decisiones en la práctica, permite organizar y entender aquello que pasa alrededor del cuidado, posibilita el juicio clínico y la reflexión filosófica al planificar los cuidados, proponer intervenciones de enfermería, predecir y explicar resultados del paciente y evaluar la eficacia de los cuidados, explica la identidad y el objetivo de la práctica enfermera.[47]

Concepto

El P.A.E. (Proceso de atención de enfermería) constituye una herramienta para organizar el trabajo de Enfermería, lo que implica una determinada manera de proceder que nos es propia, está constituido por una serie de pasos o Etapas,

[46]Index-f.com. [citado el 12 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf

[47]González Sara SH, Moreno Pérez NE. Instrumentos para la enseñanza del proceso enfermero en la práctica clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando Nanda-Nic-Noc. Enferm Glob [Internet]. 2011 [citado el 17 de febrero de 2024];10(23):89–95. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300007

íntimamente interrelacionadas, y aunque los textos estudien y analicen por separado, en la práctica deben ir entrelazadas.

El método de resolución de problemas ante las posibles situaciones que puedan presentarse, sobre todo de los que precisen que se cumplan ciertas condiciones de dificultad y/o complejidad. En enfermería, en mayor o menor medida, está establecido, que para llevar a cabo aquellas funciones que nos son propias, es necesario ordenar y estructurar las actividades que hacen posible el análisis y solución de las situaciones en las que intervenimos, lo cual es posible mediante la aplicación del método científico, denominado Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.).[48]

Objetivos

- Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería.
- Imprimir a la profesión un carácter científico.
- Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- Traza objetivos y actividades evaluables.
- Mantener una investigación constante sobre los cuidados.
- Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.[49]
- Constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.
- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

[48]Bvsalud.org. [citado el 17 de febrero de 2024]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf
[49]ENFERMERÍA BLOG / PAE [Internet]. Enfermeriablog.com. [citado el 18 de febrero de 2024]. Disponible en: https://enfermeriablog.com/pae/

Ventajas

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.[50]

- Mejora la calidad de la atención en la dimensión técnico-científica.
- Se fomenta la cultura de la salud vía el cuidado
- Fortalece la participación y responsabilidad en su propio cuidado
- Proporciona respeto a sus derechos y obligaciones
- Incrementa la congruencia de la atención con las necesidades de salud.
- Contempla a la persona como un todo. [51]

Desventajas

La demanda de pacientes que maneja cada personal de enfermería y el tiempo para la elaboración e implementación de este. El principal factor externo que limita a las enfermeras para aplicar el PAE es la falta de reconocimiento institucional de la metodología profesional, motivación y compromiso de las instituciones por fomentar la ejecución del proceso en el cuidado de enfermería y, por ende, el desarrollo profesional, la instrumentalización del cuidado y la carencia de herramientas de registro.[52]

4.4.2 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso atención de enfermería consta de 5 etapas

[50]Org.ar. [citado el 17 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf
[51]uDocz. Ventajas del PAE. uDocz [Internet]. 2022 [citado el 18 de febrero de 2024]; Disponible en: https://www.udocz.com/apuntes/376153/ventajas-del-pae
[52]Una aproximación al plan de cuidado de enfermería relacionado con la enfermedad covid-19, Karina Gallardo Solarte. Karina Gallardo Solarte;

1ª Etapa de Valoración

En esta primera etapa consta de un proceso organizado y sistemático de la recogida y análisis de la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan generar problemas, así como recursos y capacidades con los que cuenta la persona y/o familia, a través de diferentes fuentes.

El cual, permite a la enfermera recoger datos sobre la situación de salud de la persona que serán la base de la planificación de las actuaciones de enfermería, dirigidas al logro de unos resultados (objetivos) concretos. Sobré la información obtenida se establecerán las bases de una atención y cuidados individualizados y de calidad. Consta de varias fases:

1. **Recogida de datos:** Se recogerán valorando las 14 necesidades básicas teniendo en cuenta datos subjetivos, objetivos, antecedentes, actuales, generales y focalizados. Nos orientarán en cuanto al grado de autonomía y si los comportamientos y acciones del individuo son adecuados y suficientes para cubrir satisfactoriamente las necesidades básicas.

La obtención de datos se realizará:

- Directamente del paciente (entrevista, observación, exploración física…)
- Indirectamente de familiares, procedentes de informes de otros proveedores de cuidados, de la historia clínica, etc.

Los métodos para la recogida de datos son la Entrevista, la Observación, y la Exploración física. El tipo de datos, la fuente y el método de recogida de estos deben estar reflejados en el registro de enfermería.

2. **Validación o verificación en** esta fase se comprueba que los datos obtenidos sean exactos, veraces suficientes y completos, evitando errores y conclusiones precipitadas.
3. **Organización** el personal de enfermería tendrá que agrupar los datos más relevantes por necesidades o estar relacionados entre sí. Esta organización sistemática facilita la detección de problemas y permite identificar los problemas,

manifestaciones de independencia y de dependencia sobre los que planificar los cuidados individualizados.

4. **Agrupación de datos:** Se considera que los datos obtenidos en la valoración para tener una adecuada organización de datos:

- **Conductas;** Se refieren a los datos objetivos que obtenemos a la valoración o Indicadores de conducta, conocidos como datos subjetivos que nos refiere el paciente o familiar, así mismo, son datos no cuantificables.
- **Datos para considerar**; son aquellos que sin ser conducta ni indicadores de conducta son relevantes para la planificación de los cuidados.

2ª Etapa Diagnostica

En la etapa de diagnóstico de enfermería deberá tener un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

Es importante diferenciar un diagnóstico de enfermería de un problema interdependiente, ambos son problemas de salud, pero los diagnósticos de enfermería únicamente hacen referencia a situaciones en que la enfermera o enfermero puede actuar en forma independiente.[53]

Para la Identificación del problema o problemas. Consta de dos fases

Análisis de Datos en esta fase se determinan las conexiones existentes entre las claves y se interpretan, dando lugar a la detección de problemas que requieren de un abordaje interdisciplinar, y/o Diagnósticos de Enfermería.

Identificación de los problemas

- **Problema de Colaboración**: Son complicaciones reales o potenciales derivadas de la enfermedad o el tratamiento, en las que la persona requiere que

[53] T. Heather Herdman P. Diagnósticos Enfermería Definiciones Y Clasificación. 2021.

la enfermera haga por él las actividades necesarias para la detección, tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico.

- **Diagnóstico de Enfermería**: Juicio emitido sobre situaciones que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente con pleno control y autoridad sobre la situación y con total responsabilidad sobre el resultado final. La función de la enfermera es la de ayudar al paciente a recuperar su autonomía en la satisfacción de sus necesidades básicas.
- **Problema de Autonomía**: Situación en la que el individuo no puede satisfacer por sí mismo las necesidades básicas debido a que no ha adquirido tal capacidad, la ha perdido temporal o definitivamente, por lo que no se resuelve trabajando sobre la fuerza, voluntad o conocimiento. En ellos, la función de la enfermera es la de suplir al individuo o capacitar a un Agente de Autonomía Asistida para que realice las intervenciones necesarias.

Los Diagnósticos Enfermeros detectados pueden ser Enfocados al problema/de Riesgo o síndrome.

- D.E. (Diagnóstico enfermero) Enfocado al problema. Describe las respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Su identificación se basa en la existencia de características definitorias (manifestaciones del problema) en el momento de la valoración.
- DE (Diagnóstico enfermero) de Riesgo. Describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención y/o correctoras sobre los factores de riesgo presentes en el momento de la valoración.
- D.E de síndrome. Juicio clínico en relación con un conjunto de Diagnósticos de Enfermería específicos que aparecen de manera conjunta y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares.

3ª Etapa-planificación

Una vez concluida la valoración e identificadas las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero.

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan al usuario a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Establecimiento de Prioridades para el abordaje de los problemas:

- Problemas que amenacen la vida del individuo.
- Problemas percibidos por el individuo o familia como prioritarios.
- Problemas que contribuyen a la permanencia o aparición de otros problemas y cuya resolución los minimiza o soluciona.
- Problemas por resolver por enfermería.
- Problemas por resolver desde un enfoque multidisciplinar.

Se establecen los resultados (objetivos) de forma clara de tal manera que orienten y guíen la actuación enfermera, formulados en términos de conducta observable del individuo.

- ¿Cómo se beneficiará el paciente? ¿Qué podrá hacer? ¿Cuándo?

Intervenciones y Actividades

- En los Diagnósticos Reales se dirigirán a actuar sobre las causas o factores relacionados para la reducción, control o eliminación de las manifestaciones.
- En los Diagnósticos de Riesgo se dirigirán a actuar sobre los factores de riesgo para evitar la aparición del problema, así como a la detección temprana en caso de producirse éste.

4ª Etapa-ejecución

Puesta en práctica de las intervenciones planificadas para el logro de los Objetivos establecidos en el plan de cuidados, con tres pasos definidos.

I. **Preparación**

- Determinar la adecuación del plan de cuidados a la situación actual del individuo antes de la puesta en práctica (¿algún problema nuevo?, ¿algún dato que oriente a la necesidad de introducir algún cambio en el Plan?).
- Valorar si el individuo cuenta con conocimientos y habilidades necesarios para realizarlas.

- Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.
- Preparar el entorno par para la realización de las actividades en condiciones adecuadas y seguras.

II. **Realización** de las actividades con la ejecución de las actividades prescritas y la valoración continua de la respuesta del individuo que detecte la pertinencia de continuar con el plan o modificarlo en base a la evaluación de nuevos datos. Enfermería realiza las intervenciones o delega en otros profesionales cualificados a los que designa y supervisa en su actividad.

III. **Registro** de las Intervenciones y respuesta del individuo.

5ª Etapa-evaluación

La evaluación está presente en cada una de las etapas descritas, de forma continuada, y en cada una de ellas se evalúa.

- Valoración: la obtención de datos suficientes y correctos para la emisión del DE.
- Diagnóstico: el DE es exacto y adecuado.
- Planificación: los objetivos e intervenciones son realistas y alcanzables, lo que puede provocar la revisión de los planteamientos del plan de cuidados.
- Ejecución: las respuestas del individuo, y en base a ellas puede hacerse necesario el mantenimiento, la modificación, la revisión o suspensión del plan de cuidados.

Última etapa del proceso enfermero, el profesional evalúa en qué medida se ha modificado la situación inicial como respuesta a las intervenciones enfermeras, es decir, la enfermera evalúa la consecución de los Objetivos establecidos para el individuo, determina en qué grado se ha cumplido y decide si es necesario introducir algún cambio en el Plan de Cuidados.[54]

[54]José Carlos Bellido Vallejo JFLC. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén Sefarad, 42- 1º- D y bajo 23006 JAÉN www.enfermeriajae

4.5 LA PERSONA

La adultez es aquella etapa de la vida de las personas que comienza cuando estas alcanzan su mayoría de edad aproximadamente, siendo un periodo que comienza con el fin del desarrollo de las personas a nivel físico, sobre todo, aunque también se dan unos cambios notables a nivel emocional y psicológico.

La adultez es un paso importante hacia la construcción de un ser independiente y completo, el comienzo y desarrollo y cierta madurez, estando marcada por los valores y creencias de cada persona.

4.5.1 CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES

La adultez es la etapa de desarrollo humano más larga. Implica diversos cambios físicos, emocionales y psicológicos según la edad y fase de cada persona.

Las características más notables de la adultez media son:

- En esta etapa comienza a disminuir las capacidades de las personas a nivel cognitivo.
- Comienza poco a poco el declive a nivel físico (pérdida a nivel de fuerza, aumento de peso, etc.).
- En esta etapa suelen comenzar un declive a nivel sensorial (p. ej., pérdida de vista).
- Se asientan los valores morales en base a lo aprendido a lo largo de la vida.
- Las personas suelen poseer una mayor flexibilidad para adaptarse al entorno.
- Es una etapa en la que las personas se encuentran mejor preparadas para enfrentarse a las adversidades.

- Suele haber una mayor inclinación por la búsqueda del bienestar y la tranquilidad que en etapas anteriores.[55]

Adultez media

La adultez media, que comienza cuando las personas cumplen los 40 años y finaliza al cumplirse los 60 años aproximadamente, siendo la etapa previa a la adultez tardía o la vejez.

En este grupo, además del proceso biológico del Climaterio que llega a su final con todas sus consecuencias psicológicas, especialmente en la mujer, los individuos deben enfrentar el alejamiento de los hijos (síndrome del nido vacío) ya iniciado en la década anterior, sea por estudios o por la formación de nuevas familias. pero que no llegan a irse del todo por las condiciones económicas. Al finalizar este período. la mayoría enfrenta a la posibilidad de dejar de trabajar. jubilarse. lo que conlleva dos problemas diferentes pero complementarios: qué hacer con el tiempo disponible y la capacidad productiva aún existente, y cómo solventar actividades y la economía del hogar.[56]

4.5.2 PADECIMIENTOS MÁS FRECUENTES

Con respecto a la auto declaración de enfermedades crónicas por diagnóstico previo, las enfermedades más comunes entre la población de 53 años y más fueron: hipertensión arterial (43.3 %), diabetes (25.6 %) y artritis (10.7 %). La prevalencia auto declarada fue diferencial por sexo: las mujeres reportaron mayores porcentajes en las principales enfermedades crónico-degenerativas.

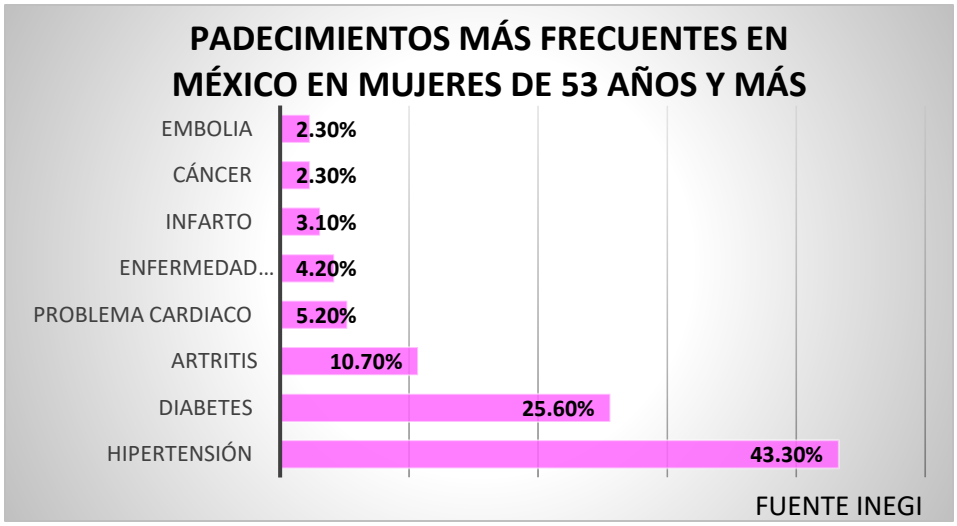
Se tuvo una prevalencia similar en siete enfermedades comunes en la población de estudio cáncer, embolia cerebral, infarto cardiaco, enfermedad pulmonar, artritis, diabetes e hipertensión arterial. Por su parte, se observó que conforme avanza la

[55]Arrimada M. Las 3 etapas de la adultez (y sus características) [Internet]. organización pym. 2022 [citado el 19 de febrero de 2024]. Disponible en: https://psicologiaymente.com/desarrollo/etapas-adultez

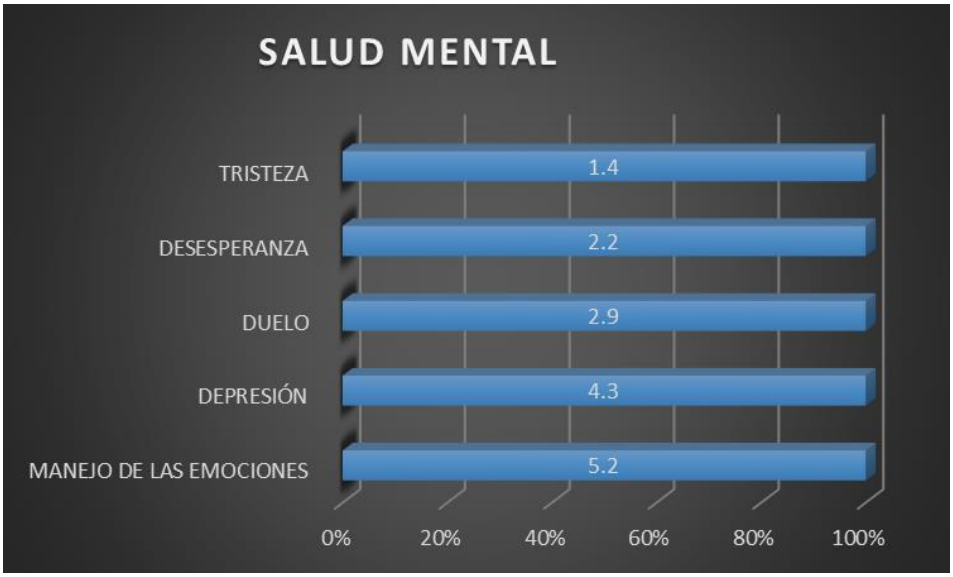
[56]Edu.pe. [citado el 18 de febrero de 2024]. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v03_n2/pdf/a08v3n2.pdf

edad, el porcentaje de población que presentó alguna de estas enfermedades fue mayor.[57]

De acuerdo con las estadísticas de INEGI se observa padecimientos con más frecuencia son:



De acuerdo con un estudio realizado del consejo ciudadano para la seguridad y justicia de la ciudad de México se observa padecimientos más frecuentes a la salud mental. [58]

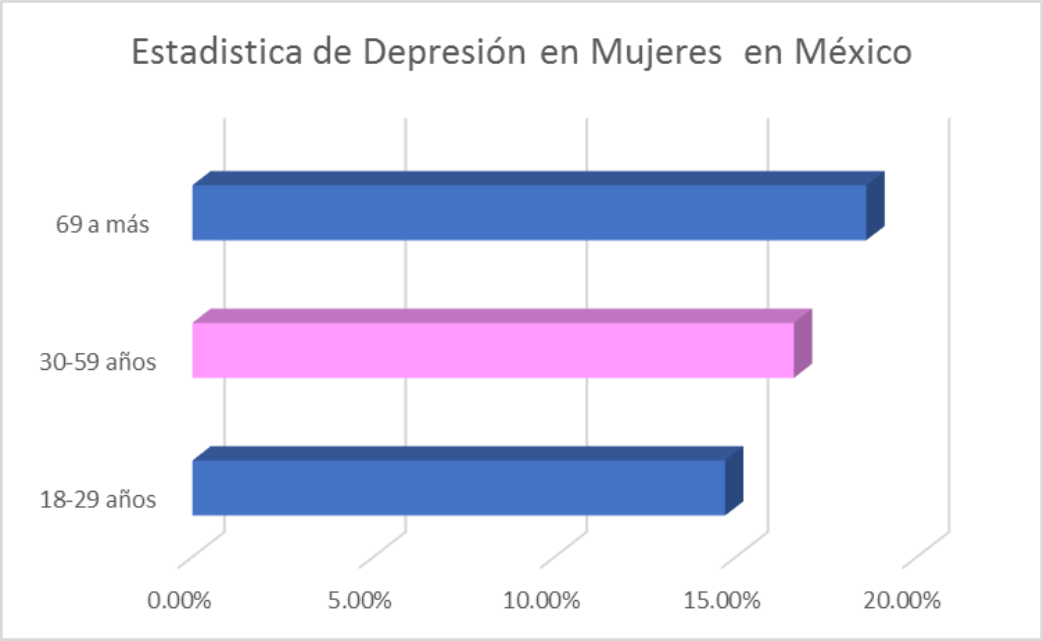


[57]Org.mx. [citado el 18 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf

[58] Consejociudadanomx.org. [citado el 5 de mayo de 2024]. Disponible en: https://consejociudadanomx.org/media/pdf/10/Informe%20Salud%20Mental%20-final-.pdf

De acuerdo con las estadísticas de INEGI se observa padecimientos más frecuentes de padecimientos mentales (depresión):

El grupo de edad que más declaró sentir depresión por más de la mitad de la semana, o casi todos los días, fue el de mujeres de 30 a 59 años, con 16.6.



4.5.3 DESCRIPCIÓN DEL PADECIMIENTO

Duelo

El duelo es el proceso psicológico al que nos enfrentamos tras las pérdidas y que consiste principalmente en la adaptación emocional a estas, si bien se trata de una experiencia compleja que engloba también factores fisiológicos, cognitivos y comportamentales.

La pérdida de cualquier objeto de apego provoca un duelo, si bien la intensidad y las características de éste pueden variar en gran medida en función del grado de vinculación emocional o de la propia naturaleza de la pérdida**.** El duelo por muerte es el tipo más relevante por la potencia con que afecta a la mayor parte de personas.

El modelo de Kübler-Ross divide el duelo en 5 etapas que tienen lugar de forma sucesiva; no obstante, años después insistió en que el proceso de duelo no es tan lineal y rígido.

1. Negación

La negación de la pérdida es una reacción que se produce de forma muy habitual inmediatamente después de ésta, con frecuencia similar a un estado de shock o embotamiento emocional e incluso cognitivo.

Esta fase del duelo implica estrictamente la negación de la pérdida, esto no siempre sucede, sino que puede manifestarse de un modo más difuso o abstracto., se puede dar una negación de la importancia de la pérdida o de su carácter definitivo**.**

2. Ira

El final de la etapa de negación va asociado a sentimientos de frustración y de impotencia con respecto a la propia capacidad de modificar las consecuencias de la pérdida.

Durante la etapa de ira la persona busca atribuir la culpa de la pérdida a algún factor**,** como puede ser otra persona o incluso uno mismo. El proceso de duelo implica la superación de la frustración y del enfado, que se relacionan con intentos psicológicos naturales pero útiles de que nuestro estado emocional y nuestro contexto se mantengan iguales que antes de la pérdida.

3. Negociación

En la fase de negociación la persona guarda la esperanza de que nada cambia y de que puede influir de algún modo en la situación.

4. Depresión

Durante esta etapa la persona empieza a asumir de forma definitiva la realidad de la pérdida, y ello genera sentimientos de tristeza y de desesperanza junto con otros

síntomas importantes de los estados depresivos, como el aislamiento social o la falta de motivación.[59]

5. Aceptación

La aceptación es una etapa del duelo en la que la persona finalmente acepta la pérdida y se adapta a la nueva situación. La aceptación también puede ser una etapa dura, en algunos casos puede que no se consolide y haya un retroceso. Lo cierto es que la aceptación puede ser una de las etapas más fácil del duelo, pero es un proceso necesario y saludable para seguir viviendo.

La aceptación no significa que la persona se haya olvidado de la pérdida, sino que la persona ha logrado aceptar la pérdida y se ha adaptado a la nueva situación. [60]

Concepto

La depresión es un trastorno mental frecuente, se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.[61]

Fisiopatología

Es un trastorno heterogéneo con un curso muy variable, una respuesta inconsistente al tratamiento en muchos de los casos y ningún mecanismo establecido; se debe a una compleja interacción entre condiciones genéticas y ambientales que alteran la respuesta individual a situaciones de vida estresantes.

---

[59] de Psicología Integral MC C. Las 5 fases (o etapas) del duelo: la teoría de Kübler-Ross [Internet]. Centro Psicología Integral MC. 2019 [citado el 6 de mayo de 2024]. Disponible en: https://centrodepsicologiaintegral.com/las-5-fases-o-etapas-del-duelo-la-teoria-de-kubler-ross/

[60]https://centrodepsicologiaintegral.com/las-5-fases-o-etapas-del-duelo-la-teoria-de-kubler-ross/#:~:text=La%20teor%C3%ADa%20de%20las%205,siempre%20que%20sufrimos%20una%20p%C3%A9rdida.

[61] Org.mx. [citado el 4 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_Suicidio23.pdf

Depresión exógena: Se produce tras un acontecimiento específico que ataca directamente a nuestro estado de ánimo como una ruptura sentimental, una perdida, o situaciones traumáticas.

Depresión endógena: Desequilibrio químico en el cerebro que podría tener un origen genético.[62]

Serotonina: Es un elemento químico que está clasificado como un neurotransmisor pero que también tiene funciones de hormonas**.** Tiene la capacidad de intervenir en procesos fisiológicos, en la memoria, atención y en el estado de ánimo de cada persona.

La serotonina interviene en las siguientes funciones:

- Sirve para coordinar los períodos de sueño y de despertar.
- Interfiere en los estados de ánimo, la memoria, en sentimientos como la ira y la felicidad.[63]

Noradrenalina:es un neurotransmisor y hormona que aumenta la fuerza muscular y tiene un papel importante en la ansiedad y la depresión

Sustancia que se libera predominantemente desde los extremos de las fibras nerviosas simpáticas y que actúa para aumentar la fuerza de la contracción del músculo esquelético, la velocidad y fuerza de contracción del corazón. [64]

Hipocampo:

Existe una disminución del volumen del hipocampo en pacientes con depresión los efectos varían en gravedad en diferentes regiones del hipocampo e incrementa a través de los episodios de depresión. [65]

---

[62] Depresión Mayor, fisiopatología neurobioquímica [Internet]. Synapticpg.com. [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: https://synapticpg.com/dm1_fisiopatologia.html

[63] https://www.fisioterapia-online.com/glosario/hormona-serotonina

[64] Psicoactiva.com. [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.psicoactiva.com/blog/que-es-la-norepinefrina/

[65] Dávila Hernández A, González González R, Liangxiao M, Xin N. Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión. Rev Int Acupunt [Internet]. 2016 [citado el 18 de marzo de 2024];10(1):9–15. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-acupuntura-279-articulo-estudio-sinomedico-fisiopatologia-depresion-S1887836916300060

DUELO

DEPRESIÓN

(4° ETAPA)

Enfermedad que afecta al organismo **(cerebro).**

Causas

Exógena

- Duelo
- Acontecimiento traumático
- Problemas de autoestima.

66

Factores químicos

Alteración de los neurotransmisores estos se encontrarán reducidos.

- SER y NA

Endógena

- Hereditaria
- Predisposición genética
- Acontecimientos vitales estresantes.

67

Cambios estructurales: Disminución volumen de hipocampo

Cambios neuroendocrinos: Alteración en el eje hipotálamo-hipófisis adrenal (HHA)

[66] Chica S. La depresión: clases, causas y síntomas [Internet]. Equilibrium Miami. 2023 [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: https://equilibriummiami.com/la-depresion-clases-causas-y-sintomas/

[67] Tipos de depresión - navarra.es [Internet]. Navarra.es. [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Depresion/La+depresion/tipos+depresion/.

Síntomas

- Dificultades para concentrarse
- Un sentimiento de culpa excesiva o de baja autoestima
- Falta de esperanza acerca del futuro
- Pensamientos de muerte o suicidio
- Alteraciones del sueño
- Cambios en el apetito o en el peso
- Sensación de cansancio acusado o de falta de energía.

La depresión puede causar dificultades en todos los aspectos de la vida, incluidas la vida comunitaria y en el hogar, así como en el trabajo y la escuela.

Los episodios depresivos pueden clasificarse en leves, moderados o graves, en función del número y la intensidad de los síntomas, así como de las repercusiones en el funcionamiento de la persona.

Los episodios depresivos pueden pertenecer a diferentes tipologías:

- Trastorno depresivo de un solo episodio: la persona experimenta un primer y único episodio.
- Trastorno depresivo recurrente: la persona ha padecido ya al menos dos episodios depresivos.
- Trastorno bipolar: los episodios depresivos alternan con periodos de episodios maníacos, que incluyen euforia o irritabilidad, mayor actividad o energía, y otros síntomas como aumento de la verborrea, pensamientos acelerados, mayor autoestima, menor necesidad de dormir, distracción y comportamiento impulsivo e imprudente.

Causas

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Las diferentes circunstancias son:

- Desempleo
- Luto
- Eventos traumáticos

Diagnóstico

Algunas de las escalas que se utilizan para determinar si la persona está en depresión son:

Escala de Hamilton

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depresión rating scale (HDRS) es una escala aplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23.[68]

[68]Purriños MJ. ESCALA DE HAMILTON - Escala de calificación de depresión de Hamilton (HDRS) [Internet]. Medsol.co. [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://medsol.co/informacion/medixen/depresion_escala_hamilton.pdf

Inventario de depresión de Beck (BDI-2).

El Inventario de Depresión de Beck- BDI-II; es un instrumento de auto aplicación de 21 ítems. Diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento. El rango de puntuación va de 0 a 63 pts.[69]

Cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total:

- Mínima depresión 0-13
- Depresión leve 14-19
- Depresión moderada 20-28
- Depresión grave 29-63.[70]

Escala de Montgomery

La Escala de Depresión Montgomery (MADRS) es una prueba psicológica utilizada para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes. Consiste en un cuestionario de diez ítems que evalúan diferentes síntomas de la depresión, como la tristeza, la desesperanza y la falta de interés en las actividades cotidianas.

Una puntuación más alta indica una mayor gravedad de la depresión.

La prueba consta de diez ítems que evalúan diferentes síntomas de la depresión, como la tristeza, la desesperanza y la falta de interés en las actividades cotidianas.

[69] Melipillán Araneda R, Cova Solar F, Rincón González P, Valdivia Peralta M. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. Ter Psicol [Internet]. 2008 [citado el 5 de marzo de 2024];26(1):59–69. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100005

[70] puntuacion del inventario de depresión de beck - Google Search [Internet]. Google.com. [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=puntuacion+del+inventario+de+depresion+de+beck&oq=PUNTUACION+DEL+IN&aqs=chrome.0.0i20i263i512j69i57j0i10i512l4j0i22i30j0i15i22i30j0i22i30j0i15i22i30.16706j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

Cada ítem se puntúa del 0 al 6, siendo la puntuación total de 0 a 60. Una puntuación más alta indica una mayor gravedad de la depresión.

- Ausencia de depresión 0 a 6
- Depresión leve de 7 a 19,
- Depresión moderada de 20 a 34,
- Depresión grave de 35 a 60.[71]

PHQ-9 Salud del paciente

El PHQ-9 es una herramienta de detección clínicamente validada que los proveedores de atención médica utilizan para detectar la depresión, así como para diagnosticar y controlar la gravedad de la afección.

Las preguntas se refieren al sueño, la energía, el apetito y otros posibles síntomas de depresión. Las puntuaciones se calculan en función de la frecuencia con la que una persona experimenta estos sentimientos.

- 1-4: Esto se considera depresión mínima
- 5-9: Esto se considera depresión leve.
- 10-14: Esto se considera depresión moderada
- 15-19: Esto se considera depresión moderadamente severa
- 20-27: Esto se considera depresión severa.[72]

Tratamiento

El tratamiento más eficaz para la depresión, incluidos los tratamientos psicológicos y la medicación.

[71] Betancurt PK. #TestPsicológico [Internet]. Ayuda Psicológica en Línea. Ayuda Psicológica en Línea ⋆ Psicólogos Online; 2023 [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://ayuda-psicologica-en-linea.com/psicologia-pdf/escala-depresion-montgomery-madrs/

[72] Interpretación de los resultados del PHQ-9 [Internet]. Ovia Health. 2020 [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.oviahealth.com/es/guide/232008/fertility-pep-interpreting-phq9/

Los tratamientos psicológicos son el primer tratamiento contra la depresión. Pueden combinarse con antidepresivos en casos de depresión moderada y grave. Los antidepresivos no son necesarios en caso de depresión leve.

Los tratamientos psicológicos pueden enseñar nuevas maneras de pensar, de hacer frente a las situaciones o de relacionarse con los demás. Pueden incluir terapia conversacional con profesionales y con terapeutas no especializados supervisados

Los tratamientos psicológicos eficaces contra la depresión incluyen:

- La activación conductual
- La terapia cognitiva conductual
- La psicoterapia interpersonal
- El tratamiento para la resolución de problemas.[73]

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es definida como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, a consecuencia de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o ambos 4 en promedio, un retraso de 4 a 7 años en diagnosticar una DM2 se traduce en que el 20% de los pacientes presentan alguna evidencia de complicación microvascular o neuropatía diabética al momento del diagnóstico.

- **Diabetes mellitus tipo 1**: Es ocasionada por la destrucción de las células β, lo que produce deficiencia absoluta de insulina. Ésta se produce por dos mecanismos: inmunológicos e idiopáticos
- **Diabetes mellitus tipo 2:** representa el 90% de los casos de diabetes en el país. Es ocasionada por resistencia a la acción de la insulina y por falla de las células

[73] Depresión. Rev Ocronos [Internet]. 2023 [citado el 1 de marzo de 2024]; Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=Cj0KCQiA84CvBhCaARIsAMkAvkL6fGRtguewLh0uVMG8-ro2nPI6RX3JBCCINLhsi9p2ygJLUyoexBAaAhvKEALw_wcB

β. Estos dos trastornos suceden simultáneamente y se manifiestan de manera variable en cada persona que la padece

- **Otros tipos específicos de diabetes**: representan alrededor del 1% de los casos y son originados por otras causas.

Fisiopatología

La diabetes mellitus pertenece a un grupo de enfermedades metabólicas y es consecuencia de la deficiencia en el efecto de la insulina, causada por una alteración en la función endocrina del páncreas o por la alteración en los tejidos efectores, que pierden su sensibilidad a la insulina. Durante la diabetes mellitus, la glucemia se eleva a valores anormales hasta alcanzar concentraciones nocivas para los sistemas fisiológicos, provocando daño en el tejido nervioso (neuropatías), alteraciones en la retina (retinopatía), el riñón (nefropatía) y en prácticamente el organismo completo.[74]

Factores de Riesgo

- Historia familiar de DM2
- Edad, sobre todo en personas mayores de 45 años
- Obesidad, sobre todo en personas con aumento en la circunferencia abdominal
- Antecedentes de diabetes gestacional o de haber tenido productos que pesaron más de 4 kg al nacer.
- Dislipidemia
- Sedentarismo
- Síndrome de ovarios poliquísticos manifestados por irregularidades menstruales y/o exceso de vello, hirsutismo.

Síntomas

- Poliuria

[74] Cervantes-Villagrana RD, Presno-Bernal JM. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células β pancreáticas [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2013/er133a.pdf

- Polidipsia
- Pérdida de peso por causa desconocida
- Glucemia plasmática casual > 200 mg/dl.
- Glucosa plasmática en ayuno > 126 mg/dl. [75]

Diagnostico

Hemoglobina glucosilada o la curva de tolerancia a la glucosa oral.

Tratamiento

- Terapia combinada con metformina
- Insulina basal [76]

[75] Cervantes-Villagrana RD, Presno-Bernal JM. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células β pancreáticas [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2013/er133a.pdf

[76] Ipo DIME, de A Tención ENELPRNI. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la [Internet]. Gob.mx. [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/718GER.pdf

APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Ficha de identificación

Nombre: M.Z.R **Edad:** 58 años **Sexo:** Femenino **Ocupación:** Ama de casa **Estado civil:** Soltera **Escolaridad:** Secundaria Nacionalidad**:** Mexicana **Religión:** Católica **Diagnóstico médico**: Depresión **Fecha de captura:** 09/02/2024

Antecedentes heredo familiares

Madre: Diabetes mellitus tipo II (finada).

Padre: EPOC (finado).

Hermanos: Diabetes mellitus tipo II (vivos).

Situación actual

Femenina de 58 años de edad se encuentra en su domicilio, con una puntuación 15 en escala de Glasgow, cabello largo y limpio con distribución, globos oculares y simétricos con presencia de ojeras, uso de lentes por miopía, mucosas orales deshidratadas, con presencia de 15 piezas dentales con presencia de caries, palidez generalizada de tegumentos, llenado capilar de 3 Seg, piel morena y deshidratada, campos pulmonares sin alteración aparente, Signos vitales saturación de oxígeno 92% ,FC: 84x[1],FR: 18x [1,] temperatura de 36.3 °C, T/A 130/75 mmHg, PAM 93.3 mmHg .

Glicemia capilar en ayuno de 180 mg/dl, glucosilada 8 % talla 1.55 m, peso 67,600 kg, abdomen blando y depresible a la palpación con presencia de ruidos peristálticos normales, con alimentación inadecuada acorde a sus necesidades, con presencia de nicturia, miembros inferiores con presencia de arañas vasculares, sin referir ni ardor ni dolor.

Se realizaron escalas de valoración para evaluar si la paciente tiene algún tipo de padecimiento por el proceso de duelo en el que se encuentra.

Es importante destacar que se realizaron diversas escalas de valoración, para obtener información contundente de su estado emocional de la paciente.

De acuerdo con las escalas aplicadas, se determina que la paciente tiene un duelo en la etapa de Depresión grave.

Escala	**Puntuación de la paciente**	**Evaluación**
Hamilton	**28 pts.**	Depresión muy severa.
Cuestionario Montgomery	**28 pts**	Trastorno depresivo
Inventario de depresión de Beck	**31 pts**	Depresión grave
PHQ-9 Salud del paciente	**21 pts**	Depresión grave

Antecedentes personales no patológicos:

- Actualmente residente en la alcaldía Venustiano Carranza, CDMX
- Refiere esquema de vacunación completo
- Hábitos higiénicos: Baño 5 veces a la semana con cambio de ropa.
- Alimentación no acorde a padecimiento crónico.
- Convive con fauna nociva 1 perro).
- Vivienda propia con todos los servicios indispensables.

Antecedentes patológicos

- Tipo de sangre O +
- Niega ITS
- 4 gestas 3 partos 1 cesárea.
- Refiere padecer Diabetes Mellitus tipo ll desde hace 10 años, sin un adecuado control y apego al tratamiento. Refiere que toma metformina de 500 mg por la mañana y de 10 U de insulina NPH después de cenar.

- Respecto al duelo que está cursando, refiere no necesitar terapia de tanatología.
- Refiere sentimientos de culpa por lo sucedido con su hijo.
- No lleva a cabo un régimen alimenticio conforme a su enfermedad.
- Refiere no tener ganas de realizar actividades, como solía hacer en su vida cotidiana.
- El día 8 de agosto su hijo, paciente con IRC, (se encontraba estable trabajando en la vía pública con su mamá ese día él empezó a sentir dolor de cabeza, por lo cual su mamá va por sus pastillas a su casa y cuando regresa al lugar su hijo ya estaba inconsciente y sin pulso por lo que llaman al 911 pero no hay respuesta rápida, momentos después se percatan de que ya había fallecido).
- Se observa que la paciente no quiere deambular en el lugar donde su hijo perdió la vida.
- Refiere haber bajado 6 kg en 3 meses (aproximadamente 2 tallas).
- Se observa a la paciente triste.
- Refiere dormir 6 horas no continuas ya que no puede conciliar el sueño.
- Refiere llanto durante las noches
- Refiere sentirse culpable por lo sucedido.
- Refiere que desde su pérdida le cuesta trabajo interactuar con las demás personas, es muy tranquila y también refiere sentirse triste cuando están todos sus familiares reunidos.
- Refiere que desde que esta en este proceso no puede realizar sus actividades cotidianas como solía hacerlo.
- Se identifica que la paciente bosteza con frecuencia, presenta fatiga y se identifica presencia de ojeras.
- Presencia de arañas vasculares en ambos miembros inferiores.
- Paciente con dentadura incompleta cuenta con 15 dientes (refiere cepillado 2 veces al día).
- Refiere que siente haber perdido un poco de sensibilidad en los pies
- Uso de lentes desde hace 14 años por miopía, pero no lleva un control.
- No lleva a cabo los cuidados adecuados para su patología y acude al médico solamente si se siente muy mal.

- No tiene un régimen de tratamiento y cuidados adecuados.
- Se observa a la exploración paciente con palidez tegumentaria generalizada.
- Se observa fibromas péndulos en el cuello, sin ocasionar alguna alteración.
- Refiere que ha tenido perdida de dientes) a causa de la diabetes descontrolada hace aproximadamente 10 años.
- Refiere tener tratamiento con insulina NPH de acción intermedia de 10 unidades por las noches.
- Tomar metformina en las mañanas 500mg.
- Escala Hamilton **28** pts.
- Cuestionario sobre la salud del paciente –9 (PHQ) **21** pts.
- Inventario de Beck (BDI-2) **31** pts.
- Cuestionario de Montgomery-Asberg **28** pts.

Antecedentes quirúrgicos

- 1 cesárea

5.2 VALORACIÓN INICIAL Y CONTINUA (IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES).

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: M.Z.R **EDAD**: 58 AÑOS **SEXO**: MUJER **DIAGNÓSTICO MÉDICO:** DIABETES MELLITUS TIPO II **SERVICIO**: COMUNIDAD **DIRECCIÓN:** MANUEL J TELLO COL. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, VENUSTIANO CARRANZA 15670**TELÉFONO:**5557533304 **NOMBRE DEL / INFORMANTE:** R.P.Z **OCUPACIÓN DEL PACIENTE:** AMA DE CASA

VALORACIÓN POR NECESIDADES

1. Oxigenación

RESPIRATORIO								
FRECUENCIA RESPIRATORIA:18x[1]								
RITMO		***PROFUNDIDAD***		***TIPO***		**RUIDOS ANORMALES**		**OBSERVACIONES**
Normal	**X**	Superficial	**X**	Kusmaull		Crepitantes		Paciente con saturación de oxígeno de 92% sin apoyo ventilatorio, no presenta ninguna alteración.
Taquipnea		Profunda		Ortopnea		Broncoespasmo		
Bradipnea				Disnea		Sibilancias		
				Cheynes Stokes		Estertores		

CARDIACO				
FRECUENCIA CARDIACA: 84 x[1] PULSO:65 x[1] TENSIÓN ARTERIAL: 130/ 75 mmHg				
RITMO		***PULSO***		**OBSERVACIONES**
Taquicardia		Rebotante		A la exploración física encontramos a la paciente con una presión media de 93.3 mmHg**.** Se puede observar la presencia arañas vasculares en ambas extremidades inferiores sin referir dolor ni ardor**.**
Bradicardia		Taquisfignia		
Arritmia		Bradisfignia		
		Filiforme		

2. Nutrición e hidratación

Peso**: 67, 600** Peso ideal: **60 Kg** Talla:**1.55 m** Perímetro abdominal: **90 cm** IMC:**28.1 cm**

A perdido o ganado peso (cuanto): **Refiere haber perdido 6 kg en 3 meses, después de que su hijo falleciera** Complexión: Delgado: ____ Obesidad: **X** Caquéxico: _____ Otro: __

ALIMENTO

TIPO DE ALIMENTO / HORARIO / CANTIDADES	***OBSERVACIONES***
Blanda: _____ Normal: _**X**_ Papilla: _____ Astringente: _____ Laxante: _____ Suplementos: _____	Se observa que el paciente consume más alimentos alto en grasas (fritos, empanizados, etc., así mismo no lleva un control de apego a una dieta acorde a sus necesidades y padecimientos. De acuerdo con el IMC nos indica que se encuentra en sobrepeso Escala Hamilton **28** pts. Cuestionario sobre la salud del paciente –9 (PHQ) **21** pts. Inventario de Beck (BDI-2) **31** pts. Cuestionario de Montgomery-Asberg **28** pts Hemoglobina glucosilada 8%

LIQUIDOS

CANTIDAD DE LÍQUIDOS INGERIDOS AL DÍA:	***TIPO DE LIQUIDOS INGERIDOS***	**OBSERVACIONES**
< de 500ml 500 a 1000ml >de 1000ml	Agua natural: **600 ml** Agua de sabor	De acuerdo con la exploración física se encuentra mucosas orales deshidratadas. Refiere consumir al menos 2 vasos de agua

	natural**: 50 ml.** Té: **250 ml** Jugos: Refrescos: **500 ml** **Café**:**500 ml** Cerveza: Otros:	natural porque no le agrada el sabor. El paciente refiere tener sed durante el día. Paciente refiere tomar 1900 ml de líquido durante el día.

DATOS DIGESTIVOS	
Anorexia: ____ Náuseas: _____ Vómito: ____ Indigestión: ___ Hematemesis: __ Pirosis: __ Distensión abdominal: ___ Masticación dolorosa: ___ Disfagia: __ Polidipsia: __ Polifagia: _____ Polifagia: __ Odinofagia: __ Sialorrea: __ Regurgitación: _Otro:	**OBSERVACIONES** A la exploración física se encuentra abdomen blando depresible a la palpación, a la auscultación encontramos ruidos peristálticos abdominales normales con una glicemia capilar de 180 mg/dl en ayuno. Refiere tener gases. Escala Hamilton **28** pts Cuestionario de Montgomery-Asberg **28** pts

3. Eliminación

ELIMINACION INTESTINAL						
TIPO	*FRECUENCIA*	*CANTIDAD*	*COLOR*	*OLOR*	*CONSISTENCIA*	**OBSERVACIONES**
Fisiológica: **X** Forzada: _____	**3 veces al día.**	**200 gr.**	**Morrón**	**Fétido**	**Formada**	Durante la valoración la paciente solicita tiempo para acudir al baño y pudimos observar escala de Bristol de 3.
DATOS DE ELIMINACION INTESTINAL						
Estreñimiento: ____ Flatulencia: **X** Rectorragia: _____ Incontinencia: _____ Melena: _____ Pujo: ____Tenesmo: _____ Otros: _____						

ELIMINACIÓN URINARIA					
Tipo	***FRECUENCIA***	***CANTIDAD***	***COLOR***	***OLOR***	**OBSERVACIONES**

Fisiológica: **X** Forzada:	**5 veces al día**	**320 ml cada una.**	**Ámbar**	**Amoniaco**	Se observa orina concentrada y con olor amoniaco que nos refiere tener una posible deshidratación. Egresos de 1600 ml al día.
DATOS DE ELIMINACION URINARIA Nicturia**:** __Anuria: _____ Disuria: _____ Enuresis: _____ Incontinencia: _____ Poliuria: _____ Iscuria: _____ Oliguria: _ Opsiuria: _____ Polaquiuria: _____ Tenesmo: _____ Urgencia: _____ Otros: _					Sin observaciones

4. Moverse y mantener una buena postura

Realiza actividad física (tiempo, tipo frecuencia): **No** Se sienta (solo, con ayuda, con dispositivos): **Paciente totalmente independiente** Camina (solo, con ayuda, con dispositivos): **Solo**	**OBSERVACIONES** Durante la valoración la paciente es totalmente independiente, sin ayuda para moverse. Refiere no haber realizado ejercicio ninguna vez en su vida. Se observan arañas vasculares, sin dolor ni ardor en miembros inferiores.

5. Descanso y sueño

¿Cuántas horas duerme por la noche en casa?: **6 horas** ¿Siente descanso cuando duerme?: **No** ¿Toma siestas durante el día/ cuantas horas?: **6 hrs** ¿Toma algún medicamento para dormir? **No** ¿Presenta algún cambio de comportamiento antes de dormir o al despertar?: **No**	**OBSERVACIONES** Refiere dormir 6 horas no continuas ya que no puede conciliar el sueño de una manera adecuada desde que falleció su hijo, por las noches hay llanto, y refiere sentirse cúlpale y al levantarse refiere sentirse como no haber descansado adecuadamente. Perdida de su hijo el 8 de agosto del 2023, paciente con IRC, (se encontraba estable, ese día se empezó a sentir con dolor de cabeza cuando su mamá va por sus pastillas y regresa al lugar su hijo ya estaba inconsciente y sin pulso). Escala Hamilton **28** pts. Cuestionario sobre la salud del paciente –9 (PHQ) **21** pts. Inventario de Beck (BDI-2) **31** pts. Cuestionario de Montgomery-Asberg **28** pts
CARACTERÍSTICAS	
Insomnio: **X** Bostezos frecuentes: _**X**_ Se observa cansado: _**X**_ Presenta ojeras: __**X**__ Ronquidos: __**X**__ Somnoliento: __**X**_ Irritabilidad: _X__ Otros:	

6. Uso de prendas de vestir adecuadas

¿Cada cuando hace el cambio de ropa interior y exterior? **5 veces a la semana** Necesita ayuda para vestirse: **No necesita ayuda** Tipo de ropa preferida: **Pantalón de vestir, blusas holgadas, zapatos cómodos.**	**OBSERVACIONES** Sin observaciones

7. Termorregulación

Temperatura corporal: **36.3°C** Axilar: x Frontal: _____ Otica: _____ Oral: ___ Rectal: _____ Escalofríos: _____ Piloereccion: _____ Diaforesis: _____ Hipotermia: _____ Hipertermia: ___ Distermias: ____ Fiebre: _____ Rubicundez facial: _____ Otros: _	**OBSERVACIONES** Mantiene una adecuada termorregulación.

PREDOMINIO DE CAMBIOS TÉRMICOS	**HABITACIÒN**	
Matutino: **36° C** Vespertino: **36.3°C** Nocturno: **36.5°C**	Fría: __ Húmeda: ___: Templada: **X** Ventilada**: X** Poco ventilada: Otros: ____	Refiere tener calor la mayoría de las veces en las noches.

8. Higiene y protección de la piel

HIGIENE PERSONAL	
BAÑO. Regadera: **X** Tina: _____ Esponja: _____ Aseos parciales: Aseos de cavidades: _____ FRECUENCIA DEL BAÑO. Diario: ____ *Tres veces a la semana:* ____ *1 vez a la semana:* _____*Otro*: **5 veces a la semana**	**OBSERVACIONES** Se observa mucosas orales deshidratadas. Cuenta con 15 dientes Del 22 al 27 se encuentran con caries (incisivo lateral). Paciente refiere que ha tenido perdida de dientes) a causa de la diabetes descontrolada hace aproximadamente 10 años Paciente refiere cepillarse los dientes 2 vez al día, al despertar y al dormir.
MUCOSA ORAL	
Seca: _X_ Hidratada: _____ Estomatitis: _____ Caries: _**X**_ Gingivitis: _____ Ulceras: _____ Aftas: _____ Sialorrea: _____ Xerostomía: _____ Flictenas: _____ Halitosis: _____ Características de la lengua: _Otros: _	
DIENTES	
Frecuencia del lavado: 1 vez al día: _ 2 veces al día: **X**_ 3 veces al día: Cantidad de dientes: **15** Características de los dientes:	

Amarillos: _____ Blancos: _____ Picados: _**X**_ Sarro: Caries**: X** Otros:	

PIEL	
COLORACIÓN: Palidez: _**X**__ Cianosis: _____ Ictericia: _____ Rubicundez: _____ Cloasma: _____ Melasma: _____ Angiomas: _____ Manchas: _____ Rosado: _____ Grisácea: _____ Apiñonada: _____ Morena clara: _____ Morena intensa: _____ Morena media: **X** Hiperpigmentación: _	***OBSERVACIONES*** Se observa a la exploración paciente con palidez tegumentaria generalizada. Se observa verrugas en cuello. Refiere que en ocasiones no tiene sensibilidad en los pies. Presencia de arañas vasculares en ambos miembros inferiores sin referir dolor o ardor.
TEMPERATURA. Fría: _____ Caliente: _____ Tibia: _**X**_ Otras: _____	
TEXTURA. Edema: _____ Celulitis: __**X**_ Áspera: _____ Turgente: _____ Escamosa: _____ Lisa: _____ Seca: _**X**_ Agrietada: _**X**_ Otras: _____	
ASPECTO Y LESIONES. Maculas: _____ Pápulas: _____ Vesículas: _____ Pústulas: _____ Nódulos: ____ Ulceras: _____ Erosiones: _____ Fisuras: _____ Costras: _____ Red venosa: _____ Escaras: _____ Tubérculos: _____ Eritema: _____ Callosidades: _____ Isquemias: _____ Nevos: _____ Tatuajes: _____ Prurito: _____ Petequias: _____ Equimosis: _____ Hematomas: _____ Masas: _____ Verrugas: _**X**_ Signos de maltrato: _____ Quemaduras: _____ Infiltración: _____ Ronchas o habones: _____ Otros:	

UÑAS *Coloración y características*	
Quebradizas: _____ Micosis: _____ Onicofagia: _____ Bandas Blancas: **X** Amarillentas: _____ Cianóticas: _____ Estriadas: _____ Convexas: Coiloniquia: _____ Leuconiquia: _____ Grisáceas: _____ Hemorragias subungueales: _____ Deformadas: _____ Rosadas: _____ Otras: _	**OBSERVACIONES** Refiere que las uñas le crecen muy lentamente.

CABELLO	
Largo**: X** Corto: _____ Lacio: _____ Quebrado o chino: **X** **Limpio**: **X** Sucio: _____ Desalineado: _____ Seborreico: _____ Fácil desprendimiento: _____ Alopecia: _____ Distribución: _____ Implantación: _____ Zooriasis: _____ Pediculosis: _____ Quebradizo: _Caspa: _____ Otro: ___	**OBSERVACIONES** Se observa el cabello limpio y largo.

OJOS	**OBSERVACIONES**
Simetría: **X** Asimetría: _____ Tumores: _____ Hemorragias: _____ Separación ocular: _____ Edema palpebral: ____ Secreción: ____ Ojeras: **X** Tics: _____ Dolor: _____ Estrabismo: _____ Pestañas integras o lesionadas: _____ Exoftalmos: ____ Enoftalmos: ____ Fosfenos: _____ Uso de lentes: **X**	Uso de lentes desde hace 14 años por miopía y sin control de oftalmología. Presencia de ojeras por no tener descanso adecuado.

OÍDOS	
Dolor: _____ Cerumen: _____ Otorrea: _____ Edema: _____ Auxiliares auditivos: _____ Deformidades: _____ Hipoacusia: _____ Acusia: _____ Acufenos: ______	**OBSERVACIONES** Sin observaciones

OTROS DATOS QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA	
Riesgos físicos / materiales: Riesgos ambientales: Ninguno Riesgos familiares: Ninguno	**OBSERVACIONES** Sin observaciones

9. Evitar peligros

DATOS PERSONALES Y DOMÉSTICOS	
Esquema de vacunación. Completo: **X** Incompleto: _____ Adicciones (cuales, tiempo de uso y frecuencia): Ninguna Cuando existe algún malestar usted hace. Ir al médico: _____ Tomar un medicamento que este en casa: **X** Número de personas con las que vive y parentesco:**7 personas** **1 hermana, 3 hijos, 2 nietos, 1yerno** Convive con animales (cuales y cuantos**): 1 perro** En cada hay fauna nociva o domestica: **No** En casa hay fumadores (parentesco, frecuencia): **2 hijos, fuman 5 cigarros diarios** En casa hay farmacodependientes y alcoholismo**: No** ¿Qué tipo de servicios tiene en casa? (agua, luz, drenaje, recolección de basura): **Agua potable, Luz, Teléfono, Internet, Cable, recolección de basura, drenaje.**	**OBSERVACIONES** La paciente refiere tener diabetes mellitus desde hace 10 años sin control médico adecuado. Refiere tener tratamiento con insulina NPH de acción intermedia de 10 unidades por las noches. Tomar metformina en las mañanas 500mg. Refiere no siempre tener apego a sus medicamentos. Paciente refiere automedicación en caso de presentar alguna molestia.

ESTADO NEUROLÓGICO	
Alerta: **X** Orientado (tiempo, espacio, lugar): **X** Confusión: Parálisis: _____ Hemiplejia: _____ Movimientos anormales: _ Hipervigilia: _____ Hemiparesia: _____ Parestesia: _Dislalia: _____ Dislalia: _____ Hiperactividad: _____ Déficit de atención: _____ Agresividad: _____ Letárgico: _____ Excitabilidad motriz: _____ Alucinaciones: _____ Fobias: _____ Otros: _____	**OBSERVACIONES** A la exploración se encuentra con Glasgow de 15.

10. Comunicación

Pertenece a un grupo social: **Refiere no pertenecer a ningún grupo social.** Medios de comunicación frecuentes (auditivas, electrónicas, telefónicas etc.): **Electrónicas y auditivas**	
HABLA	
TIPO DE COMUNICACIÓN Oral: X Escrita: _____ Señas: _____ Visual: _____ TIPO DE HABLA: Entendida: **X** Poco clara: _____ Incompleta: _____ Incoherente: _____ Pausado: _____ Tartamudeo: _____ Balbuceo: _____ Dislexia: _____ Afasia: _____ Dislalia: _____ Dialecto: _____	**OBSERVACIONES** Refiere en ocasiones no querer hablar con las personas que la rodean. De acuerdo con la escala de Escala Hamilton **28** pts. Cuestionario sobre la salud del paciente –9 (PHQ) **21** pts. Inventario de Beck (BDI-2) **31** pts. Cuestionario de Montgomery-Asberg **28** pts.

11. Vivir según sus creencias y valores

Religión que practica y frecuencia de asistencia**: católica** Valores que se consideran importantes: **Respeto y honestidad** ¿Cómo influye su religión o creencia en su vida?:**No influye** ¿Cómo influye su religión en el proceso de enfermedad?: **En los últimos meses se ha vuelto un refugio**	**OBSERVACIONES** Refiere que los últimos meses ir a la iglesia le hace sentir bien que tiende a ir todos los domingos a misa, y

	realizarle cada mes su respectiva misa a su hijo difunto.

12. Trabajar y realizarse

PERSONALIDAD	
Alegre: _____ Tímido: X Violento: _____ Sarcástico: _____ Noble: _____ Pasivo: **X** Hiperactivo: ____ Enojo: ____ Impulsivo: ____ Retador: _____ Superioridad: _____ Inferioridad: Otro: **Triste**	**OBSERVACIONES** Refiere que desde su perdida le cuesta trabajo interactuar con las demás personas, es muy tranquila y también refiere sentirse triste cuando están todos sus familiares reunidos. Escala Hamilton **28** pts. Cuestionario sobre la salud del paciente –9 (PHQ) **21** pts. Inventario de Beck (BDI-2) **31** pts. Cuestionario de Montgomery-Asberg **28** pts

TRABAJO / OFICIO / TIPO DE TRABAJO (eventual, base, etc.)	
Ingreso económico mensual: ¿La enfermedad causado problemas emocionales, laborales, económicos y familiares? **Si** ¿Conoce o conoces los cuidados que se deben tener para la enfermedad? ¿Cuáles?: **Si, Alimentación (prohibición de azucares, líquidos, café),descanso y tomar terapia psicológica.**	**OBSERVACIONES** Refiere que el proceso por el que está pasando le ha causado un poco de conflicto en ocasiones ya que no se siente emocionalmente bien para realizar sus actividades de la vida cotidiana como solía hacerlo.

13. Participación en actividades recreativas

¿Realiza o quisiera realizar algún deporte?: **No** ¿Qué le gusta hacer en sus tiempos libres?: **Tejer** ¿Cuánto tiempo dedica a su persona?: Ninguno ¿Cuánto tiempo dedica a distraerse y en qué actividad?: **No**	**OBSERVACIONES** Paciente refiere que desde que su hijo falleció no tiene ganas de realizar las actividades que solía hacer. Muestra apatía. Escala Hamilton **28** pts. Cuestionario sobre la salud del paciente –9 (PHQ) **21** pts. Inventario de Beck (BDI-2) **31** pts. Cuestionario de Montgomery-Asberg **28** pts.

14. Aprendizaje

ESCOLARIDAD	
Escolaridad del paciente: **Secundaria** Escolaridad de los padres (si el paciente es dependiente): ¿Qué le gustaría estudiar?: **No** ¿Qué le gustaría aprender?: **Realizar más cosas** de tejido	**OBSERVACIONES** Actualmente la paciente desde que falleció su hijo no asiste a sus clases de cerámica y tejido

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	
¿Sabe cuál es su estado de salud actual?: Bueno _____ Malo: __ Regular: **X**_ No se: _____ Se ha tomado estudios de laboratorio: Si: _____ No: _**X** Cuales: _____ ¿Cuántas veces al año acude al médico general?: **5** ¿Cuántas veces al año acude al dentista?: **0** ¿La información que ha recibido ha sido clara, confusa, completa, insuficiente?: **Clara**	**OBSERVACIONES** Conoce los cuidados, pero no los lleva a cabo. Paciente solo acude a medico al menos que se sienta mal Se observa que el paciente no tiene un régimen de tratamiento y cuidados adecuados. No tiene un apego a su tratamiento médico. No tiene una perspectiva sobre su padecimiento. No cuenta con la información suficiente sobre la enfermedad y consecuencias.

15. Sexualidad y reproducción

MUJER	
Edad de la menarca: **11 años** Ritmo, flujo, de menstruación: cada **28 días** Dismenorrea: **X** Fecha de última menstruación: **Cuando cumplió 50 años** Higiene de zona intima (frecuencia, uso de sustancias etc.): **No** utiliza ninguna sustancia ¿Se ha realizado Papanicolaou y cuando fue la última vez?: **tiene 5** años que lo realizo ¿Cuáles han sido sus resultados y tratamientos?: **No acudió por sus resultados** ¿Se ha realizado mastografía y cuando fue la última vez?: **No** ¿Sabe realizarse la exploración de mama?: **Si** ¿Cuál es su método de planificación familiar?: Ninguno	**OBSERVACIONES** Refiere no haber acudido por sus resultados de Papanicolaou.

¿Cuándo inicio la menopausia?: **51 años** Numero de gestaciones: **4** Número de partos: **3 Número de cesáreas: 1** Número de abortos :0 Todos sus hijos viven: **No** ¿Tiene antecedentes de cirugía genital?: **No**	

5.3 DISEÑO Y PRIORIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERÍA
5.Descanso y Sueño	-Bostezos frecuentes Se observa cansada Presenta ojeras Somnolienta Irritabilidad Escala Hamilton **28** pts. -Cuestionario sobre la salud del paciente –9 (PHQ) **21** pts. -Inventario de Beck (BDI-2) **31** pts. -Cuestionario de Montgomery y Asberg **28** pts.	-Refiere dormir 6 horas no continuas ya que no puede conciliar el sueño. -Por las noches hay llanto. -Refiere sentirse culpable -Refiere no haber descansado adecuadamente. Insomnio Ronquidos	**Etiqueta diagnóstica:** **00301** Duelo Inadecuado **Patrón:** 10 Afrontamiento - tolerancia al estrés **Dominio:**09 Afrontamiento/ tolerancia al estrés **Clase:**02 Respuestas de afrontamiento **Etiqueta diagnóstica:** **00241** Deterioro de la regulación del estado de ánimo. **Patrón:** 10 Afrontamiento - tolerancia al estrés **Dominio:** 09 Afrontamiento/ tolerancia al estrés **Clase:**02 Respuestas de afrontamiento.	**Fuerza** **Conocimiento** **Voluntad X**	**Sustituta** **Ayudante** **Compañera X**

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERÍA
9.Trabajar y realizarse	Escala Hamilton **28** pts. Cuestionario sobre la salud del paciente –9 (PHQ) **21** pts. Inventario de Beck (BDI-2) **31** pts. Cuestionario de Montgomery-Asberg **28** pts.	Refiere que el proceso por el que está pasando le ha causado un poco de conflicto en ocasiones ya que no se siente emocionalmente bien para realizar sus actividades de la vida cotidiana como solía hacerlo.	**Etiqueta diagnóstica: 00119** Baja autoestima crónica **Patrón:7** Autopercepción-auto concepto **Dominio**:06 Autopercepción	**Fuerza** **Conocimiento** **Voluntad X**	**Sustituta** **Ayudante** **Compañera X**

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERÍA
10.**Comunicación**	-De acuerdo con la escala de Escala Hamilton **28** pts. -Cuestionario sobre la salud del paciente –9 (PHQ) **21** pts. -Inventario de Beck (BDI-2) **31** pts. -Cuestionario de Montgomery-Asberg **28** pts.	Refiere en ocasiones no querer hablar con las personas que la rodean. Refiere no pertenecer a ningún grupo social.	**Etiqueta diagnóstica:** **00052** Deterioro de la interacción social **Patrón:** 8 Rol/Relaciones **Dominio**:07 Relación de roles **Clase:** 03 Desempeño de roles	**Fuerza** **Conocimiento** **Voluntad X**	**Sustituta** **Ayudante** **Compañera X**

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERÍA
2. Nutrición	Se observa que el paciente consume más alimentos alto en grasa De acuerdo con el IMC 28.1 nos indica que se encuentra en sobrepeso Escala Hamilton **28** pts. Cuestionario sobre la salud del paciente –9 (PHQ) **21** pts. Inventario de Beck (BDI-2) **31** pts. Cuestionario de Montgomery-Asberg **28** pts.	Refiere no llevar un control de alimentación de acuerdo con sus necesidades Refiere haber bajado por lo menos 2 tallas en 3 meses.	**Etiqueta Problema, Etiología y Síntoma (PES):** Nivel de glucemia inestable **Etiqueta diagnostica:** **00233** Exceso de peso **Patrón: 2** Nutricional-metabólico **Dominio:** 2 Nutrición **Clase:** 1 Indigestión	**Fuerza** **Conocimiento** **Voluntad X**	**Sustituta** **Ayudante** **Compañera X**

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVO	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERÍA
1.Oxigenación	FR: 18x[1] Saturación: 92 % -FC: 84 x[1] Pulso: 65 x[1] -Tensión Arterial:130/75 mmHg -Presión media de 93.3e mmHg**.** Se puede observar la presencia de arañas vasculares en ambas extremidades inferiores**.** Llenado capilar: 3seg	Refiere ardor en miembros inferiores.	**Etiqueta diagnóstica**: **0086** Riesgo de disfunción neurovascular periférica. **Patrón:** 4 Actividad – ejercicio **Dominio:** 11 Seguridad/protección **Clase:** 02 Lesión física	**Fuerza** **Conocimiento** **Voluntad X**	**Sustituta** **Ayudante** **Compañera X**

5.4 PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DOMINIO:09 Afrontamiento/ tolerancia al estrés **CLASE:** 02 Respuestas de afrontamiento	**DOMINIO:** 3 Salud psicosocial **CLASE:** M Bienestar psicológico			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: **ETIQUETA:00301 Duelo Inadaptado** **FACTOR RELACIONADO** Alteración emocional excesiva, dificultad para tratar con concurrentes, vinculación evitativa. **CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:** Disminución del desempeño de roles de la vida, síntomas depresivos, fatiga, expresa sentimientos de vacío, no aceptación de una muerte, recuerdos dolorosos persistentes, autoculpabilización.	**RESULTADO ESPERADO: 1208** Nivel de depresión **ESCALA LIKERT:** **1.Nunca demostrado.** **2.Raramente demostrado.** **3.A veces demostrado.** **4.Frecuentemente demostrado.** **5.Siempre demostrado.**			
		PUNTUACIÓN DIANA		
EVALUACION GENERAL DEL DIAGNOSTICO	**INDICADORES**	**NOV-2023**		**ABRIL-2024**
		MANTENER EN	**AUMENTAR EN**	**LOGRADO**
De acuerdo con las intervenciones realizadas la paciente presenta una mejora de la depresión, se nota que tiene más ánimo y ha tomado el interés en realizar actividades de la vida cotidiana como es preparar de comer, acudir al súper por la despensa.	• 120801 Estado de ánimo deprimido	**1**	**3**	**2**
	• 120802 Pérdida del interés por actividades	**1**	**3**	**2**
	• 120804 Concentración alterada	**1**	**3**	**2**
	• 120805 Expresión de culpa inapropiada o excesiva	**1**	**3**	**2**
	• 120806 Fatiga	**1**	**3**	**2**
	• 120809 Insomnio	**1**	**3**	**2**

DOMINIO: 03 Conductual **CLASE:** R Ayuda para el afrontamiento **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5290** Facilitar el duelo	
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	**RAZONAMIENTO CIENTIFICO**
1. Identificar la perdida 2. Ayudar al paciente a identificar la reacción inicial a la pérdida. 3. Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida. 4. Escuchar las expresiones de duelo 5. Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida, tanto pasados como actuales. 6. Realizar afirmaciones empáticas sobre el duelo. 7. Explicar las fases del proceso de duelo, según corresponda. 8. Apoyar la progresión a través de los estadios personales de duelo. 9. Animar al paciente a implementar costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas con la pérdida.	En el sistema nervioso central, la serotonina juega un papel fundamental en la modulación del estado de ánimo y el comportamiento, la memoria y el aprendizaje, la regulación del sueño y la función sexual, entre otras funciones. La interrupción del equilibrio de la serotonina en el cerebro se ha relacionado con una variedad de trastornos neuropsiquiátricos, incluyendo la depresión.[77] La serotonina, químicamente conocida como 5-hidroxitriptamina (5-HT), es un neurotransmisor que desempeña un papel crucial en múltiples sistemas y funciones del cuerpo humano. Este compuesto bioquímico está presente en el cerebro, los intestinos y las plaquetas sanguíneas y contribuye a regular funciones tan variadas como el estado de ánimo, la digestión, el sueño, la función sexual, la temperatura corporal y más.

[77] Qué es serotonina. Diccionario médico. Clínica U. Navarra [Internet]. https://www.cun.es. [citado el 1 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/serotonina

DOMINIO: 1 Fisiológico - básico **CLASE:** F Facilitación del autocuidado **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 1850** Mejorar el sueño	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	**RAZONAMIENTO CIENTÍFICO**
1. Determinar el patrón del sueño/vigilia del paciente 2. Incluir ciclo regular del sueño de sueño/vigilia del paciente 3. Explicar la importancia del sueño adecuado durante las situaciones de estrés psicosocial etc. 4. Observar/ registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente. 5. Comprobar el patrón del sueño del paciente y observar las circunstancias físicas y/o psicológicas que interrumpen el sueño. 6. Enseñar al paciente a controlar los patrones del sueño.	El descanso y el sueño son necesidades fisiológicas que han sido manejadas análogamente. El descanso es sinónimo de reposo o relajación, y es un estado de quietud e implica la liberación de tensión emocional y molestias físicas. El sueño, principal forma de descanso, es la suspensión normal periódica de los procesos integrativos (consciencia y vida de relación) por la interrupción de estímulos aferentes sensoriales y eferentes motrices. Para las personas que padecen un proceso de enfermedad la necesidad de descanso y sueño aumenta, pues la situación patológica implica un gasto extra de energía. La enfermedad, con las preocupaciones que conlleva, en muchas ocasiones influye sobre el patrón descanso-sueño, alterándolo.[78] Al mejorar el sueño el usuario recuperara la energía perdida en la realización de las actividades diarias, para poder mantener la salud. En el periodo de sueño se produce una alteración del estado de conciencia del que se puede despertar el sujeto en cualquier momento y que tiene lugar de forma periódica.

[78] Medina Cordero A., Feria Lorenzo D.J., Oscoz Muñoz G.. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Enferm. glob. [Internet]. 2009 Oct [citado 2024 Abr 15] ; (17). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005&lng=es.

DOMINIO:09 Afrontamiento/ tolerancia al estrés **CLASE:** 02 Respuestas de afrontamiento	**DOMINIO:** 3 Salud psicosocial **CLASE:** M Bienestar psicológico
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: **ETIQUETA:00241 Deterioro de la regulación del estado de ánimo.** **FACTOR RELACIONADO:** Aislamiento social, cambio en el apetito, cambios en el patrón del sueño, cambios en el sueño, cambios en el peso. **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:** Actitud triste, autoestima afectada, culpa excesiva, desesperanza, irritabilidad.	**RESULTADO ESPERADO: 1204** Equilibrio emocional **ESCALA LIKERT:** **1.Nunca demostrado.** **2.Raramente demostrado.** **3.A veces demostrado.** **4.Frecuentemente demostrado.** **5.Siempre demostrado.**

EVALUACION GENERAL DEL DIAGNOSTICO	**INDICADORES**	**PUNTACION DIANA**		
		NOV-2023		**ABRIL 2024**
		MANTENER EN	**AUMENTAR EN**	**LOGRADO**
La paciente ha logrado con las intervenciones aplicadas, ya no estar tan aislada de su núcleo familiar porque tiene más convivencia con todos, tener una mejora en el descanso y sueño, lo cual le ha generado tener esperanza en vivir y un estado de ánimo menos irritable.	120401 Muestra un afecto adecuado a la situación	**1**	**3**	**2**
	120402 Muestra un estado de ánimo sereno	**1**	**3**	**2**
	120404 Refiere dormir de forma adecuada	**1**	**3**	**2**
	120808 Mantiene peso estable	**1**	**3**	**2**
	120809 Muestra interés por lo que lo rodea	**1**	**3**	**2**

CAMPO: 03 Conductual **CLASE:** R Ayuda para el afrontamiento **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:5330** Control del estado de animo	
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	**RAZONAMIENTO CIENTIFICO**
1. Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento. 2. Administrar cuestionarios auto cumplimentados (inventarios de depresión Beck, escalas de estado funcional), según corresponda. 3. Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que lo rodean de riesgos de daños físicos. 4. Vigilar el estado físico del paciente (peso corporal e hidratación). 5. Ayudar a que el paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia. 6. Animar al paciente a que adopte un papel activo en el tratamiento y la rehabilitación, según corresponda.	El sistema límbico es un conjunto de estructuras cerebrales que responden a ciertos estímulos ambientales produciendo respuestas emocionales; como: miedo, alegría, enojo o tristeza. Aunque dichas emociones han sido consideradas características únicas del humano**.** El mecanismo por el cual este sistema regula las emociones y cómo los seres humanos reconocen y comparten las mismas (empatía). La descripción de los generadores de patrones centrales, como estructuras anatómico-funcionales conservadas evolutivamente, sugiere su participación en la regulación de varias actividades, incluidas las emociones y la empatía.[79] Las emociones mandan señales a las personas, quienes tienen que desplegar algunas conductas adaptativas, evidentemente, todos los sistemas del sujeto se ponen en activación para dar la respuesta correspondiente. Las emociones pueden llegar a desgastar a la persona, ya que el cambio fisiológico de la emoción es provocado por la segregación de

[79] Redalyc.org. [citado el 22 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/1339/133912609008.pdf

	hormonas, como la adrenalina, que excitan el cuerpo, le ponen en alerta y generan respuestas específicas, a nivel interno y externo. Internamente hay respuestas involuntarias (orgánicas) como alteraciones de la frecuencia cardíaca o la presión de la sangre; pasado el estado de alerta, el organismo regresa a los sistemas y órganos internos a su funcionamiento habitual. Las reacciones o respuestas fisiológicas ligadas a la emoción son producto de la actividad involuntaria del sistema nervioso autónomo, la rama simpática prepara al cuerpo para las emergencias, activa algunos sistemas corporales e inhibe temporalmente a otros, para que la persona esté preparada y de una respuesta ante la situación que se vive como una amenaza.[80]

[80] Tínez IBM. LA IMPORTANCIA DEL MANEJO DE LAS EMOCIONES PARA EL SER HUMANO [Internet]. Edu.mx. [citado el 17 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.lasallebajio.edu.mx/revistas/exlege/pdf_1/exlege_01_art_03-irma_briseno.pdf

DOMINIO: 6 Autopercepción **CLASE:** 2 Autoestima	**DOMINIO**: 03 Salud psicosocial **CLASE:** M Salud psicosocial
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: **ETIQUETA:**00119 **Baja autoestima crónica** **FACTOR RELACIONADO:** Adaptación ineficaz a la perdida Afecto recibido inadecuado **CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:** Culpabilidad, Conducta no asertiva, Exageración de la retroalimentación negativa sobre sí mismo, rechazo a la retroalimentación positiva sobre sí mismo, subestimación de su habilidad para gestionar la situación**.**	**RESULTADO ESPERADO:** 1310 Resolución de la culpa **ESCALA LIKERT:** **1.Nunca demostrado.** **2.Raramente demostrado.** **3.A veces demostrado.** **4.Frecuentemente demostrado.** **5.Siempre demostrado.**

		PUNTACION DIANA		
EVALUACION GENERAL DEL DIAGNOSTICO	**INDICADORES**	**NOV-2023**		**ABRIL-2024**
		MANTENER EN	**AUMENTAR EN**	**LOGRADO**
La paciente no logra tener una adaptación a la perdida, así mismo tiene un pensamiento de culpabilidad por lo sucedido, se ha visualizado un cambio mínimo en el control de sus sentimientos y empieza compartir sus sentimientos con personas de su núcleo.	131001 Expresa las causas de la culpa	**1**	**3**	**1**
	131002 Identifica los sentimientos de culpa	**1**	**3**	**1**
	131003 Controla la intensidad de los sentimientos	**1**	**3**	**1**
	131005 Expresa el significado personal de la culpa	**1**	**3**	**1**
	131009 Comparte sentimientos de culpa con personas significativas	**1**	**3**	**1**

CAMPO: 3 Conductual **CLASE:** R ayuda para el afrontamiento **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5270** Apoyo emocional	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	**RAZONAMIENTO CIENTÍFICO**
1. Comentar la experiencia emocional con el paciente **2.** Realizar afirmaciones empáticas de apoyo **3.** Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo **4.** Ayudar al paciente a reconocer sus sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza **5.** Proporcionar apoyo durante la negación, la ira, negociación y aceptación de las fases del duelo **6.** Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional **7.** Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad	El apoyo emocional facilita a afrontar mejor la enfermedad por parte de los pacientes, ya que permite conocer las fases de adaptación que se producen en una enfermedad de larga duración, y ofrece recursos para contrarrestar los pensamientos y emociones negativas.[81] La comprensión adecuada de esas manifestaciones posibilita identificar cómo el paciente percibe la enfermedad, el proceso de hospitalización y el tratamiento, además de propiciarle seguridad. Para desarrollar un apoyo emocional de cualidad, es necesario que los profesionales de salud sean buenos oyentes, atentos y dispuestos a tocar y confortar los pacientes. Sin embargo, la ausencia de una definición clara de lo que es apoyo emocional se refleja en la práctica asistencial, haciendo al cuidado esencialmente instrumental en detrimento de los aspectos psicosociales y emocionales que permean la relación enfermero-paciente.

[81] El apoyo emocional, vital para el progreso de pacientes con enfermedades crónicas oculares [Internet]. retinosis.org. 2013 [citado el 17 de abril de 2024]. Disponible en: https://retinosis.org/el-apoyo-emocional-vital-para-el-progreso-de-pacientes-con-enfermedades-cronicas-oculares/

	El apoyo emocional debe ser comprendido como una forma de cuidado, cuyo objetivo principal es ofrecer confort, atención y bienestar al paciente. Por tanto, la atención dispensada debe ser integral, considerando la totalidad y la complejidad del ser humano, abarcando tanto la dimensión física cuanto la psicológica y asociando el cuidado instrumental (medicación, curativos, higiene entre otros) al cuidado expresivo, que engloba el aspecto psicosocial, el relacionamiento y el apoyo emocional. Teniendo en cuenta que la promoción del apoyo emocional ha alcanzado resultados positivos en el proceso de recuperación de los pacientes, los cuidados instrumentales y expresivos deben caminar juntos y complementarse, de esta forma reducir o inclusive sanar el sufrimiento físico y psíquico provocado por el proceso de enfermedad e internación hospitalaria[82]

[82] importancia del apoyo emocional al paciente - Google Search [Internet]. Google.com. [citado el 17 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=importancia+del+apoyo+emocional+al+paciente&oq=importancia+del+apoyo+&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUqDAgBEAAYFBiHAhiABDIGCAAQRRg5MgwIARAAGBQYhwIYgAQyBwgCEAAYgAQyBwgDEAAYgAQyBwgEEAAYgAQyBwgFEAAYgAQyBwgGEAAYgAQyBwgHEAAYgAQyBwgIEAAYgAQyBwgJEAAYgATSAQkyMTY2OWowajeoAgiwAgE&sourceid=chrome&ie=UTF-8

CAMPO: 3 Conductual **CLASE:** R Ayuda para el afrontamiento **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5310** Dar esperanza	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	**RAZONAMIENTO CIENTÍFICO**
1. Informar al paciente acerca de la situación actual constituye un estado temporal 2. Ampliar el repertorio de mecanismo de afrontamiento del paciente 3. Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual 4. Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos 5. Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad del paciente). 6. Proporcionar al paciente la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible.	Dar esperanza es una actitud o un estado de ánimo realista pero optimista, la creencia de que un cambio positivo es posible y la voluntad de establecer y trabajar para conseguir objetivos. Tener esperanza es crucial a la hora de establecer objetivos y tomar decisiones (autogestión), mejora las relaciones sociales y otros logros, como la escuela o el trabajo, y es esencial para alcanzar la satisfacción vital, incluida la salud mental y física. La esperanza está vinculada a la fuerza de voluntad mental y a la consecución de objetivos, a los logros laborales y académicos y a la mejora de las relaciones. La esperanza nos ayuda a afrontar la pérdida, el estrés y otros retos y mejora la salud mental y física. La esperanza puede reducir la depresión, la ansiedad, los ataques de pánico, las enfermedades crónicas, el riesgo de cáncer e incluso conducir a una vida más larga y feliz.[83]

[83] La Ciencia de la Esperanza [Internet]. Naciones Unidas: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. [citado el 18 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.unodc.org/unodc/es/listen-first/super-skills/hope.html

DOMINIO:07 Relación de roles **CLASE:** 03 Desempeño de roles	**DOMINIO:** 3 Salud psicosocial **CLASE:** M Bienestar psicológico
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: **ETIQUETA:00052 Deterioro de la interacción social** **FACTOR RELACIONADO:** Auto concepto alterado, síntomas depresivos, Duelo inadaptado. **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:** Expresa dificultan para funcionar socialmente, Expresa dificultad para desempeñar roles sociales, Bajos niveles de actividades sociales, Interacción mínima con los demás	**RESULTADO ESPERADO:** 1203 Severidad de la soledad **ESCALA LIKERT:** **1.Nunca demostrado.** **2.Raramente demostrado.** **3.A veces demostrado.** **4.Frecuentemente demostrado.** **5.Siempre demostrado.**

		PUNTUACIÓN DIANA		
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNOSTICO	**INDICADORES**	**NOV-2023**		**ABRIL-2024**
		MANTENER EN	**AUMENTAR EN**	**LOGRADO**
La paciente presenta una mejoría en relación con la interacción social ya que se involucra con su entorno social, comunicándose y expresando su interés por la vida, aunque no ha sido totalmente favorable, se determina que es importante concientizar a la paciente en insertarse a una actividad social constante.	120304 Sensación de desesperanza	**1**	**3**	**2**
	120306 Sensación de pérdida debido a la separación de otra persona	**1**	**3**	**2**
	120307 Sensación de aislamiento social	**1**	**3**	**2**
	120325 Depresión	**1**	**3**	**2**

CAMPO: 3 Conductual **CLASE**: Q Potenciación de la comunicación **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**: **5100** Potenciación de la socialización	
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	**RAZONAMIENTO CIENTIFICO**
1. Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas. 2. Animar al paciente a desarrollar relaciones 3. Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. 4. Fomentar las sociales y comunitarias. 5. Fomentar el compartir los problemas comunes con los demás. 6. Fomentar la sinceridad al presentarse a los demás. 7. Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos.	El duelo puede proporcionar información sobre cómo funciona este proceso a nivel emocional, cognitivo y fisiológico. Esto puede ayudar a las familias a comprender mejor lo que están experimentando sus seres queridos en duelo y a normalizar sus reacciones. Al comprender que el duelo es un proceso natural que puede implicar una amplia gama de emociones, la familia puede ofrecer un apoyo más compasivo y comprensivo. La comprensión del duelo puede ayudar a las familias a fomentar la resiliencia en los seres queridos en duelo al proporcionarles información sobre cómo adaptarse y encontrar un sentido de significado y propósito después de la pérdida. El apoyo familiar en el proceso de duelo al proporcionar una comprensión más profunda y basada en evidencia de las experiencias y necesidades de los seres queridos en duelo, lo que puede mejorar la calidad y efectividad del apoyo ofrecido. El apoyo social, emocional y material que se recibe facilita las tareas

	a realizar en el proceso de duelo que termina con la aceptación de la nueva realidad y la reconstrucción del sentido de vida que amplía la capacidad de establecer nuevos vínculos. Las redes de apoyo social propician sentimientos de pertenencia, refuerzan la autoestima, ayudan a manejar las emociones ante la muerte, identifican en qué fase del duelo se encuentra la persona, permiten dar apoyo oportuno y estimulan la expresión de sentimientos de tristeza y temor ante el futuro.[84]

[84] Schachner A. La importancia de contar con una red de apoyo al enfrentar un duelo - Valles Unidos Cementerio [Internet]. Valles Unidos Cementerio - Opciones de sepulturas y cremación para adaptarse a sus necesidades. Valles Unidos Cementerio; 2023 [citado el 17 de abril de 2024]. Disponible en: https://vallesunidos.cl/red-de-apoyo/

CAMPO:3 Conductual **CLASE**: R Ayuda para el afrontamiento **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5390** Ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas.	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	**RAZONAMIENTO CIENTÍFICO**
1. Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos. 2. Ayudar al paciente a identificar los valores que contribuyen al auto concepto. 3. Ayudar al paciente a identificar los sentimientos habituales que tiene de sí mismo. 4. - Facilitar la identificación por parte del paciente de sus formas de respuesta habituales a diversas situaciones 5. Ayudar al paciente a identificar los sentimientos de culpa. 6. Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo. 7. Ayudar al paciente a identificar la fuente de motivación.	El trío de pensamiento, emoción y conducta juega un papel fundamental en el funcionamiento del ser humano, moldeando nuestra percepción del mundo y determinando cómo interactuamos con nuestro entorno. Comprender la interacción entre estos tres componentes es esencial para explorar los mecanismos subyacentes de nuestras acciones y reacciones, así como para desarrollar estrategias efectivas de manejo emocional y cambio de comportamiento. A través de nuestros pensamientos, procesamos la información sensorial, reflexionamos sobre nuestras experiencias y formulamos planes y juicios. Los pensamientos pueden ser conscientes o inconscientes, influyendo en nuestra percepción y actitudes de manera significativa. La forma en que pensamos sobre nosotros mismos, los demás y las situaciones que enfrentamos puede tener un impacto profundo en nuestro bienestar emocional y nuestro comportamiento. La emoción surge como una respuesta a nuestros pensamientos,

	actuando como el puente entre el proceso cognitivo y la acción. Las emociones pueden ser positivas o negativas y varían en intensidad, desde sutiles sentimientos de satisfacción hasta intensas oleadas de ira o alegría. Estas respuestas emocionales son señales que nos informan sobre nuestro entorno y nuestras necesidades, influyendo en nuestra toma de decisiones y motivando nuestras acciones. La manera en que gestionamos nuestras emociones es clave para la salud mental y la adaptación social.[85]

[85] Línea TP en. Pensamiento, emoción y conducta: ¿cómo funcionamos? [Internet]. Terapify. 2024 [citado el 22 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.terapify.com/blog/pensamiento-emocion-accion/

DOMINIO: 2 Nutrición **CLASE:** 4 Metabolismo	**DOMINIO**: 02 Salud fisiológica **CLASE**: AA Respuesta terapéutica
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: **ETIQUETA: Nivel de glucemia inestable** **FACTOR RELACIONADO:** Autogestión inadecuada de la glucemia. **CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:** Perdida excesiva de peso, ingesta dietética inadecuada y estilo de vida sedentario	**RESULTADO ESPERADO: 2300** Nivel de glucemia **ESCALA LIKERT:** **1.Nunca demostrado.** **2.Raramente demostrado.** **3.A veces demostrado.** **4.Frecuentemente demostrado.** **5.Siempre demostrado.**

		PUNTUACIÓN DIANA		
EVALUACION GENERAL DEL DIAGNOSTICO	**INDICADORES**	**NOV-2023**		**ABRIL-2024**
		MANTENER EN	**AUMENTAR EN**	**LOGRADO**
La paciente de acuerdo con su padecimiento aun no mantiene un control adecuado de su nivel de glucosa, se ha visualizado un cambio mínimo, pero lo está tomando en cuenta para el mejoramiento de su nivel de glucosa.	230001 Concentración sanguínea de glucosa.	**1**	**2**	**1**
	230004 Hemoglobina glucosilada	**1**	**2**	**1**

CAMPO: 02 Fisiológico Complejo **CLASE**: G Control de electrolitos y acido básico **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**: **2120** Manejo de la hiperglucemia	
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	**RAZONAMIENTO CIENTÍFICO**
1. Vigilar la glucemia si está indicado 2. Administrar insulina, según la prescripción 3. Potenciar la ingesta oral de líquidos 4. Facilitar la higiene bucal si fuera necesario 5. Identificar las causas posibles de la hiperglucemia 6. Fomentar el autocontrol de la glucemia 7. Facilitar el seguimiento del régimen de la dieta	El páncreas es un órgano especial porque tiene funciones tanto exocrinas como endocrinas. Es un órgano accesorio del sistema digestivo, donde se comporta como una glándula exocrina que segrega enzimas que ayudan a la digestión. Por otro lado, el páncreas produce hormonas que regulan los niveles de insulina y glucagón, por lo que también es una glándula endocrina. El páncreas es un órgano único ya que desempeña funciones tanto exocrinas como endocrinas. Su función exocrina incluye la síntesis y liberación de enzimas digestivas en el duodeno del intestino delgado. Su función endocrina se refiere a la liberación de insulina y glucagón en el torrente sanguíneo. Estas son dos hormonas de suma importancia las cuales son responsables de regular el metabolismo de la glucosa, los lípidos y las proteínas. La DM tipo 2 está causada por una respuesta celular inadecuada a la insulina, también denominada resistencia a la insulina. Esto impide que la glucosa ingrese a las células, a pesar de los niveles normales o incluso niveles altos de insulina en sangre, aumentando su

	concentración en la sangre. La diabetes mellitus de tipo 2 está causada por una respuesta celular inadecuada a la insulina, también denominada resistencia a la insulina. Esto impide que la glucosa ingrese a las células, a pesar de los niveles normales o incluso niveles altos de insulina en sangre, aumentando su concentración en la sangre.[86]

[86] Guzmán M, Serrano DC. Conductos pancreáticos. 2021.

DOMINIO: 11 Seguridad y protección **CLASE: 04 Lesión** física	**DOMINIO: 02** Salud fisiológica **CLASE:** J Neurocognitiva
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA **ETIQUETA:00086 Riesgo de disfunción neurovascular periférica** **FACTOR RELACIONADO** Arañas vasculares	**RESULTADO ESPERADO:** **0917 Estado neurológico periférico** **ESCALA LIKERT:** **1.Nunca demostrado.** **2.Raramente demostrado.** **3.A veces demostrado.** **4.Frecuentemente demostrado.** **5.Siempre demostrado.**

		PUNTUACIÓN DIANA		
EVALUACION GENERAL DEL DIAGNOSTICO	**INDICADORES**	**NOV-2023**		**ABRIL-2024**
		MANTENER EN	**AUMENTAR EN**	**LOGRADO**
La paciente consiente conoce los riesgos de las arañas vasculares, lo cual se le menciona la importancia de empezar a realizar caminatas y posterior mente involucrarse a un ejercicio acorde a sus necesidades para el cuidado de la circulación.	• 09174 Sensibilidad en extremidad inferior izquierda • 09175 Sensibilidad en extremidad inferior derecha	**2** **2**	**1** **1**	**0** **0**

CAMPO:4 Seguridad **CLASE**: V control de riesgos **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:6610** Identificación de riesgos	
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	**RAZONAMIENTO CIENTIFICO**
1. Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores. 2. Revisar datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgos 3. Determinar la disponibilidad y calidad de recursos (psicológicos, económicos, nivel educativo, familia y otros recursos sociales y comunidad). 4. Determinar el estatus de necesidades de la vida diaria. 5. Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.	La esperanza se llama ilusión por un mañana con menos dolor, por una vida sin ese límite que genera una discapacidad, por una enfermedad superada, por un desencuentro aclarado, por conseguir la paz. La base antropológica de la esperanza es el deseo, el anhelo de que lo que produce displacer desparezca, de que lo que se sueña como bien, se realice. Como si de una lanzadera se tratara, la esperanza nos empuja también más allá del tiempo, donde se abre a un bien supremo logrado únicamente en la eternidad, donde confiamos que no habrá llanto ni dolor, sino luz y paz, el gozo de una felicidad completa anhelada durante toda la vida. Y, si el contenido de esta esperanza fuera una vana ilusión, sin duda habría valido la pena esperar por cuanto de confianza tiene en el triunfo definitivo del amor experimentado en el más acá y por cuanto de bien genera el mismo hecho de esperar.

	En la enfermedad, la actitud positiva, esperanzadora, confiada, deseosa del bien, contribuye a que el bien pueda realizarse con más facilidad. Infundir esperanza entonces, pasa por ofrecer a otra persona un lugar donde hincar el ancla de su barca, un corazón en el que residir, un hombro en el que apoyarse. Por eso es tan importante la escucha. Porque cuando uno se siente escuchado, se apoya en aquél que le presta atención. Sentirse escuchado es afianzarse en que la soledad radical puede ser compartida, o al menos expresada y aliviada. Infundir esperanza no es sólo invitar a desear la salud y la curación en la enfermedad.[87]

[87] ¿Qué esperanza en el duelo? - José Carlos Bermejo [Internet]. José Carlos Bermejo. 2015 [citado el 2 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.josecarlosbermejo.es/que-esperanza-en-el-duelo/

DOMINIO: 2 Nutrición **CLASE: 1 I**ndigestión	**DOMINIO:** 6 Salud familiar **CLASE:** X Bienestar familiar
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: **ETIQUETA: 00233 Exceso de peso** **FACTOR RELACIONADO** Patrones de comportamiento alimentario anormales, patrones anormales de percepción de la alimentación, consumo de bebidas azucaradas **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIA:** Índice de masa corporal IMC > 25 KG/ m2	**RESULTADO ESPERADO:** **2610** Control del riesgo familiar: obesidad **ESCALA LIKERT:** **1.Nunca demostrado.** **2.Raramente demostrado.** **3.A veces demostrado.** **4.Frecuentemente demostrado.** **5.Siempre demostrado.**

		PUNTUACIÓN DIANA		
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNOSTICO	**INDICADORES**	**NOV-2023**		**ABRIL-2024**
		MANTENER EN	**AUMENTAR EN**	**LOGRADO**
La paciente pesar de que bajo de peso aún no se encuentra en su peso adecuado ya que omite la correcta alimentación, si es consciente del riesgo que esto con lleva, de igual manera esto es un factor denomínate para la alteración de la glucosa.	• 26101 Reconoce factores de riesgo	**1**	**3**	**2**
	• 26102 Reconoce consecuencias de la obesidad	**1**	**3**	**2**
	• 26104 Obtiene información acreditada sobre las estrategias de pérdida de peso	**1**	**3**	**2**
	• 26107 Ofrece tentempiés saludables	**1**	**3**	**2**

CAMPO: 1 Fisiológico: Besico **CLASE:** D apoyo nutricional **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 1100** Manejo de la nutrición	
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	**RAZONAMIENTO CIENTIFICO**
1. Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. 2. Determinar las preferencias alimentarias del paciente. 3. Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales. 4. Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer sus necesidades nutricionales. 5. Ajustar la dieta. 6. Enseñar al paciente sobre las modificaciones dietéticas necesarias. 7. Enseñar al paciente sobre los requisitos de la dieta en función de su enfermedad. 8. Monitorizar las calorías e ingesta alimentaria.	La alimentación es una necesidad básica de todos los seres humanos, imprescindible para la supervivencia y que, entre otros factores, influye en el estado de salud ya que una correcta alimentación previene enfermedades y mejora la evolución clínica de las mismas. La alimentación equilibrada, junto con una correcta hidratación y el ejercicio físico, son considerados pilares fundamentales para mantener la salud. Los trastornos asociados a la obesidad destacan las complicaciones vasculares que incluyen cardiopatías (isquémica e insuficiencia cardiaca) y trombo embolismos (pulmonar, venoso profundo y superficial). Para clasificar la obesidad nos basamos primordialmente en el Índice de Masa Corporal (IMC), que es una relación entre el peso y la estatura de la persona (peso en kg, dividido por la altura en metros al cuadrado: Kg/m2).[88]

[88] Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y Sobrepeso. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018. Disponible en: https:// www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweigh

5.5 EJECUCIÓN

En la atención domiciliaria se llevó a cabo las intervenciones planificadas, donde se hace referencia a la atención prioritaria y ayuda que se brinda al paciente para llevar un proceso de duelo de la mejor manera posible, y obtenga conocimiento de su enfermedad, cuidados específicos y recomendaciones para llevar a cabo y así mismo minimizar o prevenir complicaciones que puedan poner en riesgo su salud

Como resultado tendrá la confianza en un tiempo determinado de atender sus necesidades y llevar un adecuado autocuidado.

En la etapa de valoración se debe obtener información relevante en la priorización de las necesidades más alteradas de la paciente para ejecutar intervenciones adecuadas transitadas a la mejoría y calidad de salud con la finalidad que tenga la capacidad de volver a realizar sus actividades cotidianas e integrarse al círculo familiar, así mismo tener un descanso adecuado y lograr mejor desempeño en su autocuidado en su estado físico, emocional, social y espiritual.

Se ejecutaron las siguientes intervenciones: facilitar el duelo estado de ánimo, potenciación de la socialización, ayudar al paciente para que exprese sus sentimientos, motivaciones y conductas, apoyo emocional, dar esperanza, identificación de riesgos, manejo de la nutrición.

De acuerdo con las intervenciones ya realizadas, se logró entablar una relación de comunicación óptima con la paciente explicándole en que consiste su enfermedad, los riesgos que este incluye al igual que las complicaciones que puedan presentarse, obteniendo respuesta a las inquietudes y preguntas que tenía acerca de sus cuidados.

5.6 EVALUACIÓN

De acuerdo con la evaluación de los objetivos planteados se logró concientizar al paciente sobre los cuidados adecuados que debe llevar en su vida cotidiana, así mismo, ha mejorado la perspectiva de su padecimiento ya que involucra aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales que pueda alterar su calidad de vida.

Se logra entablar una relación de comunicación óptima con el paciente explicándole en que cosiste su enfermedad, los riesgos que este incluye al igual que las complicaciones que puedan presentarse, obteniendo respuesta a las inquietudes y temores que tiene sobre el proceso que está cursando.

Se brinda promoción a la salud mencionándole la importancia del autocuidado al igual que brindándole información sobre la importancia de tomar terapia que conste del acompañamiento de un profesional para controlar y minimizar las complicaciones adversas de su enfermedad.

5.7 PLAN DE ALTA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL USUARIO (A): MRZ **SEXO:** MUJER **EDAD:** 58 AÑOS **SERVICIO:**
DOMICILIO**: Manuel J Tello Col. Adolfo López Mateos Alcaldía Venustiano Carranza** DIAGNÓSTICO DE EGRESO: **Depresión**
FECHA DE INGRESO: **NOVIEMBRE- 2024**

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Duelo Inadecuado relacionado con Alteración emocional excesiva, dificultad para tratar con concurrentes, vinculación evitativa.
- Deterioro de la regulación del estado de ánimo relacionado con Aislamiento social, cambio en el apetito, cambios en el patrón del sueño, cambios en el sueño, cambios en el peso.
- Baja autoestima crónica relacionado con adaptación ineficaz a la perdida, afecto recibido inadecuado
- Deterioro de la interacción social relacionado con Auto concepto alterado, síntomas depresivos, Duelo inadaptado.
- Nivel de glucemia relacionado con Perdida excesiva de peso, autocontrol inadecuado de la glucemia, ingesta dietética inadecuada y estilo de vida sedentario.
- Riesgo de disfunción neurovascular periférica relacionado con arañas vasculares
- Sobrepeso relacionado con Patrones de comportamiento alimentario anormales, patrones anormales de percepción de la alimentación, consumo de bebidas azucaradas

RESUMEN

No se logró del todo concientizar al paciente sobre los cuidados adecuados que debe llevar en su vida cotidiana, ya que el proceso en el que se encuentra la paciente es prolongado y no hay cambios en meses así mismo, se concientiza para la mejora de llevar acabo intervenciones para facilitar el duelo que está cursando ya que involucra aspectos físicos, psicológicos sociales y espirituales que pueda alterar su calidad de vida, sin embargo, se requiere un calendario de acciones que deberá continuar realizando con el apoyo familiar hasta alcanzar su dependencia total y autocuidado, donde se habrán conseguido gran parte de los objetivos.

ACCIONES ENCAMINADAS CON EL RÉGIMEN DIETÉTICO

- Dieta control de Diabetes de 1500 kcal que incluya un 50% de frutas y verduras,
- 25% carnes, pescados, legumbres y frutos secos y un 25% de cereales.
- Restricción de endulzantes
- Medidas de higiene personal (lavado de manos), manejo higiénico de alimento
- Realizar ingestas de 6 porciones alimenticias al día
- Evitar consumir azucares pasteles, refrescos, café.
- Acudir al servicio de nutrición para manejar plan alimenticio e
- implementar requerimiento y consumo de calorías, vitaminas, minerales, calcio, proteínas, etc.

EJERCICIO

- Realizar caminata en su casa por lo menos 20 min al día.
- No realizar ejercicio de alto impacto.
- Se fomenta el descanso y sueño adecuado.

TRATAMIENTO

- Insulina subcutánea 15 UI cada 24 (no suspender)
- Metformina 500mg por las mañanas

ACCIONES ENCAMINADAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD:

- Acudir a terapia de tanatología para el acompañamiento del proceso
- Actividad física regular 3 veces a la semana por 30 min.
- Alimentación saludable, baja en grasa en azucares y sodio.
- Manejo del estrés.
- Mejorar las horas de sueño
- Habilidades para la vida diaria de higiene (baño diario, cepillado de dientes, cambio de ropa).
- Tener un control de glucosas capilar.
- NO AUTOMEDICARSE (ya que esto representa un riesgo para usted).

MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EL LOGRO DE LA INDEPENDENCIA:

- Acudir a terapia de tanatología
- Buscar sistemas de apoyo
- Mantenerse atento a los signos y síntomas de alarma
- Llevar una adecuada alimentación
- Realizar correctamente los cuidados proporcionados

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

- Seguir fortaleciendo la presencia y calidad del apoyo familiar
- Realizar estrategias para cumplir su bienestar psicológico
- Fortalecer la búsqueda de información de cuidados psicológicos y alimentarios
- Mantener un ambiente favorable para el sueño (luz, ruidos, temperatura, colchón y cama), no consumir alimentos de ir a dormir.

SIGNOS DE ALARMA

- Fatiga
- Sentimientos de desesperanza, impotencia
- Culpabilidad
- Perdida del interés o placer por realizar actividades
- Pensamientos de muerte o suicidio
- Cambio repentino de apetito
- Problemas para conciliar el sueño o exceso de sueño
- Cansancio excesivo
- Perdida de sensibilidad en miembros inferiores
- Glucosas mayores a 180 mg/dL o menores de 70 mg/dl

RECUERDE

Es importante buscar ayuda tanatología e integrarse a redes de apoyo para facilitar el duelo.

NOMBRE DE LA ENFERMERA: Alondra Abigail Peña Rodríguez

CONCLUSIONES

El profesional de Enfermería desempeña un papel muy importante ya que es el encargado de proporcionar la información necesaria para prevenir y minimizar complicaciones, así como, dar los cuidados necesarios y específicos a la persona con duelo, con el objetivo principal de preservar la vida con una calidad.

Es importante la identificación de los signos y síntomas de duelo, como la negación persistente la incapacidad para realizar actividades cotidianas o el aislamiento social.

Evaluación de los factores contribuyentes al duelo inadecuado, para la detección de alteraciones psico-emocionales.

Implementación de las intervenciones específicas para abordar el duelo inadecuado, como la terapia cognitivo conductual, el asesoramiento individualizado.

Coordinación con otros profesionales de la salud para brindar un enfoque interdisciplinario y completo en la atención de la paciente.

Educación continua del paciente y su familia sobre el duelo inadecuado, los recursos disponibles y las estrategias para mejorar la salud emocional.

Monitoreo constante del estado del paciente y la respuesta a las intervenciones, con ajustes en el plan de atención como sea necesario.

Reforzar la importancia del autocuidado y la búsqueda de apoyo social para ayudar a la paciente a superar el duelo de manera más saludable.

La elaboración del presente proceso atención enfermería al paciente nos permitió reforzar toda la información y actividades fundamentadas que se deben realizar y que son de suma importancia para tener una calidad de vida.

GLOSARIO Y TÉRMINOS

Care: Es aplicable a todos los comienzos de la vida hasta su fin

Cuidados: es un conjunto de tareas que producen bienes y servicios que sirven para regenerar cotidiana y generacionalmente el bienestar físico y emocional de las personas.

Cure: Curar, designa la vertiente curativa del cuidado

Datos objetivos: Información que pueden ser observada por otros; no se ve condicionada por sentimientos, sensaciones o prejuicio.

Datos subjetivos: Información reunida a partir de las manifestaciones del paciente; los sentimientos y percepciones del paciente. Información que sólo se puede verificar por inferencia.

Depresión: Refiere a una sensación de malestar, mal estado del humor, manifestaciones de tristeza, poca tolerancia a la frustración, actitud negativa que afecta su conducta y su entorno.

Diabetes: (diabetes mellitus o diabetes sacarina). Enfermedad en la que el organismo no produce insulina o no la emplea adecuadamente. La insulina es necesaria para convertir el azúcar y el almidón en la energía que se necesita en la vida diaria.

Duelo: El duelo es la tristeza profunda que sentimos cuando se muere un ser querido. La muerte de un ser querido puede ser un gran cambio en tu vida. Lleva un tiempo afrontar esa pérdida y encontrar maneras de adaptarse a esa ausencia.

Enfermería: La enfermería forma parte de las conocidas como ciencias de la salud, trabajando de forma autónoma e independiente, y a su vez, formando parte de un equipo multidisciplinario. La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias.

Espiritual: Del espíritu o relacionado con la parte inmaterial del ser humano a la que se atribuyen los sentimientos, la inteligencia y las inquietudes religiosas; se utiliza en contraposición a lo material.

Factores de riesgo: Toda variable interna o externa que hace que una persona o grupo de personas sea más vulnerable a la enfermedad.

Familia: Grupo de sujetos interrelacionados que constituye la unidad básica de la sociedad.

Fatiga: Es una sensación de falta de energía, de agotamiento o de cansancio.

Fibromas péndulos del cuello o verrugas filiformes o acrocordones del cuello: Son formaciones alargadas que tienen la unión a la piel por una parte que se afina, son de tacto más blando y color marrón oscuro.

Glucosa: El principal monosacárido en la sangre y una fuente importante de energía para los seres vivos. Abundante en el azúcar, las frutas, la miel y los refrescos.

Hemoglobina glucosilada: Es un examen de sangre para diabetes tipo 2 y prediabetes, mide el nivel promedio de glucosa o azúcar en la sangre durante los últimos tres meses.

Holístico: Del todo o que considera algo como un todo.

Índice de masa corporal (IMC): Cifra que los médicos emplean para determinar el riesgo cardiovascular creado por el sobrepeso o la obesidad. El IMC se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la talla en metros (IMC = P [kg]/T [m2]).

Individuo: Ser vivo, animal o vegetal, perteneciente a una especie o género, considerado independientemente de los demás.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, por su acrónimo) es uno de los Órganos constitucionales autónomos de México con gestión, personalidad jurídica y patrimonio propios, responsable de normar y coordinar el Sistema Nacional de Información Estadística y Geografía. Se encarga de realizar los censos nacionales; integrar el sistema de cuentas nacionales y estatales.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association, es una red mundial de enfermeras, cuyo propósito es definir, promover y seguir trabajando para que se implemente la terminología que refleja los juicios clínicos de las enfermeras, también conocidos como diagnósticos de enfermería.

NIC: Nursing Intervention Clasification es un lenguaje completo y estandarizado que permite describir tratamientos que las enfermeras administran en todos los escenarios posibles y en todas las especialidades.

NOC: Nursing Outcomes Classification enseña a enfermería de un sistema validado y un lenguaje propio para identificar, nombrar y medir los resultados que resultan de su práctica.

Presión arterial diastólica: Presión más baja medida en las arterias; se produce cuando el músculo cardíaco está relajado entre latidos.

Presión arterial sistólica: Presión más alta medida en las arterias. Se produce cuando el corazón se contrae con cada latido.

Presión arterial: Fuerza o presión que el corazón ejerce al bombear la sangre; la presión de la sangre dentro de las arterias.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO). Proceso de Atención de Enfermería (PAE). 2013;41-4
2. Caudillo TFR-HYL. THELMA FERNANDA RAMÍREZ-HERNÁNDEZ1 Y LUCÍA CAUDILLO-ORTEGA2 1Estudiante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.
3. Depresión [Internet]. Who.int. [citado el 22 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwiYOxBhC5ARIsAIvdH50_MS3oH3Zpqd1jmx6gKzQ6_G8WKXNmKVtTBtAZaMQkPaNNrwgY0b8aAghSEALw_wcB
4. Depresión, pandemia silenciosa [Internet]. Unam.mx. [citado el 22 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2023_021.html
5. Universal UDH. Presupuesto para la Salud Mental [Internet]. Ciep.mx. [citado el 18 de abril de 2024]. Disponible en: https://ciep.mx/wp-content/uploads/2023/10/Presupuesto-para-la-Salud-Mental.-Un-Derecho-Humano-Universal..pdfBerstain-García I, Álvarez-Aguirre A, Huerta-Baltazar MI, Casique-Casique L.
6. Teoría de los cuidados de Kristen Swanson: revisión de literatura. SANUS [Internet]. 2022 [citado el 26 de enero de 2024];7: e212. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-60942022000100102&lang=es
7. Amezcua M. ¿Por qué afirmamos que la Enfermería es una disciplina consolidada? Index Enferm [Internet]. 2018 [citado el 25 de enero de 2024];27(4):188–90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300002&lng=es.

8. de Lourdes Garcia Hernandez CBLBAGAMRM. CUIDADO profesional de ENFERMERÍA. Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco, México: FEDERACIÓN MEXICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES Y ESCUELAS DE ENFERMERIA, A.C. (FEMAFEE); 2018.
9. Org.co. [citado el 6 de febrero de 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522009000100014&script=sci_arttext
10. Osorio-Castaño JH, Universidad Pontificia Bolivariana. Promotion and enhancement of knowledge in nursing. Invest Educ Enferm [Internet]. 2018 [citado el 11 de febrero de 2024];36(1): e01. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072018000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=es
11. Carlos Chistian Compton García Fuentes RDELCGV. FILOSOFIA Y PRACTICA DE ENFERMERIA. UNAM; 2013.
12. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Gob.mx. [citado el 11 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/20
13. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Scielo. 2007; 1:499–503
14. metodológica y terapéutica en los cuidados de enfermería. Cult Cuid Rev Enferm Humanid [Internet]. 2019;23(55):78. Disponible en: http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.08
15. Martínez Trujillo N, Bernal D, Boloña M, Flores C, Thomas D, Rodríguez V, et al. Modelo de Enfermería Salubridad para las prácticas de cuidado interdisciplinar. Revista Cubana de Enfermería. [citado el 11 de febrero de 2024]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v36n3/1561-2961-enf-36-03-e3490.pdf
16. Madrid GG. Intervención educativa sobre cuidado de enfermería [Internet] 2009.Availablefrom: https://www.researchgate.net/publication/317178102
17. Mena Tudela D, González Chordá VM, Cervera Gasch Á, Salas Medina P, Orts Cortés MI. Cuidados básicos de enfermería. Universitat Jaume I; 2016
18. Modelos enfermería [Internet]. Enfermeriablog.com. [citado el 11 de febrero de 2024]. Disponible en: https://enfermeriablog.com/modelos-enfermeria/.

19. de Enfermería: 1. 1. Marco Conceptual. Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas [Internet]. Berri.es. [citado el 11 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%E2%80%9A%20Vol%C3%BAmen%201/9788417470050l
20. de Enfermería: 1. 1. Marco Conceptual. Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas [Internet]. Berri.es. [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%E2%80%9A%20Vol%C3%BAmen%201/9788417470050
21. Perfil VT mi. El Cuidado [Internet]. Blogspot.com. [citado el 3 de marzo de 2024]. Disponible en: https://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/florence-nightingale.html
22. Brenda. Dorothea Orem: Una destacada enfermera teórica y sus aportes a la profesión [Internet]. Estudiar Enfermería. 2023 [citado el 3 de marzo de 2024]. Disponible en: https://estudiarenfermeria.com/quien-fue-dorothea-orem-biografia-logros-aportes-a-la-enfermeria/
23. Título del sitio [Internet]. Título del sitio. [citado el 3 de marzo de 2024]. Disponible en: https://anthroponurse.wordpress.com
24. Aristizábal Hoyos GP, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. Enferm Univ [Internet]. 2011 [citado el 3 de marzo de 2024];8(4):16–23. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. Fundamentos de Enfermera a. 8a ed. Elsevier; 2014
25. Fundamentos de Enfermería (Potter, Perry, Stockert y Hall) - 8 Edición [Internet]. Scribd. [citado el 28 de enero de 2024]. Disponible en: https://es.scribd.com/document/642639491/Fundamentos-de-Enfermeria-Potter-Perry-Stockert-y-Hall-8%C2%AA-Edicion-1

26. Mora Guillart L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev Cuba Oftalmol| [Internet]. 2015 [citado el 29 de enero de 2024];28(2):228–33. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009&lng=es
27. Paz MS. Ética y Principios Bioéticos que rigen a la enfermería [Internet]Edu.ni. [citado el 12 de febrero de 2024]. Disponible en: https://chontales.unan.edu.ni/index.php/etica-y-principios-bioeticos-que-rigen-a-la-enfermeria/
28. En R. CÓDIGO DE ÉTICA DEL CIE PARA LAS ENFERMERAS [Internet]. Icn.ch. [citado el 12 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf
29. CÁLOGO DE ÉTICA – Carrera de Enfermería [Internet]. Unam.mx. [citado el 12 de febrero de 2024]. Disponible en: https://enfermeria.iztacala.unam.mx/decalogo-de-etica/
30. Ed. Microjuris.com Argentina. La responsabilidad profesional de Enfermería: algunos aspectos legales. Zamuner, Hna Mercedes [Internet]. AL DÍA | ARGENTINA. 2017 [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://aldiaargentina.microjuris.com/2017/07/31/la-responsabilidad-profesional-de-enfermeria-algunos-aspectos-legales-zamuner-hna-mercedes/
31. Gaceta del Senado [Internet]. Gob.mx. [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.senado.gob.mx/65/gaceta_del_senado/documento/60476
32. de Salud S. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicano. Artículo 4° [Internet]. gob.mx. [citado el 12 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/articulos/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicano-articulo-4
33. Primero T. LEY GENERAL DE SALUD [Internet]. Gob.mx. [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pd
34. Nueva Ley Publicada en el Diario Oficial de la F el. LEY GENERAL DE SALUD [Internet]. Gob.mx. [citado el 12 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf

35. Blasco-León M, Sr O-L. Ética y valores en enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2016;24(2):145–9
36. de Salud S. Normas Oficiales Mexicanas [Internet]. gob.mx. [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705Aplicación de la teoría de Henderson y su aproximación al cuidado avanzado en enfermería en un servicio de pediatría [Internet]. Medwave.cl. [citado el 13 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.medwave.cl/revisiones/analisis/5548.html
37. Ramírez Elías A. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. Enferm Univ [Internet]. 2016 [citado el 12 de abril de 2024];13(2):71–2. Disponible en: https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/89
38. Index-f.com. [citado el 12 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf
39. González Sara SH, Moreno Pérez NE. Instrumentos para la enseñanza del proceso enfermero en la práctica clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando Nanda-Nic-Noc. Enferm Glob [Internet]. 2011 [citado el 17 de febrero de 2024];10(23):89–95. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300007
40. Bvsalud.org. [citado el 17 de febrero de 2024]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf
41. ENFERMERÍA BLOG / PAE [Internet]. Enfermeriablog.com. [citado el 18 de febrero de 2024]. Disponible en: https://enfermeriablog.com/pae/
42. Org.ar. [citado el 17 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf}
43. de Psicología Integral MC C. Las 5 fases (o etapas) del duelo: la teoría de Kübler-Ross [Internet]. Centro Psicología Integral MC. 2019 [citado el 6 de mayo de 2024]. Disponible en: https://centrodepsicologiaintegral.com/las-5-fases-o-etapas-del-duelo-la-teoria-de-kubler-ross/
44. https://centrodepsicologiaintegral.com/las-5-fases-o-etapas-del-duelo-la-teoria-de-kubler-ross/#:~:text=La%20teor%C3%ADa%20de%20las%205,siempre%20que%20sufrimos%20una%20p%C3%A9rdida.

45. uDocz. Ventajas del PAE. uDocz [Internet]. 2022 [citado el 18 de febrero de 2024]; Disponible en: https://www.udocz.com/apuntes/376153/ventajas-del-pae
46. Una aproximación al plan de cuidado de enfermería relacionado con la enfermedad covid-19, Karina Gallardo Solarte. Karina Gallardo Solarte;
47. T. Heather Herdman P. Diagnósticos Enfermería Definiciones Y Clasificación. 2021
48. José Carlos Bellido Vallejo JFLC. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén Sefarad, 42- 1º- D y bajo 23006 JAÉN www.enfermeriajae
49. Arrimada M. Las 3 etapas de la adultez (y sus características) [Internet]. organización pym. 2022 [citado el 19 de febrero de 2024]. Disponible en: https://psicologiaymente.com/desarrollo/etapas-adultez
50. Edu.pe. [citado el 18 de febrero de 2024]. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v03_n2/pdf/a08v3n2.pdf
51. Org.mx. [citado el 18 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf
52. Org.mx. [citado el 4 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_Suicidio23.pdf
53. Consejociudadanomx.org. [citado el 9 de mayo de 2024]. Disponible en: https://consejociudadanomx.org/media/pdf/10/Informe%20Salud%20Mental%20-final-.pd
54. Depresión Mayor, fisiopatología neurobioquímica [Internet]. Synapticpg.com. [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: https://synapticpg.com/dm1_fisiopatologia.html
55. https://www.fisioterapia-online.com/glosario/hormona-serotonina
56. Psicoactiva.com. [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.psicoactiva.com/blog/que-es-la-norepinefrina/

57. Dávila Hernández A, González González R, Liangxiao M, Xin N. Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión. Rev Int Acupunt [Internet]. 2016 [citado el 18 de marzo de 2024];10(1):9–15. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-acupuntura-279-articulo-estudio-sinomedico-fisiopatologia-depresion-S1887836916300060
58. Chica S. La depresión: clases, causas y síntomas [Internet]. Equilibrium Miami. 2023 [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en:
59. Tipos de depresión - navarra.es [Internet]. Navarra.es. [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Depresion/La+depresion/tipos+depresion/.
60. Purriños MJ. ESCALA DE HAMILTON - Escala de calificación de depresión de Hamilton (HDRS) [Internet]. Medsol.co. [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://medsol.co/informacion/medixen/depresion_escala_hamilton.pdf
61. Melipillán Araneda R, Cova Solar F, Rincón González P, Valdivia Peralta M. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. Ter Psicol [Internet]. 2008 [citado el 5 de marzo de 2024];26(1):59–69. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100005
62. Guzmán M, Serrano DC. Conductos pancreáticos. 2021
63. puntuacion del inventario de depresion de beck - Google Search [Internet]. Google.com. [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=puntuacion+del+inventario+de+depresion+de+beck&oq=PUNTUACION+DEL+IN&aqs=chrome.0.0i20i263i512j69i57j0i10i512l4j0i22i30j0i15i22i30j0i22i30j0i15i22i30.16706j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8
64. Betancurt PK. #TestPsicológico [Internet]. Ayuda Psicológica en Línea. Ayuda Psicológica en Línea ⋆ Psicólogos Online; 2023 [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://ayuda-psicologica-en-linea.com/psicologia-pdf/escala-depresion-montgomery-madrs/
65. Disponible en: https://www.oviahealth.com/es/guide/232008/fertility-pep-interpreting-phq9/

66. Depresión. Rev Ocronos [Internet]. 2023 [citado el 1 de marzo de 2024]; Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=Cj0KCQiA84CvBhCaARIsAMkAvkL6fGRtguewLh0uVMG8-ro2nPI6RX3JBCCINLhsi9p2ygJLUyoexBAaAhvKEALw_wcB
67. ¿Qué esperanza en el duelo? - José Carlos Bermejo [Internet]. José Carlos Bermejo. 2015 [citado el 2 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.josecarlosbermejo.es/que-esperanza-en-el-duelo
68. Cervantes-Villagrana RD, Presno-Bernal JM. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células β pancreáticas [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2013/er133a.pdf
69. Cervantes-Villagrana RD, Presno-Bernal JM. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células β pancreáticas [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2013/er133a.pdf
70. Ipo DIME, de A Tención ENELPRNI. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la [Internet]. Gob.mx. [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en:
71. Medina Cordero A., Feria Lorenzo D.J., Oscoz Muñoa G.. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Enferm. glob. [Internet]. 2009 Oct [citado 2024 Abr 15] ; (17). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005&lng=es
72. Medina Cordero A, Feria Lorenzo DJ, Oscoz Muñoa G. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Enferm Glob [Internet]. 2009;(17). Disponible en:
73. Plátanos para ser feliz y mucho más [Internet]. Foro Química y Sociedad. 2015 [citado el 22 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.quimicaysociedad.org/platanos-para-ser-feliz-y-mucho-mas/
74. Redalyc.org. [citado el 22 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/1339/133912609008.pdf

75. Tínez IBM. LA IMPORTANCIA DEL MANEJO DE LAS EMOCIONES PARA EL SER HUMANO [Internet]. Edu.mx. [citado el 17 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.lasallebajio.edu.mx/revistas/exlege/pdf_1/exlege_01_art_03-irma_briseno.pdf
76. Schachner A. La importancia de contar con una red de apoyo al enfrentar un duelo - Valles Unidos Cementerio [Internet]. Valles Unidos Cementerio - Opciones de sepulturas y cremación para adaptarse a sus necesidades. Valles Unidos Cementerio; 2023 [citado el 17 de abril de 2024]. Disponible en: https://vallesunidos.cl/red-de-apoyo/
77. Línea TP en. Pensamiento, emoción y conducta: ¿cómo funcionamos? [Internet]. Terapify. 2024 [citado el 22 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.terapify.com/blog/pensamiento-emocion-accion/
78. El apoyo emocional, vital para el progreso de pacientes con enfermedades crónicas oculares [Internet]. retinosis.org. 2013 [citado el 17 de abril de 2024]. Disponible en: https://retinosis.org/el-apoyo-emocional-vital-para-el-progreso-de-pacientes-con-enfermedades-cronicas-oculares/
79. importancia del apoyo emocional al paciente - Google Search [Internet]. Google.com. [citado el 17 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=importancia+del+apoyo+emocional+al+paciente&oq=importancia+del+apoyo+&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUqDAgBEAAYFBiHAhiABDIGCAAQRRg5MgwIARAAGBQYhwIYgAQyBwgCEAAYgAQyBwgDEAAYgAQyBwgEEAAYgAQyBwgFEAAYgAQyBwgGEAAYgAQyBwgHEAAYgAQyBwgIEAAYgAQyBwgJEAAYgATSAQkyMTY2OWowajeoAgiwAgE&sourceid=chrome&ie=UTF-8
80. Ciencia de la Esperanza [Internet]. Naciones Unidas : Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. [citado el 18 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.unodc.org/unodc/es/listen-first/super-skills/hope.html
81. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y Sobrepeso. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018. Disponible en: https:// www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

ANEXOS

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton depresión Rating Scale (HDRS)

- La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente "disfrazada" como otra patología. De la misma formaque su diagnóstico no siempre es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado. Las escalas de valoración permiten evaluar ambos hechos.
- La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamiltondepresión rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del pacientedeprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.
- Si bien su versión original constaba de 21 ítems [1], posteriormente se realizó unaversión reducida con 17 ítems [2], que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva [3]. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas [3, 4] como ambulatorios [5].
- Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplearlos siguientes puntos de corte:

  - No deprimido: 0-7
  - Depresión ligera/menor: 8-13
  - Depresión moderada: 14-18
  - Depresión severa: 19-22 **Depresión muy severa: >23 (28pts)**

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
Ausente	0
Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al	3
llanto)	4
Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a	

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depresion Rating Scale (HDRS)

Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
Trabajo y actividades	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligero retraso en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton depresión Rating Scale (HDRS)

Ansiedad psíquica - No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad - Preocupación por pequeñas cosas - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla - Expresa sus temores sin que le pregunten	 0 1 2 3 4
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas;respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración) - Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante	 0 1 2 3 4
Síntomas somáticos gastrointestinales - Ninguno - Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadezen el abdomen - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sussíntomas gastrointestinales	 0 1 2 3 4
Síntomas somáticos generales - Ninguno - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	 0 1 2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales) - Ausente - Débil - Grave	 0 1 2
Hipocondría - Ausente - Preocupado de sí mismo (corporalmente) - Preocupado por su salud - Se lamenta constantemente, solicita ayuda	 0 1 2 3
Pérdida de peso - Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	 0 1 2
Introspeccción (insight) - Se da cuenta que está deprimido y enfermo - Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima,exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. - No se da cuenta que está enfermo	 0 1 2 3

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

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

FOR OFFICE CODING 0 + 0 + 12 + 9

=Total Score: 21

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

No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
☐	☐	☐	☐

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: M.P.Z Estado Civil: Soltera Edad:58 años Sexo: Mujer Ocupación: Ama de casa Fecha:16/febrero/2024

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 mi.
   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.

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. **Disconformidad con uno mismo.**
0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre. 1He perdido la confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusto 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**

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como
siempre. 1Me 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 mi 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

0No 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

0No 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.

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.
2Estoy 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. 1Estoy 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: 31 PTS

Nombre M.Z. R Fecha 16 FEB

Unidad/Centro Comunitaria **N.º Historia**

CUESTIONARIO MONTGOMERY-ASBERG DEPRESSION RATING SCALE

Población diana: Población general. Es una escala **heteroadministrada** mediante entrevista. Este instrumento consta de 10 ítems relativos a 10 síntomas depresivos distintos. Cada ítem se puntúa con una escala tipo Likert (0: ausencia del síntoma – 6: máximo nivel de gravedad del síntoma. La puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems. Se considera que una puntuación inferior a 10 puntos indica la ausencia del trastorno depresivo.

PUNTUACIÓN TOTAL 28	

1. Tristeza observada

Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse.

- 0. Sin tristeza
- 1.
- 2.Parece decaido, pero se anima sin dificultad
- 3.
- 4. Parece decaído la mayor partedel tiempo
- 5.
- 6. Parece siempre desgraciado. Extremadamente abatido.

2. Tristeza declarada por el paciente.

Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener encuenta si se refleja en la apariencia o no.Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarle. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración yla medida en que el estado de ánimo seve influido por los acontecimientos.

- 0. Tristeza esporádica según las circunstancias.
- 1.
- 2. Triste o decaído, pero se anima sin dificultad
- 3.
- 4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado deánimo todavía se ve influído por circunstancias externas
- 5.
- 6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable

3. Tensión interna

Representa sentimientos de malestar mal definidos, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo.

- 0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera.
- 1.
- 2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido.
- 3.
- 4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominarcon alguna dificultad.
- 5.
- 6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible.

4. Sueño reducido.

Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien.

- 0. Duerme como siempre.
- 1.
- 2. Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado.
- 3.
- 4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 horas
- 5.
- 6. Menos de 2 ó 3 horas de sueño

5. Apetito reducido

Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con la que tiene cuando se ecuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo para comer.

- 0. Apetito normal o aumentado.
- 1.
- 2. Apetito ligeramente reducido
- 3.
- 4. Sin apetito. La comida es insípida.
- 5.
- 6. Necesita persuasión para comeralgo.

6. Dificultades para concentrarse

Representa las dificultades para centrarlos pensamientos en algo hasta llegar ala falta de concentración incapacitante.Evalúe según la intensidad, frecuencia ygrado de incapacidad resultante.

- 0. Ninguna dificultad para concentrarse.
- 1.
- 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos.
- 3.
- 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener unaconversación.
- 5.
- 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con grandificultad.

7. **Lasitud**.
Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias.

- 0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía.
- 1.
- 2. Dificultades para empezar actividades.
- 3.
- 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo.
- 5.
- 6. Lasitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda.

8. **Incapacidad para sentir**.
Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida.

- 0. Interés normal por el entorno y por otras personas.
- 1.
- 2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan.
- 3.
- 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos conocidos.
- 5.
- 6.La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los seriales cercanos y

9. **Pensamientos pesimistas**.
Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina.

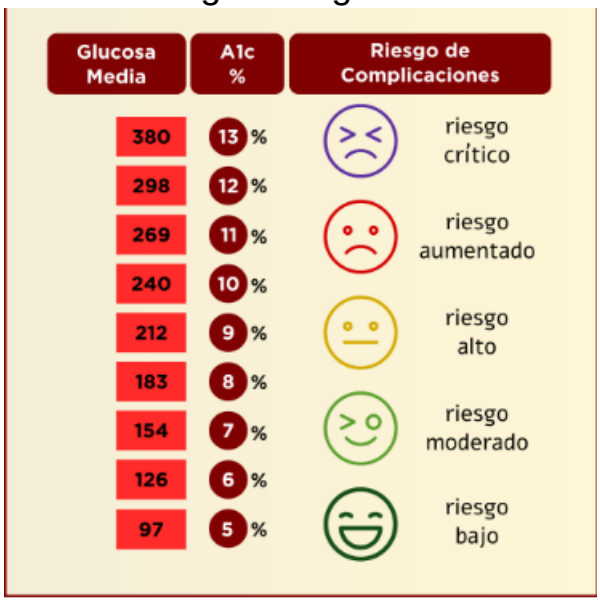
- 0. Sin pensamientos pesimistas
- 1.
- 2. Ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio.
- 3.
- 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimistas respecto al futuro.
- 5.
- 6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas o inquebrantables.

10. **Pensamientos suicidas**.
Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberán influir en la evaluación.

- 0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene.
- 1.
- 2. Cansado de vivir.
- 3.
- 4. Probablemente estaría mejor muerto. Los Pensamientos suicidas son habituales y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico.
- 5.
- 6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio.

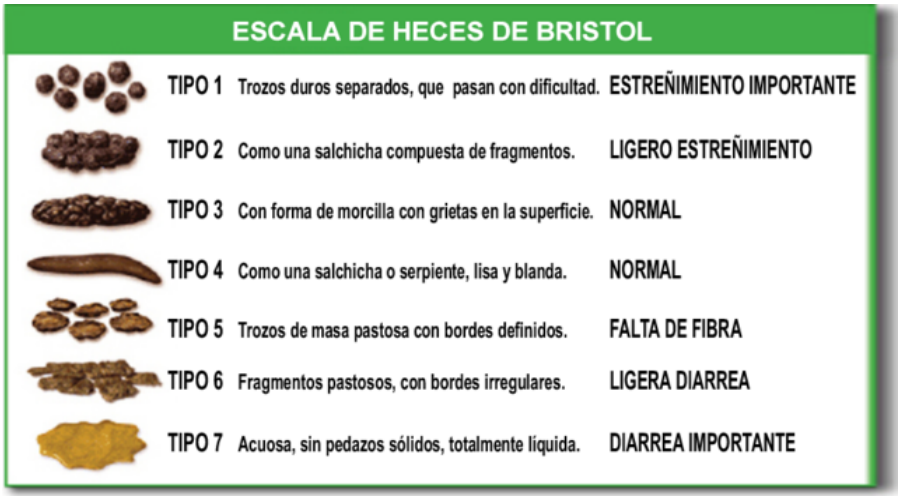
Escala EVA

Hemoglobina glucosilada



Glucosa Media	A1c %	Riesgo de Complicaciones
380	13 %	riesgo crítico
298	12 %	
269	11 %	riesgo aumentado
240	10 %	
212	9 %	riesgo alto
183	8 %	
154	7 %	riesgo moderado
126	6 %	
97	5 %	riesgo bajo

Escala de Bristol



ESCALA DE HECES DE BRISTOL		
TIPO 1	Trozos duros separados, que pasan con dificultad.	ESTREÑIMIENTO IMPORTANTE
TIPO 2	Como una salchicha compuesta de fragmentos.	LIGERO ESTREÑIMIENTO
TIPO 3	Con forma de morcilla con grietas en la superficie.	NORMAL
TIPO 4	Como una salchicha o serpiente, lisa y blanda.	NORMAL
TIPO 5	Trozos de masa pastosa con bordes definidos.	FALTA DE FIBRA
TIPO 6	Fragmentos pastosos, con bordes irregulares.	LIGERA DIARREA
TIPO 7	Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida.	DIARREA IMPORTANTE