



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

**APLICADO A UNA PACIENTE CON TRASTORNO ANIMICO
MANIFESTADO POR IDEAS SUICIDAS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

PRESENTA:

ALCÁNTARA JUÁREZ MARGARITA

No.DE CUENTA:403112940

DIRECTOR ACADEMICO

LIC. EN ENF. FEDERICO SACRISTÁN RUIZ



MEXICO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

| | |
|---|-----------|
| Introducción..... | 4 |
| Objetivos | 5 |
| a) General | 5 |
| b) Específico | 5 |
| Metodología | 6 |
| CAPITULO 1. MARCO TEORICO | 7 |
| 1.1.Proceso Enfermero y sus etapas | 7 |
| Etapas del Proceso enfermero | 9 |
| 1.1.1 Valoración | 9 |
| 1.1.2 Diagnóstico | 12 |
| 1.1.3 Planeación | 15 |
| 1.1.4 Ejecución | 15 |
| 1.1.5 Evaluación | 20 |
| 1.2. Fisiopatología de la depresión..... | 22 |
| 1.2.1 Concepto de Depresión | 22 |
| 1.2.2 Epidemiología | 22 |
| 1.2.3 Teorías relacionadas con las emociones..... | 24 |
| 1.2.4 clasificación de la depresión | 25 |
| 1.2.6 Comorbilidad | 26 |
| 1.2.7 Diagnostico diferencial | 26 |
| 1.2.8 Cuadro clínico | 27 |
| 1.2.9 Tratamiento | 28 |
| 1.2.10 Suicidio | 30 |
| 1.3 Intervenciones de enfermería en problemas de salud mental | 32 |
| 1.3.1 Cuidados en el ambiente hospitalario | 32 |
| 1.3.3 Rehabilitación psiquiátrico | 33 |

| | |
|--|----|
| 1.4 Modelo de relación de persona a persona | 34 |
| 1.4.1 Conceptos y definiciones | 34 |
| CAPITULO II APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA | |
| 2.1.1 Presentación del caso | 37 |
| 2.1.2 Diagnóstico médico | 37 |
| 2.1.3 Antecedentes heredofamiliares | 37 |
| 2.1.4 Antecedentes personales patológicos | 37 |
| 2.2.5 Antecedentes personales patológicos | 37 |
| 2.1.6 Padecimiento actual y tratamiento | 37 |
| 2.2 Valoración de enfermería | 38 |
| 2.3 Plan de atención de enfermería | 42 |
| Conclusiones | 51 |
| Sugerencias | 52 |
| Glosario | 53 |
| Bibliografía | 54 |
| Anexos | 55 |

INTRODUCCION

La enfermera diagnostica y trata las respuestas humanas a los problemas reales de riesgo y de salud; para ello, se basa en un amplio marco teórico. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica profesional; asegura la calidad de los cuidados al sujeto de atención y proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar los cuidados.

La formulación de diagnósticos de enfermería no es algo nuevo, durante la guerra de Crimea, entre 1854 y 1855, Florence Nightingale y sus compañeras hacían diagnósticos en forma eficaz. En la actualidad, la N.A.N.D.A. se encarga de la revisión, aprobación y perfeccionamiento de esta herramienta y la creación de una taxonomía diagnóstica propia.

El proceso de enfermería contribuye a garantizar la calidad del cuidado que se ofrece. Ya que en todas las etapas (Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) se promueve un mayor grado de interacción entre la enfermera y el paciente, y ésta interacción conlleva a un crecimiento mutuo.

Los modelos teóricos son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten comprender, aplicar y explicar la práctica y el cuidado de enfermería, ayudan a organizar, analizar e interpretar los datos del paciente para formar un diagnóstico de enfermería, facilita la toma de decisiones y favorece la planificación, ejecución y evaluación del cuidado. Con los modelos teóricos, la enfermera garantiza un lenguaje común entre profesionales y sus concepciones respecto a los siguientes conceptos: persona, salud, entorno y enfermería, lo cual es de absoluta necesidad que todo profesional de enfermería conozca.

El presente trabajo se realiza con fines de lograr la titulación a través del proceso enfermero, para lo cual se contó con la asesoría y apoyo de un tutor, en dicho trabajo se reseña brevemente los pasos del proceso enfermero, la fisiopatología de la enfermedad, así como la aplicación de un modelo de enfermería.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Utilizar el proceso enfermero y un modelo de enfermería para integrar y sistematizar los conocimientos adquiridos durante la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, así como lograr la titulación a través de este proceso ,mejorando mi actividad profesional en el campo de la enfermería.

Objetivo Específico:

- Identificar, analizar, valorar ,planificar y evaluar los cuidados integrales a una usuaria con depresión a través de la aplicación del Proceso Atención Enfermería y un modelo de enfermería con una base científica y desde el punto de vista holístico.

METODOLOGIA DE TRABAJO

El presente proceso lo realicé a través de una revisión bibliográfica abordando conceptos básicos del proceso enfermero y generalidades de la fisiopatología de la enfermedad de mi paciente (Depresión), utilicé como herramienta la historia clínica, realizando la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Otra herramienta importante fue la entrevista directa con la paciente y familia.

Utilicé el modelo de enfermería de Joyce Travelbee.

Posteriormente elaboré un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades de mi paciente.

Cuando fue dada de alta mi paciente elaboré su plan de alta tomando en cuenta su familia y necesidades.

Cabe hacer mención que las intervenciones se enfocaron también a la familia, y entorno.

CAPITULO I: MARCO TEORICO

1.1 El Proceso Enfermero y sus etapas

Definición

El proceso enfermero es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, familia y comunidad ,con el fin de planear ,ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería .(Alfaro)¹

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.²

Generalidades del Proceso

Características:

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado).

Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo.

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería.

Es interactivo por requerir de la interrelación humano-humano, para logra objetivos.

¹ López P.Proceso de enfermería Pp.38

² Rodríguez S. Bertha A. Proceso Enfermero Aplicación Actual Pp. 23-24

Aplicar el proceso enfermero es un verdadero reto por el sin número de factores que caracterizan la formación y práctica de la enfermería.

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica.³

Al aplicar el proceso se experimenta satisfacción al ser valorados por los integrantes del equipo sanitario, además favorece el pensamiento crítico, es decir: un pensamiento analítico, deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo. (Alfaro 1999:17).⁴

En muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; en el nuestro, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras y en su aplicación durante la práctica.⁵

La enfermera debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber hacer, saber ser y saber convivir para aplicar el proceso con facilidad y lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad.

Las competencias del área del saber se refieren al dominio de conocimientos propios de la enfermería y de disciplinas afines complementarias a la profesión, que son sustento teórico de los cuidados y permiten abordar la problemática del usuario desde diferentes puntos de vista (Biológico, psicológico, sociológico, antropológico, filosófico, etc.).

Son competencias del área del saber hacer las actividades de carácter intelectual que constituyen el pensamiento crítico, es decir los razonamientos lógicos, analíticos y reflexivos, en relación con lo que hacemos u opinamos (Iyer 1997:23); en la aplicación del proceso se requieren de este tipo de competencias, por tal razón se convierte en el sistema dentro del cual puede aplicar su capacidad de razonamiento crítico.⁶

³ Rodríguez S. Bertha A. Proceso Enfermero Aplicación Actual Pp.29-30

⁴ Rodríguez S. Bertha A. Op. Cit. Pp. 31

⁵ Ibidem. Pp. 31

⁶ Idem Pp. 32-33

El pensamiento crítico es un pensamiento con características de ser deliberado, cuidadoso y dirigido metas, en otras palabras, es un proceso mental, que implica el análisis racional de toda información e ideas disponibles, así como la formulación de conclusiones y decisiones Bruner 1998:26)⁷

La teoría de enfermería y el proceso de enfermería:

El proceso de enfermería surge como uno de los temas a considerar cuando se analizan las teorías de enfermería. Los modelos y teorías de enfermería le sirven de enfoque al proceso y no a la inversa ⁸

Etapas del Proceso Enfermero

Consta de 5 etapas estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.

1. Valoración.
2. Diagnóstico.
3. Planeación.
4. Ejecución
5. Evaluación.

1.1.1 Valoración

Es la primera parte del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la Valoración se reúnen “todas las piezas necesarias del rompecabezas (Alfaro 1999:30) correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.⁹

⁷ Rodríguez S. Bertha A. Proceso Enfermero Aplicación Actual Pp.33

⁸ Jiménez de Ezequiel Teresa El Proceso de Enfermería una metodología para la práctica Pp.15

⁹ Rodríguez S. Bertha A. Op.cit. Pp35

¿Cómo se realiza la valoración?

Tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico; es decir identificar respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas. (Anexo 1)

La valoración por un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, o bien optar por valorar siguiendo la perspectiva de las necesidades humanas, de los patrones funcionales de salud y de los patrones de respuesta humana. Así mismo la valoración por un modelo médico, puede utilizar la metodología de exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales.¹⁰

Pasos para realizar la valoración:

- I. Recolección de la información.
- II. Validación de la información.
- III. Registro de la información.

Recolección de la información:

Da inicio desde “el primer encuentro con el usuario y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta. (Alfaro 1999:30).por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que esté con el usuario y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos.¹¹

Es indispensable contar con una guía durante la recolección de información, para seguir una metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar a la vez la agrupación de datos.

¹⁰ Rodríguez S. Bertha A. Proceso Enfermero aplicación actual Pp.35

¹¹ Rodríguez S. Bertha A. Op_Cit._Pp.40

Esta guía debe considerar: datos biográficos del usuario o familia (edad, sexo, estado civil, religión, nombre, ocupación); antecedentes personales y familiares de la enfermedad (Enfermedades anteriores, enfermedades de la familia, enfermedad actual, tratamiento medicamentoso, etc.) aspectos a valorar según el modelo enfermero que se vaya a utilizar (Patrones de respuesta humana, patrones funcionales de salud, necesidades humanas, etc.) y los datos para el exámenes físico.¹²

Validación de la información:

Una vez reunida la información del usuario tiene que ser valida para estar seguros de que los datos obtenidos son correctos.

La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas.

Es necesario revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera que recolecte aquellos datos en los que no esté seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario/familia y a otros integrantes del equipo sanitario.¹³

Registro de la información:

Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

Su objetivo es “favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la atención de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería (Iyer1997:81)¹⁴

¹² Rodríguez S. Bertha A. Proceso Enfermero aplicación actual Pp.40

¹³ Rodríguez S. Bertha A. Op. Cit. Pp.46

¹⁴ Ibidem Pp. 47

1.2.2 Diagnóstico.

Inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja (Iyer 1997:3) al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes.¹⁵

Pasos de la etapa de Diagnóstico:

1. Razonamiento diagnóstico.
2. Formulación de diagnósticos y problemas interdependientes.
3. Validación.
4. Registro de los diagnósticos y problemas interdependientes.

Razonamiento diagnóstico

Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas (Alfaro 1999:88). La enfermera durante razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales, integra conocimientos adquiridos para finalmente concluir un juicio.¹⁶

Los pasos a seguir durante el razonamiento diagnóstico son:

- Realizar un listado de todos los datos significativos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales, que aportó la valoración incluyendo los recursos.
- Analizar y agrupar los datos significativos que creé que se relación y realizar las deducciones correspondientes.

¹⁵ Rodríguez S. Bertha A. Proceso Enfermero aplicación actual. Pp.51

¹⁶ Rodríguez S. Bertha A. Op. Cit. Pp. 51

- Comparar los datos significativos con los factores relacionados/riesgo con las características diagnósticas de la N.A.N.D.A.
- Efectuar revaloración si existe duda.
- Determinar si la enfermera tiene la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser el principal responsable (Alfaro 1999:89).
- Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas (diagnósticos enfermeros)

Determinar los factores relacionados o de riesgo(etiología del problema)

¿Qué se requiere para formular diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes?

Se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías de la N.A.N.D.A y la estructura que deben tener los diagnósticos.¹⁷

Diagnóstico Enfermero:

Es un juicio clínico sobre la respuesta humana (Alfaro 1999:81) de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y problemas de salud reales (Luis 1998:6) y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción prevención y tratamiento en forma independiente.¹⁸

¹⁷ Rodríguez S. Bertha A. Proceso Enfermero aplicación actual Pp.51

¹⁸ Rodríguez S. Bertha A. Op. Cit. Pp. 51

¿Qué es un problema interdependiente o de colaboración?

Es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario.¹⁹

Se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta a éste como de la evolución de la situación patológica.

Clasificación de los diagnósticos enfermeros:

- **Reales:** Describe la respuesta humana actual de una persona, una familia o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, además de tener factores relacionados.
- **De riesgo:** (Potencial) describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables (Luis 1998:7)
- **De salud:** Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero quiere y puede alcanzar un nivel mayor.²⁰

¿Qué se debe evitar al estructurar un diagnóstico?

- Emplear terminología médica.
- Identificar dos problemas al mismo tiempo
- Redactar el diagnóstico de manera que incrimine legalmente.
- Usar debido a: en lugar de relacionado con: ya que la segunda frase identifica solo "una relación entre la respuesta humana y los factores relacionados"²¹

¹⁹ Rodríguez S. Bertha A. Proceso Enfermero aplicación actual Pp.58

²⁰ Rodríguez S. Bertha A Op. Cit.Pp.57-58

²¹ Ibidem Pp.59

1.1.3 Planeación.

Es la tercera parte del proceso que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.²²

Los pasos para realizar la planeación son:

- Establecer prioridades.
- Elaborar objetivos.
- Determinar acciones de enfermería.
- Documentar el plan de cuidados.

¿Cómo se establecen prioridades?

Se hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario.²³

Siguiendo la jerarquía de Maslow y Kalish, resulta fácil cuando la enfermera sigue el orden señalado por Alfaro (1999:116).

Prioridad 1 Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.

Prioridad 2 .Problemas que interfieren con la seguridad y protección.

Prioridad 3. Problemas que interfieren con el amor y pertenencia.

Prioridad 4 .Problemas que interfieren con la autoestima.

Prioridad 5. Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

²² Rodríguez S. Bertha A. Proceso Enfermero aplicación actual Pp 73

²³ Rodríguez S. Bertha A. Op. Cit_ Pp.74

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas.²⁴

¿Cómo se establecen los objetivos?

Son una parte importante dentro de la etapa de la planeación, ya que con ellos se “mide el éxito de un plan determinado |(Alfaro 1998:121)al valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados y son “factores de motivación” (Alfaro 1998:121) al generar numerosas acciones en las enfermeras.²⁵

Acciones de enfermería:

Son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir objetivos (Iyer 1997:186) y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero. Se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas.²⁶

Documentación del plan de cuidados:

Es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados (Iyer: 1997:224).²⁷

²⁴ Rodríguez S. Bertha A. Proceso Enfermero aplicación actual Pp.74

²⁵ Rodríguez S. Bertha A. Op. Cit_Pp.75

²⁶ Ibidem Pp. 82

²⁷ Idem Pp. 82

Pasos de la ejecución:

1. Preparación.
2. Intervención.
3. Documentación.

Preparación:

- Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean “compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria (Iyer 1997:225).
- Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas.

Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.²⁸

Intervención

Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas.

Documentación:

Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.²⁹

²⁸ Rodríguez S. Bertha A. Proceso Enfermero aplicación actual Pp.88

²⁹ Rodríguez S. Bertha A. Op.Cit. Pp.88

1.1.4 Ejecución

Comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados.³⁰

Los pasos de la ejecución son:

- Preparación
- Intervención
- Documentación

¿En que consiste la preparación?

Antes de llevar a cabo un plan de cuidados se debe:

- 1.-Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean "compatibles con la intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria" Haciéndose necesaria la revaloración.
- 2.- Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas.
- 3.-Tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
- 4.- Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
- 5.- Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de la actividad.
- 6.-Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los "cuatro puntos clave de la delegación; Tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta."³¹

³⁰ Rodríguez S. Bertha A. Proceso Enfermero aplicación actual Pp.89

³¹ Rodríguez S. Bertha A.Op.cit. Pp.90

¿Cuándo inicia la intervención?

Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen: La valoración, la educación del usuario, familia y comunidad, y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.³²

Como las respuestas humanas y fisiopatológicas son cambiantes, es preciso la revaloración del usuario, familia y comunidad para estar seguros que las intervenciones de enfermería son las apropiadas.

Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico, por consiguiente el término RUTINA es inadecuado, cuando se emplea la metodología del proceso enfermero.

En cada intervención de enfermería el enfermero es responsable de los resultados emocionales como de los resultados físicos, por lo que es necesario actuar siempre con pleno conocimiento de los principios y razones, observando atentamente la respuesta del usuario y familia.³³

¿Qué es la documentación?

Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Son propósitos de los registros de enfermería: Mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario/familia. Es base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados; respaldar legalmente las actuaciones de la enfermera y sirve para estimar el pago de los servicios prestados.

Existe gran diversidad de los registros de enfermería por obedecer a requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud; sin embargo

³² Rodríguez S. Bertha A. Proceso Enfermero aplicación actual Pp.90

³³ Rodríguez S. Bertha A.Op.Cit. Pp.90

éstos deben reunir ciertas características universales como son: fecha y hora, datos de valoración, intervenciones de enfermería; resultados obtenidos y nombre/firma de la enfermera. A si mismo las notas deben de ser concisas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas.³⁴

1.1.5 Evaluación

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda practica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

Es útil para “determinar el logro de los objetivos; identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado (Alfaro 1999.182), por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.³⁵

La aplicación del proceso se evalúa con las siguientes preguntas:

- ¿La valoración estuvo completa y la información fue validada?
- ¿El razonamiento diagnóstico fue correcto?
- La formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue acertada?
- ¿Los planes de cuidados dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados?
- ¿Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos?

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera debe revisar cada una de las etapas del proceso,

³⁴ Rodríguez S. Bertha A. Proceso Enfermero aplicación actual Pp.90

³⁵ Rodríguez S. Bertha A. Op.cit. Pp.91

detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. Para el desarrollo de esta actividad la enfermera y el paciente deben determinar el progreso a la falta de progreso hacia la realización de sus metas.³⁶

La evaluación es compleja; sin embargo al embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistémica y continua, ya que “brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma”.³⁷

³⁶ Rodríguez S. Bertha A. Proceso Enfermero aplicación actual Pp.92

³⁷ Rodríguez S. Bertha A. Op. Cit. Pp.90

1.2 Fisiopatología de la Depresión

1.2.1 Concepto de Depresión: Es un trastorno del estado de ánimo, caracterizada por una pérdida del control de la expresión, del afecto y una sensación subjetiva de gran malestar.³⁸

Historia

- Hipócrates 400 a.C. Utilizó los términos "manía y melancolía para describir algunos trastornos mentales.
- Celsus describe la melancolía como una depresión causada por bilis negra.³⁹

1.2.2 Epidemiología

Los trastornos mentales son más frecuentes (prácticamente el doble) en las mujeres y en los jóvenes (18 a 34 años).

Los trastornos mentales y afectivos tienen un alto impacto sobre la calidad de vida de quien los sufre. Su impacto es mayor que el de enfermedades crónicas como la artritis, la D.M., T. Cardiacos o respiratorios.⁴⁰

La OMS publicó:

Para el año 2020 la depresión mayor unipolar sería la segunda causa de enfermedad más importante del mundo.⁴

Las enfermedades mentales y neurológicas representan el 18% del total de AVISA.

Tienen un fuerte impacto en la economía y en la sociedad al impedir la participación activa de millones de individuos en actividades productivas.

Para la OMS representa el 20 % del costo total de enfermedades médicas.

La sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor.⁴¹

³⁸ Morrison Michelle Fundamentos de enfermería en salud mental Pp.300

³⁹ Morrison Michelle Op. Cit. Pp.304

⁴⁰ Ibidem Pp.304

⁴¹ Idem Pp.300

Los trastornos tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos.⁴²

Las emociones son reacciones frente a estímulos diversos que se basan en como se percibe el individuo.

Las respuestas emocionales pueden ser adaptadas y favorecer el crecimiento, o bien desencadenar conductas ineficaces que pronto se convierten en inadaptadas.⁴³

Prevalencia: El T. Depresivo mayor se considera con una prevalencia del 15%.

- 10 al 15% para mujeres y 12% para hombres.
- Hasta el 15% para hospitalizados.
- Sexo: Las mujeres tienen una prevalencia dos veces mayor: Probablemente por factores hormonales, efectos de partos y modelos conductuales aprendidos.
- Edad. la edad promedio es la mitad de la tercera década de la vida (La edad está disminuyendo entre las personas nacidas mas recientemente y a partir de los 55 años aumenta el riesgo de cuadruplicarse).
- Estrés psicosocial grave:(muerte o divorcio, el más concluyente es antes de los 11 años).
- Enfermedades médicas graves.
- Relacionado con el consumo de alcohol y sustancias.
- Biológico: Neurotransmisores (Noradrenalina y serotonina) y hormonas (H. Del crecimiento, tiroides).
- Estado civil: Solteros, separados y divorciados
- Sucesos vitales.
- Neuroanatómicos: Implican alteraciones en el sistema límbico y ganglios basales.

⁴² Spitzer M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Pp. 1305

⁴³ Spitzer M. Op. Cit. Pp.1305

- Genética: Es más frecuente en los familiares biológicos de primer grado.
- Familia: Influye en relación con el grado de recuperación, recaídas y adaptación.⁴⁴

1.2.3 Teorías relacionadas con las emociones

Evidencia biológica:

El estudio de los efectos de los mensajeros neuroquímicos (neurotransmisores) y de las hormonas sobre la conducta ha revelado que los comportamientos y las sustancias químicas del organismo están interrelacionados. La genética es un factor que influye en los trastornos afectivos, dado que se observan altas tasas de depresión entre los familiares de individuos que padecen trastornos del estado de ánimo.

Las teorías psicoanalíticas consideran que los trastornos del estado de ánimo son sentimientos de ira dirigidos hacia el interior de uno mismo.

Los conductistas opinan que la depresión consiste en una serie de respuestas aprendidas, en tanto que las teorías sociales la ven como el resultado de interacciones sociales defectuosas.

En el caso de los profesionales de la salud, el punto de vista holístico incorpora todos los aspectos de la actividad humana y crea un marco desde el cual se puede trabajar con la persona en su conjunto, y no solo como un problema emocional

⁴⁴ Spitzer M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Pp 1305

1.2.4 Clasificación de la depresión

- Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos.
- Crónico.
- Con síntomas catatónicos.
- Con síntomas melancólicos.
- Con síntomas atípicos.
- De inicio en el posparto

1.2.5 Diagnóstico de la Depresión

El diagnóstico de Depresión se realizará a través de test psicológicos y una Historia clínica completa que incluye su nombre, sexo, (estos datos ayudan al diagnóstico y tratamiento), religión, estado civil, fecha de nacimiento, lugar de origen ocupación (hay oficios o profesiones con mayor riesgo de padecer alguna enfermedad mental)

No se debe olvidar su dirección, teléfono y persona responsable del paciente.

Se debe saber cual es el motivo de la consulta o internamiento y padecimiento actual.

La historia familiar nos ayudará a identificar el riesgo de enfermedad mental conociendo su historia de salud previa. Esto nos llevará a conocer sus antecedentes heredofamiliares.

También se preguntará sobre sus antecedentes personales no patológicos como son su nivel de escolaridad, si hace uso o abuso de alguna sustancia incluyendo el cigarro o alcohol, ingesta crónica de medicamentos.

Si consume alguna sustancia es importante preguntar cuando empezó, que consume, que efectos tiene cuando la consume y repercusiones en su conducta.

Si es mujer es importante registrar: Menarca, fecha de última menstruación, número de gestas, partos, si hubo antecedentes de depresión posparto, abortos, uso de anticonceptivos.⁴⁵

⁴⁵ Spitzer M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Pp. 1305

Dentro de los antecedentes personales patológicos se investigará si hubo enfermedades virales, eventos convulsivos por fiebre, epilepsia, antecedentes quirúrgicos(Tipo de anestesia, complicación, sangrado),Transfusiones sanguíneas, antecedentes de infecciones en la infancia y actuales, traumatismos(Si perdió el estado de alerta y que cambios hubo en su personalidad),si hay problemas cardiacos(preguntar si usa betabloqueadores), problemas endocrinos como Diabetes Mellitus, hipo o hipertiroidismo, enfermedades reumatológicas como el lupus o enfermedades neurológicas.⁴⁶

1.2.6 Comorbilidad:

La depresión se puede asociar a trastornos de Ansiedad, abuso de sustancias, alcohol y patologías médicas.

Los estudios de laboratorio y gabinete poco ayudan a confirmar o descarta la depresión, ya que en un electroencefalograma solo se encontrarán datos durante el sueño y los exámenes de laboratorio probablemente en depresiones severas estarán alterados los linfocitos T, uno de los componentes más importantes del sistema inmunitario.⁴⁷

1.2.7 Diagnostico Diferencial

Se debe de descartar con:

- Enfermedades: Neurológicas, endocrinas e infecciosas.
- Farmacológicas: Anestésicos, antiinflamatorios, antihipertensivos, antineoplásicos esteroides y hormonas.
- Otras enfermedades psiquiátricas: T. Adaptativo con estado de ánimo depresivo, T. Por abuso de sustancias, T. De ansiedad⁴⁸.

⁴⁶ MICHELLE MORRISON..fundamentos de enfermería en salud mental Pp.304

⁴⁷ MICHELLE MORRISON Op.cit. Pp.305

⁴⁸ Spitzer M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Pp.1306

1.2.8 Cuadro Clínico

Las conductas que se asocian a la depresión van desde la parálisis a la agitación. Cualquier pensamiento, movimiento o actividad expresa sentimientos de escasa valía, culpa y desesperación. La apariencia física decae, comer y dormir resultan tareas desagradables, la mala concentración y la incapacidad para realizar los quehaceres desencadenan sentimientos de impotencia y desesperanza. Se abrigan pensamientos suicidas, de modo que el suicidio se considera como la única forma de salir de la desgracia. El individuo literalmente se arrastra durante el día incapaz de funcionar, de llevar a cabo nada e interesado solo en su propio sentimiento. Es un ser humano extraordinariamente angustiado, que se encuentra atrapado en un espiral emocional descendente ⁴⁹

Dentro del cuadro clínico se encuentran involucradas las áreas emocionales como: Ira, ansiedad, apatía, negación de sentimientos, culpa, desamparo, soledad, baja autoestima, tristeza.

En el área física se encuentran datos como: anorexia, estreñimiento, fatiga, cefalea, alteraciones menstruales, falta de respuesta sexual, modificaciones en el peso. En el área intelectual se encuentran datos como: Confusión, pensamientos destructivos, pérdida de interés y motivación.

En el área conductual se encuentran: Agresividad, agitación, adicción a las drogas o al alcohol, irritabilidad, labilidad emocional, aislamiento social, escasa higiene personal. ⁵⁰

La depresión grave y prolongada aumenta el riesgo de contraer una enfermedad. Diferentes estudios han demostrado una asociación entre el estrés o la depresión y la baja actividad de los linfocitos T cooperadores, uno de los componentes del sistema inmunitario. El seguimiento a largo plazo de individuos deprimidos ha

⁴⁹ MICHELLE MORRISON. Fundamentos de Enfermería en salud mental Pp.305

⁵⁰ MICHELLE MORRISON Op.Cit. Pp .305

puesto de manifiesto que la persona deprimida presenta una actividad física y mental similar o incluso peor que la de un enfermo crónico.⁵¹

El DSM IV, nos dice que para realizar el diagnóstico según criterios se debe tomar en cuenta:

- Que se presenten 5 o más de los síntomas durante un periodo de 6 semanas, que presenten un cambio con respecto a la actividad previa.
- Que los síntomas no cumplan los criterios para un episodio mixto.
- Los síntomas provocan malestar significativo o deterioro social o laboral.
- Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos de una sustancia.
- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo.⁵²

1.2.9 TRATAMIENTO.

El plan terapéutico se divide en tres fases:

Fase de tratamiento agudo: Dura de 6 a 12 semanas, su objetivo consiste en reducir los síntomas y conductas inapropiadas. La hospitalización puede ser necesaria si presenta un deterioro tan intenso que le impide continuar con sus actividades cotidianas o si existen tendencias suicidas que no permiten dejarle solo.⁵³

Fase de continuación: Su objetivo es evitar la recidiva del estado emocional. Este periodo suele prolongarse durante 4 a 9 meses y se lleva a cabo de manera ambulatoria. Los pacientes continúan con la psicoterapia y medicación.

⁵¹ MICHELLE MORRISON. Fundamentos de Enfermería en salud mental Pp.306

⁵² Spitzer M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Pp.1307

⁵³ MICHELLE MORRISON Op.cit.Pp.308

Fase de mantenimiento: Se centra en prevenir las recidivas. La medicación de mantenimiento evita un nuevo episodio de depresión.⁵⁴

Terapia farmacológica:

Es un pilar fundamental del tratamiento de los T. Del estado de ánimo .Su utilización se debe de valorar, controlar y evaluar de forma cuidadosa, debido a la posibilidad de efectos secundarios y abuso farmacológico.

Los fármacos más utilizados son los antidepresivos y los antimaníacos.

Los Antidepresivos se dividen en 5 categorías:

- Tricíclicos: (Imipramina, amitriptilina).
- No tricíclicos.
- IMAO (Inhibidores de la monoaminoxidasa).
- ISRS (Inhibidores Selectivos de la recaptura de serotonina).

INSRS (Inhibidores No selectivos de la recaptura de serotonina) Fluoxetina, sertralina, paroxetina.⁵⁵

TEC (Terapia Electro Convulsiva): Fue introducida en la década de 1930 para tratar la depresión grave.

Consiste en producir una convulsión generalizada controlada al hacer pasar una corriente eléctrica al cerebro, se cree que actúa elevando el nivel de neurotransmisores (noradrenalina), que está disminuido. Se utiliza cuando no se ha tenido resultado con los fármacos.⁵⁶

⁵⁴ Spitzer M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Pp.1307

⁵⁵ MICHELLE MORRISON..Fundamentos de enfermería en salud mental Pp.309

⁵⁶ 3MICHELLE MORRISON Op. Cit. Pp.309

Psicoterapia: La terapia cognitivo conductual se aplica para ayudar al paciente a identificar y corregir sus pensamientos y actos autodestructivos.

La terapia personalista asiste al paciente en sus relaciones e interacciones.

La terapia psicodinámica facilita el desarrollo de la introspección personal.⁵⁷

Pronóstico:

El 25% experimenta recurrencia en los primeros 6 meses y de un 30 a un 50% en los primeros 2 años y entre un 50% y un 75% en 5 años.

La incidencia de recaídas es mucho menor en los pacientes que siguen un tratamiento farmacológico con fines profilácticos.

1.2.10 Suicidio

Concepto:

Es la acción de quitarse la vida intencionadamente.⁵⁸

El suicidio ha sido históricamente una solución ante los grandes obstáculos o decepciones de la vida.

Las conductas autodestructivas suelen adoptar dos formas:

Directa e indirecta.

Las conductas autodestructivas directas comprenden cualquier forma de conducta suicida activa, como son las amenazas, actitudes o intentos de acabar intencionadamente con la propia vida. En este caso el individuo es consciente y pretende alcanzar el resultado deseado: La muerte.

Las conductas autodestructivas indirectas comprenden cualquier comportamiento o acción que pueda acabar en una afectación o destrucción del bienestar individual. Pueden no ser conscientes del riesgo de autolesión que corren cuando adoptan estas actitudes y niegan que exista peligro.⁵⁹

⁵⁷ Spitzer M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Pp.1307

⁵⁸ MICHELLE MORRISON, Fundamentos de enfermería en salud mental Pp.309

⁵⁹ MICHELLE MORRISON, Op.cit. Pp.309

En la dimensión física, las ideas suicidas producen muchos de los cambios bioquímicos corporales que aparecen en la depresión. Es habitual que los suicidas ni coman ni beban ni descansen lo suficiente para conservar los niveles de energía necesarios⁶⁰

El método elegido para suicidarse varía según el sexo: Los hombres prefieren confiar en las armas de fuego, ahorcarse o ahogarse, en tanto que las mujeres prefieren las dosis de pastillas o inhalación de monóxido de carbono.

Es frecuente que los suicidas amenacen con intentar suicidarse y, a continuación busquen tratamiento expresando conductualmente sus sentimientos de ambivalencia.

En los suicidas la ira y agresividad se dirigen hacia si mismos. El temor a ser abandonado o rechazado se suma a esta dinámica. La culpabilidad también puede llevar al suicidio. Los suicidas cargan con la culpa del mundo. La dimensión emocional queda marcada por abrumadores sentimientos de desamparo.⁶¹

⁶⁰ MICHELLE MORRISON, Fundamentos de enfermería en salud mental, Pp.309

⁶¹ MICHELLE MORRISON Op.cit. Pp.309

1.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

1.3.1 Cuidados en el ámbito hospitalario:

Las personas con problemas de salud mental son hospitalizadas cuando sus comportamientos suponen una amenaza para sí mismos o para los demás.

Cuando se trabaja con enfermos mentales, el primer paso consiste en obtener una base de datos lo más completa posible. Dado que estas alteraciones afectan a todas las áreas funcionales, el personal de enfermería debe de realizar las historias completas y valorar permanentemente el estado físico, las percepciones y los comportamientos de los pacientes.⁶²

1.3.2 Atención ambulatoria

El personal de enfermería ayuda a los pacientes a afrontar sus actividades cotidianas. Se realizan los diagnósticos de enfermería y las intervenciones básicas se acuerdan entre el equipo terapéutico (y siempre que sea posible el paciente)⁶³

Una vez que el paciente ha regresado a la comunidad, los centros de salud mental le proporcionan los cuidados de seguimiento necesarios para ayudarle a funcionar eficazmente en su ámbito; no obstante hay muchos servicios de los que se carece debido a las inestables fuentes de financiación.

La mayoría de los enfermos mentales crónicos viven con sus familias, que precisan bastante apoyo para poder afrontar la convivencia eficazmente.

⁶² Cook Sue J. Enfermería psiquiátrica Pp,430

1.3.3 Rehabilitación Psiquiátrica:

Consiste en ayudar a las personas con una enfermedad mental grave a que afronten eficazmente sus situaciones vitales. En el abordaje multidisciplinario se aplican los conocimientos de médicos, enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, dietólogos y otros especialistas.⁶⁴

⁶³ Cook Sue Op. Cit Pp. 430

⁶⁴ Rodríguez S. Bertha A. Op. Cit. Pp. 51

1.4 MODELO DE RELACIÓN DE PERSONA A PERSONA.

Joyce Travelbee fue una enfermera que ejerció y enseñó enfermería psiquiátrica y escribió sobre ella. Sentía que la enfermería precisaba “una revolución humanística, que la centrara de nuevo en su función asistencial, en la atención y apoyo de las personas enfermas.”⁶⁵

1.4.1 Principales conceptos y definiciones

Ser humano

Individuo único e irremplazable, irrepetible en este mundo, parecido pero diferente a cualquier otra persona que haya existido o vaya a existir jamás.

Paciente

Seres humanos que necesitan atención, servicios y asistencia de otros seres humanos quienes se supone capaces de presentar los cuidados necesarios.

Enfermera

Ser humano que posee un sustrato de conocimientos especializados que es capaz de aplicar su objetivo de ayudar a otros seres humanos a prevenir la enfermedad, recuperar la salud, encontrar un sentido a la enfermedad o mantener el grado máximo de salud.⁶⁶

Enfermedad

Es una categoría y una clasificación. Travelbee no utilizó el término enfermedad como definición de una situación de falta de salud, si no que se dedicó a explorar la experiencia humana de la enfermedad.

⁶⁵ Marriner Tomey Ann Modelos y teorías en enfermería Pp364

⁶⁶ Marriner Tomey Ann Op. Cit. Pp. 364

Sufrimiento

Sensación de malestar que comprende desde una simple molestia transitoria de tipo mental, físico o espiritual, hasta la angustia extrema y las fases que siguen a esta angustia, principalmente las de desesperación y autoabandono y la fase terminal de indiferencia apática.⁶⁷

Comunicación

Proceso por el cual la enfermera es capaz de establecer una relación de persona a persona con el paciente.

Interacción Enfermera – paciente

Cualquier contacto establecido entre una enfermera y una persona enferma y se caracteriza por el hecho que ambos individuos se perciben recíprocamente desde una perspectiva estereotipada.⁶⁸

Relación de persona a persona

Es una experiencia que vive la enfermera y el receptor de sus cuidados. La principal característica de estas experiencias es que satisfacen las necesidades de enfermería que presentan los individuos.⁶⁹

Encuentro original

Son las primeras impresiones que recibe el profesional de enfermería de la persona enferma y viceversa.

Revelación de identidades

El profesional de enfermería y la persona enferma empiezan a verse mutuamente como individuos únicos.

Empatía

Capacidad de compartir la experiencia de la otra persona.

Simpatía

Se produce cuando el personal de enfermería desea aliviar la causa de la enfermedad o el sufrimiento del paciente.

⁶⁷ Marriner Tomey Ann Modelos y teorías en enfermería Pp364

⁶⁸ Marriner Tomey Ann Modelos y teorías en enfermería Pp.365

Compenetración

Se caracteriza por acciones de enfermería que mitigan el sufrimiento de una persona enferma.⁷⁰ **(ANEXO 2)**

⁶⁹ Marriner Tomey Ann Op.cit.Pp.365

⁷⁰ Ibidem Pp 366

CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La atención de enfermería de los pacientes con trastornos del estado de ánimo engloba al conjunto de la persona, en primer lugar hay que valorar el nivel de depresión del paciente, tras lo cual una historia de enfermería y una exploración física completa ayudaran a establecer los datos de base.

Las intervenciones de enfermería en el aspecto físico consisten en ayudar al paciente en su higiene personal, mantener un adecuado estado nutricional y estimular la actividad física. Si el paciente presenta tendencias suicidas, hay que tomar precauciones y observaciones especiales.¹

Desde el punto de vista emocional, la atención de enfermería gira en torno a la relación terapéutica. La aceptación y el apoyo son las herramientas más poderosas en esta área. Una vez consolidado el ambiente de confianza, el paciente siente que tiene el ánimo necesario para afrontar sus problemas.

El personal de enfermería debe recordar que estos pacientes necesitan una dosis adicional de paciencia y una actitud no enjuiciadora cuando intentan cumplir con sus quehaceres.

Las instrucciones deben darse con claridad y lentitud, y repetirse tantas veces como sea necesario, sin perder la paciencia.

En el aspecto social, la mayoría de las personas con trastornos del estado de ánimo están solas y temen relacionarse.²

2.1.1 PRESENTACIÓN DEL CASO:

Nombre:G.S.R.

Edad:24 años.

Estado civil: Casada.

Ocupación: Ama de casa.

¹ Cook Sue J.Enfermería psiquiátrica Pp.435

² Cook Sue J. Op. Cit. Pp.430

Escolaridad: Secundaria.

Procedencia: Parral Chihuahua

Domicilio actual: Zarco 105 Barrio El Arbolito. Pachuca Hidalgo.

Religión: Católica.

Motivo de consulta: Intento de suicidio

2.1.2 Diagnóstico médico

Depresión moderada sin rasgos psicóticos(F32.2)

2.1.3 Antecedentes heredofamiliares

Madre con hipertensión desde hace cinco años, en su adolescencia cursó con anorexia.

Padre con alcoholismo desde hace 30 años.

Hermana con tratamiento de depresión actualmente.

2.1.4 Antecedentes personales no patológicos:

Habitación elaborada con block y cemento, tres recámaras, sala comedor y cocina. Habitan 5 personas. Cuentan con energía eléctrica, agua y drenaje.

Cuentan con transporte y vías de comunicación.

2.1.5 Antecedentes personales patológicos:

Niega alergias.

Quirúrgicos: A los 6 años operada de apendectomía.

Niega transfusiones.

En la adolescencia refiere un intento de suicidio (con paracetamol)

2.1.6 Padecimiento actual y tratamiento

Paciente femenino, de 24 años de edad, casada, niega uso de sustancias psicotrópicas ocasionalmente consume alcohol, y tabaco. Inicia con alteraciones del afecto y humor hace aproximadamente hace tres años, posterior a cambio de residencia. Con tristeza casi todos los días, durante la mayor parte del día hipersensibilidad afectiva, tendencia al llanto, problemas para concentrarse y para iniciar cualquier actividad, incluso el cuidado de su hijo y su higiene personal. Refiere agudización de estos síntomas desde hace ocho días, con llanto

frecuente, ideas de culpa, minusvalía, sensación de tristeza constante, ideas de muerte, insomnio casi total, ansiedad.

Al examen mental se encuentra en malas condiciones de higiene y aliño, lentitud psicomotor, pobre capacidad para centrar la atención y mantenerla, marcha lenta, llorosa, alteraciones en el flujo del pensamiento, coherente, congruente sin elementos psicóticos, refiere ideas de muerte, discurso lento, poco audible.

La causa de consulta: Es referida de Hospital General por intento de suicidio por ingesta de medicamento. Por lo que ingresa a la sala de Unidad de agudos para vigilancia y tratamiento.³

2.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA:

Usuaría femenina, adulto joven de edad aparente a la cronológica, orientada en sus tres esferas, indiferente al medio, deficiente higiene y aliño, facies de tristeza, lenguaje parco, coherente, congruente, no establece contacto visual, niega alteraciones de la sensorio-percepción, afecto inapropiado (refiere que nadie la quiere), con ideas de daño.

A la exploración física se observa en malas condiciones de higiene y aliño, palidez de piel y tegumentos, mucosas orales secas, halitosis, adoncia parcial (1 diente incisivo y dos molares) peso 47 Kgrs., talla de 1.55 mts. malos hábitos higiénico dietéticos, piel seca,

A la toma de signos vitales se registra: Presión arterial: 110/60mm/Hg, Frecuencia cardíaca 64 pulsaciones por minuto, frecuencia respiratoria 16 respiraciones por minuto, temperatura de 35.7°C.

Para la valoración de Enfermería utilicé la guía según patrones funcionales de salud para el usuario mental. **(ANEXO 2)**⁴

I Patrón percepción/mantenimiento de la salud

No cuenta con casa propia, ya que viven con la familia de su esposo, la cual tiene todos los servicios, es de cemento y block, niega hacinamiento.

No cuenta con servicio médico, consume ocasionalmente cigarro y alcohol.

³ Expediente clínico

II Patrón nutricional /metabólico

Su peso se encuentra por debajo de límites normales, talla adecuada.

Se observa con piel un poco seca, mucosas orales secas, halitosis.

No cuenta con estudios de laboratorio ni de gabinete.

Su alimentación es a base de carbohidratos, consume poca leche, carne 2 veces por semana, pocos líquidos.

III Patrón de eliminación:

Refiere padecer de estreñimiento, micciona 3-4 veces al día, canaliza gases.

IV Patrón actividad/ejercicio

Realiza actividades propias de ama de casa, no realiza ejercicio.

V Patrón sueño/reposo

Habitualmente duerme de 5 a 6 horas diarias, refiere falta de concentración, no realiza ninguna práctica especial para conciliar el sueño. La Calidad del sueño no es buena, ya que refiere despertar continuamente.

VI Patrón cognitivo/perceptual:

Se encuentra orientada en forma global, a la exploración física/neurológica se observan pupilas isocóricas con respuesta, motricidad y sensibilidad sin alteraciones, refiere no hay alucinaciones de ningún tipo y fobias.

Memoria sin alteraciones, pero refiere dificultad para concentrarse. Su razonamiento es alterado.

VII Patrón de autoimagen/autoconcepto

Se observa nerviosa, ligeros temblores en ambas manos, sentimientos de culpa, pobre contacto ocular, pobre autoestima.

La percepción que tiene sobre si misma es pobre ya que refiere su familia estaría mejor sin ella, siente que es la culpable de los problemas de los demás.

⁴ Rodríguez S. Bertha A. Proceso Enfermero aplicación actual Pp.88

VIII Patrón rol/relaciones:

Se muestra con llanto fácil, algunas veces con coraje, las personas con las que convive son su esposo, suegra y una cuñada y con ambas es mala la relación; con su esposo últimamente discute por la falta de privacidad para ella y su niño.

La persona mas significativa para ella es su niño de un año.

IX Patrón sexualidad/reproducción:

Niega haber padecido de enfermedad venérea o de transmisión sexual. En dos ocasiones a cursado con micosis vaginal.

Menarca a los 12 años, duración de menstruación 3 días, gestas 1, partos 0 abortos 1, cesareas 1.

El método de planificación que usa es el preservativo. Nunca se ha practicado una citología vaginal. Tampoco practica la exploración mamaria.

X Patrón afrontamiento/estrés

Se observa con manos húmedas, negación del problema, hipersensibilidad a la crítica.

La respuesta familiar también es deficiente, ya que el esposo refiere falta de tiempo para dedicárselo a ella ya que trabaja 10 horas diarias.

XI Patrón valores /creencias

La Paciente es de religión católica y su esposo y la familia de él son de religión cristiana.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

- Riesgo de autolesión relacionado con ideas de muerte manifestado por verbalización de la paciente.

- Aislamiento social relacionado con depresión manifestado por expresión de sentimientos de soledad y rechazo.
- Déficit de autocuidado: baño e Higiene relacionado con falta de motivación manifestado por Aspecto sucio y descuidado.
- Alteración de los patrones del sueño relacionado con manifestado por falta de concentración y somnolencia durante el día.
- Afrontamiento familiar ineficaz relacionado con disputas conyugales y conflictos de rol manifestado por poca comunicación entre la pareja y familia.
- Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con conocimientos insuficientes de la enfermedad.
- Desesperanza relacionado con separación de su hijo manifestado por falta de energía y facies de tristeza.

2.3 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.3.1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:(1)

- Riesgo de autolesión relacionado con ideas de muerte.

OBJETIVOS

- Que la usuaria preserve el instinto de vida.
- Que la señora desista del deseo de lesionarse.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Valorar el nivel de riesgo (Alto, moderado, severo)
- Mantenerla en un ambiente supervisado (Evitar cristales, tijeras, cuerdas. etc.).
- Enseñar a la familia a reconocer señales de riesgo, así como implicarlos en la planificación de los cambios de roles y funciones
- Identificar y establecer redes de apoyo.
- Establecer contacto visual, lograr empatía y compenetración con la señora para comprender mejor su problema.

FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES

- Las personas que experimentan múltiples sucesos significativos en la vida junto con mínimas redes de apoyo y patrones de afrontamiento desadaptativas están en mayor riesgo de intentar el suicidio.
- La tasa de suicidio es elevada en las personas deprimidas.
- Mantenerla en un ambiente seguro evitará el riesgo de autolesiones para la Señora.
- La familia establece la mejor red de apoyo, además que funcionará mejor con el aumento de opciones disponibles y mediante el uso del proceso de renegociación de los contratos de relación.
- Joyce Travelbee señala que si la enfermera logra empatía con el paciente, se tendrá la capacidad de predecir la conducta de la persona, y si se logra la compenetración se alcanzarán acciones de enfermería que mitiguen el sufrimiento de los usuarios.⁵

EVALUACION

- La Sra. Expresa deseos de vivir.
- La Sra. Identifica mecanismos de afrontamiento alternativos.
- La familia adquiere el compromiso para asumir el cuidado de su usuaria.

⁵ Marriner Tomey Ann Modelos y teorías en enfermería Pp.366

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (2):

- Aislamiento social relacionado con depresión y baja autoestima manifestado por expresión de sentimientos de soledad y rechazo.

OBJETIVOS

- Que la señora se reincorpore a su ambiente familiar.
- Que la señora Interaccione nuevamente con las personas que conforman su entorno.
- Que la señora se vuelva a sentir aceptada y valorada por sus seres queridos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Establecer Comunicación para lograr la interacción enfermera-paciente.
- Potencializar su autoestima.
- Brindar apoyo emocional.
- Identificar redes de apoyo (grupos de apoyo, familia).
- No abrumarla de actividades programadas.
- Ayudarla a identificar los beneficios de la interacción social.

FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES

- La comunicación es el proceso por el cual, la enfermera es capaz de establecer una relación de persona a persona con el paciente .⁶
- El darle seguridad capacitará a la Sra. A aumentar la interacción con los demás.
- Las ganancias positivas reforzarán el cambio de conducta.
- Los cambios positivos en la conducta deben ser apoyados y reforzados.
- Las ganancias positivas reforzarán el cambio de conducta.

EVALUACION

- La señora coopera poco y no acepta salir de su aislamiento.

⁶ Marriner Tomey Ann Modelos y teorías en enfermería Pp.366

- Se continua trabajando en un cambio de actitud.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (3):

- Déficit de autocuidado: baño e Higiene relacionado con falta de motivación manifestado por aspecto sucio y descuidado.

OBJETIVO:

- La Señora realizará la actividad del baño al nivel óptimo esperado.
- La señora Manifestará satisfacción con los logros.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:

- Animar a la independencia y participación.
- Proporcionar ayuda en las actividades del cuidado personal.
- Evitar juicios.
- Evitar la dependencia progresiva de la Señora cuando ha demostrado capacidad para hacerlo.
- Supervisar la actividad (baño) hasta que la persona sea capaz de realizar la tarea de forma segura y sin ayuda.

FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES

- El proporcionarle higiene a la Sra. Prevendrá la vergüenza social y mejorará la imagen corporal.
- La conducta autodirigida aumentará la autoestima.

EVALUACION

- La Sra. Expresa sensación de comodidad y satisfacción con la limpieza corporal.
- Realiza su baño de manera eficaz.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: (4)

- Alteración de los patrones del sueño relacionado con dificultad para dormir manifestado por falta de concentración y somnolencia durante el día.

OBJETIVOS

- Que la señora pueda obtener un equilibrio óptimo entre la actividad y el reposo. Que la usuaria mejore sus patrones de sueño y descanso, para recuperar su homeostasis.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Preguntarle a la Señora sobre los patrones pasados y presentes, hacer un registro del patrón actual
- Proporcionarle un ambiente tranquilo y comodidad física (temperatura, luz y ruido).
- Establecer un horario para un programa de actividades durante el día.
- Evitar el ejercicio o alguna actividad física justo antes de dormir.
- Limitar la ingesta de bebidas con cafeína y exceso de carbohidratos.
- Evitar que duerma durante el día.
- Enseñarle técnicas sencillas de relajación (música, respiración, masaje).
- Recomendar un baño con agua caliente.
- Tomar alimentos que facilitan el sueño.(leche, lechuga)

FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Un ambiente tranquilo disminuirá la estimulación y la hiperactividad.
- La disminución de la estimulación puede aumentar la capacidad para dormir.
- Las medidas sedantes naturales pueden mejorar los patrones de sueño de la Sra.
- Ciertos alimentos ayudan a conciliar el sueño como son: la leche, quesos ,jamón, huevo y almendras contienen triptófano que es un aminoácido esencial precursor de serotonina.

EVALUACION

- La Señora expresará que ha dormido 6 horas seguidas.
- La Señora identifica y realiza técnicas de relajación que inducen al sueño.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (5):

Afrontamiento familiar ineficaz relacionado con disputas conyugales y conflictos con su esposo manifestado por poca comunicación entre la pareja y familia.

OBJETIVO

- Que la señora mejore la comunicación y relaciones con su esposo y la familia de su esposo, para así resolver los conflictos y mal entendidos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Disuadir de culpar a alguien, pero permitir la expresión de la ira.
- Aclarar los sentimientos de los miembros de la familia.
- Dar la oportunidad a la familia la oportunidad de comentar su visión de la situación.
- Planificar Su plan de alta (programas de actividad, control de estrés, comunicación, solución de problemas).
- Enseñar los síntomas de la recaída.

FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- La expresión de sentimientos y la escucha activa ayuda a la paciente a disminuir el estrés.
- Clarificar los temas, aumenta la participación activa en el aprendizaje.
- El incluir a la familia ayuda a la señora a evitar la frustración.

EVALUACIÓN

- La señora, su esposo y la familia de su esposo establecen objetivos de cambio a corto y largo plazo.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (6).

Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionado con conocimientos insuficientes de la enfermedad.

OBJETIVOS

- La señora y su familia identificarán signos y síntomas acerca de la depresión, así como los datos de alarma.
- La señora y la familia llevarán a la práctica conductas saludables necesarias o deseadas para la recuperación de la enfermedad y la prevención de las recurrencia o complicaciones.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Se dará información acerca de la patología a la familia y usuaria como son etiología, signos y síntomas, tratamiento, cuidados.
- Identificar los factores etiológicos o relacionados que impiden un manejo eficaz.
- Transmitir confianza y seguridad.
- Escuchar para descubrir preocupaciones, no para imponer expectativas.
- Aceptar a las personas tal y como son.
- Usar técnicas de modificación de la conducta (registrar la conducta, práctica guiada, refuerzo positivo)
- Mantener contactos preestablecidos en persona o por teléfono.
- Considerar los grupos de autoayuda.

FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES

- El conocimiento genera confianza, reduce la incertidumbre, ayuda a enfrentar los desafíos cotidianos.
- El ser aceptado en un grupo aumenta la autoconfianza.
- Los grupos de autoayuda proveen una red de apoyo para mantener la recuperación de sus miembros.

EVALUACION

- La señora refiere menos ansiedad en relación con el temor a lo desconocido.

- La señora y la familia describen el proceso de la enfermedad, las causas y los factores que contribuyen a los síntomas, así como el régimen para el control de la enfermedad.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (7):

Desesperanza relacionado con separación de su hijo manifestado por falta de energía y facies de tristeza.

OBJETIVOS:

A corto plazo:

- La señora expresará sentimientos de optimismo.
- La señora exprese expectativas positivas acerca del futuro.

A largo plazo:

- La señora evite recaídas teniendo una proyección a futuro

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Transmitir empatía para favorecer la verbalización de temores.
- Valorar y movilizar los recursos internos de la Sra.(Espiritualidad, pensamientos, valores).
- Valorar y movilizar los recursos externos de la persona.

FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES

- La falta de refuerzos positivos y aprobación, contribuyen a la depresión.
- Joyce Tralbelvee explica que empatía permite lograr un acercamiento con el paciente para lograr una compenetración y poder ayudar logrando una buena relación terapéutica.

EVALUACION:

- La señora muestra un mayor nivel de energía.
- La señora muestra paz y bienestar.

- La señora comparte sus pensamientos con los demás.

2.4 EJECUCION DEL PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Para el abordaje inicial con mi paciente realicé las siguientes intervenciones:

- Establecí contacto directo y logre hacer empatía con la señora.
- Se estableció vigilancia estrecha por ideación suicida.
- Me apoyé en el modelo de Joyce Travelbee para establecer una relación de persona a persona logrando la compenetración a través de la empatía .
- Se ministró el medicamento prescrito por el médico (antidepresivos como la fluoxetina 1tableta de 20 mg. cada 24 horas y un modulador del estado de ánimo como el valproato de magnesio, de 200 mg. cada 8 horas).
- Se establecieron redes de apoyo como la familia, un grupo de autoayuda y principalmente se logró que la paciente hiciera insight.
- Se canalizó con el departamento de psicología y trabajo con la terapia cognitivo conductual.
- Como enfermera se aplicó la terapia de remotivación.
- En coordinación con la dietóloga se estableció una dieta hipercalórica, con abundantes líquidos tomando en cuenta la economía de la paciente y su familia.
- Previo consentimiento de la paciente y su esposo se aplicó dispositivo intrauterino para evitar posible embarazo.
- En coordinación con trabajo social se contactó con DIF más cercano a su domicilio para solicitar apoyo con su medicamento. Cabe señalar que en el servicio se le apoyó con medicamento para una semana.
- En coordinación con el departamento de psicología se concientizó a la familia para disminuir fricciones y que acepten a la señora .

2.3.2 Plan de alta

La estancia de la señora en Villa Ocaranza fue de 10 días y a su egreso se le realiza un plan de alta.

En el hogar:

- Tomar su medicamento en los horarios y dosis establecidas.
- Ante cualquier síntoma de alarma acudir a consulta.
- No suspender su medicamento sin previa autorización.
- Llevar una dieta adecuada rica en triptófano (leche, jamón, quesos, almendras)
- Técnicas de relajación como la respiración y música.
- Terapia ocupacional.(Hacer labores del hogar, tejer o bordar ,ocuparse de su hijo y esposo).
- Para evitar resequedad en la piel, lubricarla dos veces al día.

A la familia:

- Se le recomienda al esposo apoyarla, no juzgarla y mejorar la comunicación.
- Vigilancia del apego al tratamiento de su paciente.
- A la familia se le recomendó respetar sus creencias y no forzarla a cambiar de religión.
- Se sugiere continuar con las terapias familiares y terapia cognitivo conductual.
- Se recomienda continuar con un método de planificación familiar para evitar un embarazo hasta lograr una estabilidad familiar.

Recomendaciones Generales:

- Acudir cada seis meses a revisión del dispositivo intrauterino.
- Acudir al DIF de su colonia para que la apoyen con su medicamento.
- Asistir a sus consultas programadas.

Conclusiones

Como rasgo característico del ejercicio profesional, el proceso de enfermería tiene para las enfermeras numerosas ventajas, como: Mejorar la calidad del cuidado que ofrecemos a los pacientes, incrementar la acreditación del personal, fomenta la investigación y la docencia.

Cuando hablo de calidad, me refiero a que Existen indicadores de la calidad del cuidado, pero uno de los más significativos para la enfermería es la percepción que el paciente tiene acerca de sus logros y de los métodos utilizados por enfermería para alcanzarlos.

El proceso incrementa la acreditación del personal de enfermería porque a pesar de que actualmente las enfermeras contamos con cierto reconocimiento social, no se ha alcanzado el grado deseado, ya que debido a cuestiones económicas se reemplaza al profesional por otro de menor preparación. El proceso de enfermería es el vehículo a través del cual mediante el registro de las diferentes etapas , el profesional puede mostrar sus competencias para discernir, tomar decisiones y actuar para el cuidado de las personas ,familia o comunidad.

En el campo de la investigación el proceso de enfermería es una herramienta útil, ya que gracias a esto se siguen desarrollando nuevos diagnósticos y validando los ya existentes.

Así mismo en la docencia, el proceso de enfermería sirve para organizar contenidos de asignaturas, unidades.

Es un instrumento ideal para dirigir los trabajos en la experiencia clínica.

De manera personal el aplicar el proceso de enfermería en mi práctica profesional me ha sido de gran utilidad, ya que me ha ayudado a sistematizar mis cuidados, a mejorar la calidad de ellos y a crecer como profesional de la salud.

Al término de este trabajo puedo expresar que me dejó una grata experiencia, ya que pude aplicar un modelo de enfermería a mi paciente, logrando resultados positivos; ya que el modelo aplicado (J.Travelbee) lo pude adaptar a las características específicas de mi usuaria.

Sugerencias

En lo personal utilizar el proceso enfermero y un modelo de enfermería en mi práctica profesional me resultó un experiencia muy productiva ya comprobé que mejora la calidad de los cuidados y además, me hizo crecer profesionalmente y como persona.

Y a pesar de que hay un auge en el tema, aun falta mucho por trabajar para que sea aceptado por algunas compañeras y que se empiece a utilizar de manera definitiva.

Me quedo con el compromiso de continuar aplicando el proceso en mis pacientes, así como concientizar a mis colegas enfermeras para que utilicen el proceso enfermero y los modelos de enfermería.

En la práctica psiquiátrica el proceso enfermero y los modelos de enfermería son muy útiles para brindar a los usuarios una atención de calidad y calidez.

Glosario

Abuso de sustancias: Consumo inapropiado de una droga o un medicamento y que da lugar a una adicción.

Afecto: Manifestación externa de los sentimientos y las emociones.

Agitación psicomotriz: Aumento de la conducta motora.

Aislamiento social: Pérdida de la compañía de las demás personas.

Alucinación: Percepción sensorial falsa sin que existan estímulos externos.

Ansiedad: Sensación vaga e incómoda que experimenta el individuo frente a un estrés real o imaginario

Animo: Estado subjetivo de los sentimientos de individuo

Autoconcepto: Todas las actitudes, ideas, creencias, y convicciones que forman el conocimiento que la persona tiene sobre sí misma.

AVISA: Años de vida saludable.

Autoestima: Juicio que hace el individuo sobre su propia valía.

Comorbilidad: Presencia simultánea de dos trastornos.

Empatía: Capacidad para compartir las emociones y los estados de ánimo de otra persona.

Intento suicida: Acción seria y autodirigida con el objeto de dañarse o quitarse la vida.

Inshit: Comprender la realidad.

Memoria: Capacidad para recordar acontecimientos.

Negación: Mecanismo de defensa en donde el individuo no reconoce los hechos dolorosos.

Psicoterapia: Método para tratar los trastornos mentales mediante técnicas psicológicas.

ANEXOS

Bibliografía

Carpenito Lynda Juall Manual de diagnósticos de enfermería Editorial Mc Grawll-Hill-Interamericana. Novena edición 2003. Pag.794

Cook Sue J. Enfermería Psiquiátrica Editorial Mc Grawll-Hill-Interamericana. Cuarta Edición 2003. Pag.779.

Jiménez de Esquenazi Teresa. El Proceso de enfermería, una metodología para la práctica Editorial Orión Primera Edición. Colombia 1997. Pag.152

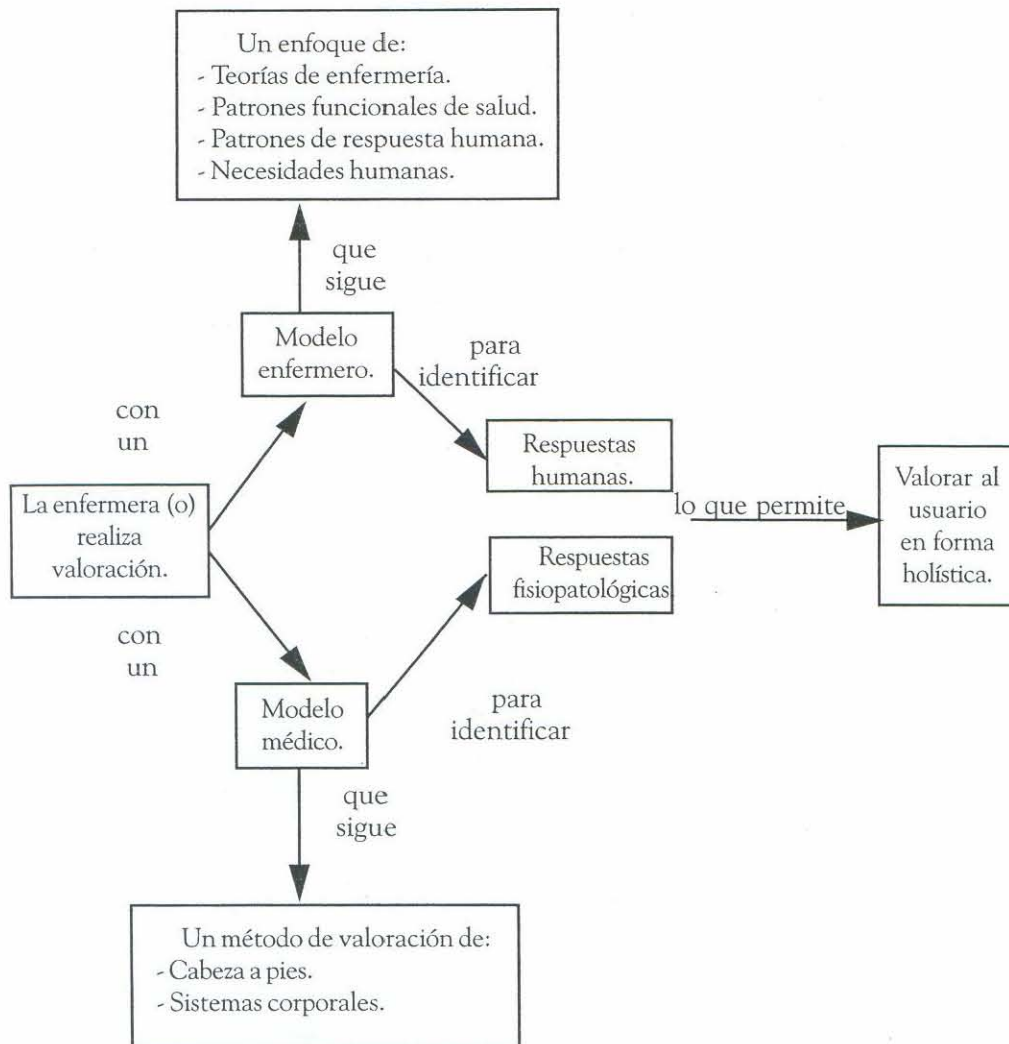
Morrison Michelle. Fundamentos de enfermería en salud mental Edit. Harcourt Brace Madrid España 1999.Pag.520

Rodriguez S. Bertha A. Proceso Enfermero, aplicación actual Editorial Cuéllar Segunda Edición.Guadalajara Jal. 2003. Pag.277

Spitzer M. Manual diagnostico y estadístico de las enfermedades mentales Editorial Mc Grawll-Hill- Interamericana.Octava edición 2006 Pag. 989

Por último, el examen físico incluye la somatometría (estatura, peso, perímetros y segmentos corporales), estos parámetros también nos permiten valorar en forma general el estado de salud del usuario, al identificar el crecimiento normal y anormal de las estructuras corporales; al mismo tiempo que sirven para calcular dosis de medicamentos por parte del médico.

Valoración de Enfermería.



Instituto Mexicano del Seguro Social.
Delegación Jalisco.
Coordinación Delegacional de Educación Médica.
Escuela de Enfermería en Guadalajara con enseñanza incorporada a la
Universidad de Guadalajara.

Guía de valoración según patrones funcionales
de salud para el usuario con alteración mental.

Datos biográficos e institucionales:

Fecha _____
Fecha de ingreso _____

Nombre _____ Género _____
Edad _____ Estado civil _____
Escolaridad _____ Ocupación _____
Religión _____ Domicilio _____ Teléfono _____
Número de afiliación _____ Servicio _____ Cama _____
Ingreso económico familiar mensual _____
Motivo de la visita o principal problema _____
Fuente(s) de información durante la valoración, especificar: _____

Diagnóstico médico _____
Tratamiento médico actual _____

Antecedentes:

Enfermedades anteriores _____

Historia familiar de enfermedad _____

Historia de la enfermedad actual _____

I Patrón percepción / mantenimiento de la salud.

Servicios con los que cuenta la casa – habitación especificar: _____

Características higiénicas de la vivienda, especificar: _____

Hábitos higiénicos que practica el usuario en el hogar, especificar: _____

Contacto con enfermos infectocontagiosos () en caso afirmativo, especificar: _____

Contacto con animales domésticos () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? _____

Existencia de hacinamiento en el hogar ()

Existencia de factores de riesgo en la comunidad, hogar y laboral () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? _____

Asistencia periódica al médico () en caso negativo, especificar ¿por qué? _____

Tratamiento médico en el hogar, especificar ¿cuál? _____

Seguimiento del tratamiento médico () en caso negativo, especificar ¿por qué? _____

Existencia de automedicación () en caso afirmativo, especificar ¿cuál? _____

Realización de cuidados para conservar y recuperar la salud () en caso negativo, especificar ¿por qué? _____

Existencia de algún tipo de alergia () en caso afirmativo, especificar ¿cuál y a qué? _____

Existencia de toxicomanías () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? ¿frecuencia? y ¿cantidad? _____

II Patrón nutricional / metabólico.

| Estado físico actual. | | |
|----------------------------|--------------------------|-------------------|
| Peso _____ | Talla _____ | Perímetros _____ |
| Temperatura corporal _____ | | Glucemia _____ |
| Características de: | | |
| - Piel _____ | | |
| - Cabello _____ | | |
| - Uñas _____ | | |
| - Mucosa oral _____ | | |
| - Encías _____ | | |
| - Lengua _____ | | |
| - Labios _____ | | |
| - Faringe _____ | | |
| - Dentadura _____ | | |
| Presencia de: | | |
| -Anorexia | <input type="checkbox"/> | |
| -Náusea | <input type="checkbox"/> | |
| -Vómitos | <input type="checkbox"/> | especificar _____ |
| -Pirosis | <input type="checkbox"/> | |
| -Polifagia | <input type="checkbox"/> | |
| -Polidipsia | <input type="checkbox"/> | |
| -Regurgitaciones | <input type="checkbox"/> | |
| -Disfagia | <input type="checkbox"/> | |
| -Edema | <input type="checkbox"/> | especificar _____ |
| -Dolor gastrointestinal | <input type="checkbox"/> | especificar _____ |
| -Crecimiento ganglionar | <input type="checkbox"/> | especificar _____ |
| -Heridas | <input type="checkbox"/> | especificar _____ |
| -Infusiones | <input type="checkbox"/> | especificar _____ |
| -Drenajes | <input type="checkbox"/> | especificar _____ |
| -Mericismo | <input type="checkbox"/> | |
| -Bulimia | <input type="checkbox"/> | |
| -Coprofagia | <input type="checkbox"/> | |
| -Pica | <input type="checkbox"/> | |
| -Otros | <input type="checkbox"/> | especificar _____ |
| | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | <input type="checkbox"/> | _____ |

Resultados de estudios de laboratorio y gabinete (registrar fecha). _____

Existencia de cambios recientes en el peso () en caso afirmativo, especificar: _____

Alimentación acostumbrada en el hogar, especificar: _____

Restricciones dietéticas () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? _____

Ingesta habitual de líquidos, especificar cantidad : _____

Aceptación e ingesta de la dieta prescrita en la unidad hospitalaria () en caso negativo, especificar ¿por que? _____

Ingesta de líquidos en 24 horas durante la hospitalización, especificar ¿cantidad? _____

Existencia de problemas con las defensas del organismo () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? _____

Existencia de intolerancia alimentaria () en caso afirmativo, especificar: _____

III Patrón de eliminación.

| Estado físico actual. | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Características de: | | | |
| - Orina | | | |
| - Heces | | | |
| - Sudor | | | |
| - Peristaltismo intestinal | | | |
| Presencia de: | | | |
| - Halitosis | <input type="checkbox"/> | - Goteo y salida de orina | <input type="checkbox"/> |
| - Flatulencia | <input type="checkbox"/> | - Disuria | <input type="checkbox"/> |
| - Masa rectal palpable | <input type="checkbox"/> | - Oliguria | <input type="checkbox"/> |
| - Esfuerzo al defecar | <input type="checkbox"/> | - Poliuria | <input type="checkbox"/> |
| - Constipación | <input type="checkbox"/> | - Hematuria | <input type="checkbox"/> |
| - Hemorroides | <input type="checkbox"/> | - Coluria | <input type="checkbox"/> |
| - Dolor al evacuar | <input type="checkbox"/> | - Proteinuria | <input type="checkbox"/> |
| - Urgencia para defecar | <input type="checkbox"/> | - Glucosuria | <input type="checkbox"/> |
| - Distensión abdominal | <input type="checkbox"/> | - Polaquiuria | <input type="checkbox"/> |
| - Fisuras | <input type="checkbox"/> | - Nicturia | <input type="checkbox"/> |
| - Incontinencia fecal | <input type="checkbox"/> | - Tenesmo urinario | <input type="checkbox"/> |
| | | - Incontinencia urinaria | <input type="checkbox"/> |
| | | - Retención urinaria | <input type="checkbox"/> |
| | | - Eneuresis | <input type="checkbox"/> |
| | | - Sonda de drenaje urinario | <input type="checkbox"/> |
| - Ostomías | <input type="checkbox"/> | especificar _____ | |
| - Otros | <input type="checkbox"/> | especificar _____ | |

Resultados de estudios de laboratorio y gabinete (registrar fecha) _____

Eliminación intestinal habitual, especificar características y frecuencia: _____

Evacuaciones en 24 horas durante la hospitalización, especificar: _____

Eliminación urinaria habitual, especificar características y frecuencia: _____

Micciones en 24 horas durante la hospitalización, especificar: _____

Empleo de auxiliares o medicamentos para la defecación () en caso afirmativo especificar ¿cuáles? _____

Medidas utilizadas para facilitar la micción () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? _____

IV Patrón actividad / ejercicio.

| | |
|---|---|
| Estado físico actual. | |
| Frecuencia cardiaca _____ | Frecuencia del pulso _____ |
| Tensión arterial _____ | Frecuencia respiratoria _____ |
| Características de: | |
| - Pulso _____ | |
| - Llenado capilar _____ | |
| - Ritmo cardiaco _____ | |
| - Respiración _____ | |
| - Secreciones broncopulmonares _____ | |
| - Fuerza muscular _____ | |
| - Tórax _____ | |
| - Postura _____ | |
| Presencia de: | |
| - Soplos <input type="checkbox"/> | - Disnea <input type="checkbox"/> |
| - Distensión venosa yugular <input type="checkbox"/> | - Aleteo nasal <input type="checkbox"/> |
| - Piel marmórea <input type="checkbox"/> | - Cianosis <input type="checkbox"/> |
| - Sudoración fría <input type="checkbox"/> | - Estertores <input type="checkbox"/> |
| - Palpitaciones <input type="checkbox"/> | - Tos <input type="checkbox"/> |
| - Lipotimias <input type="checkbox"/> | - Disfonia <input type="checkbox"/> |
| - Vértigos <input type="checkbox"/> | - Tiraje <input type="checkbox"/> |
| - Acúfenos <input type="checkbox"/> | - Sibilancias <input type="checkbox"/> |
| - Fosféneos <input type="checkbox"/> | - Epistaxis <input type="checkbox"/> |
| - Falta de energía <input type="checkbox"/> | - Ortopnea <input type="checkbox"/> |
| - Malestar y debilidad con el con el ejercicio <input type="checkbox"/> | especificar _____ |
| - Inflamación de articulaciones <input type="checkbox"/> | especificar _____ |
| - Contracturas musculares <input type="checkbox"/> | especificar _____ |
| - Limitaciones para el movimiento <input type="checkbox"/> | |
| - Tic <input type="checkbox"/> | |
| - Compulsión <input type="checkbox"/> | |
| - Manerismo <input type="checkbox"/> | |
| - Ecoproxia <input type="checkbox"/> | |
| - Estereotipia <input type="checkbox"/> | |
| - Catatonia <input type="checkbox"/> | |
| - Hiperactividad <input type="checkbox"/> | |
| - Cataplexia <input type="checkbox"/> | |
| - Acatisia <input type="checkbox"/> | |
| - Otros <input type="checkbox"/> especificar _____ | |

Resultados de estudios de laboratorio y gabinete (registrar fecha) _____

Actividades que puede realizar para el autocuidado (alimentación, higiene, funciones de eliminación y vestido / acicalamiento), especificar _____

Actividades de recreación habituales, especificar ¿cuáles? _____

Actividades de recreación durante la hospitalización, especificar ¿cuáles? _____

Realización de prácticas deportivas, especificar ¿cuáles? _____

V Patrón reposo / sueño.

| Presencia actual de: | | |
|---------------------------------|--------------------------|---|
| - Cansancio | <input type="checkbox"/> | - Indiferencia <input type="checkbox"/> |
| - Postura de cansancio | <input type="checkbox"/> | - Confusión <input type="checkbox"/> |
| - Temblor de manos | <input type="checkbox"/> | - Falta de concentración <input type="checkbox"/> |
| - Ojeras | <input type="checkbox"/> | - Habla pausada <input type="checkbox"/> |
| - Párpados inflamados | <input type="checkbox"/> | - Insomnio <input type="checkbox"/> |
| - Enrojecimiento de conjuntivas | <input type="checkbox"/> | - Hipersomnio <input type="checkbox"/> |
| - Bostezos | <input type="checkbox"/> | - Bruxismo <input type="checkbox"/> |
| - Expresión vacía | <input type="checkbox"/> | - Sonambulismo <input type="checkbox"/> |
| | | - Parálisis del sueño <input type="checkbox"/> |
| Otros <input type="checkbox"/> | especificar _____ | |
| _____ | | |

Horas de sueño habituales en 24 horas, especificar: _____

Periodos habituales de descanso al día, especificar: _____

Prácticas habituales para conciliar el sueño, especificar ¿cuáles? _____

Calidad del sueño, especificar _____

VI Patrón cognitivo / perceptual.

Estado físico y mental actual.

Nivel de conciencia _____
 Orientación (persona, tiempo y espacio) especificar: _____

Escala de Glasgow _____

Presencia de:

| | |
|---|--|
| - Crisis convulsivas <input type="checkbox"/> | - Dolor <input type="checkbox"/> especificar _____ |
| - Midriasis <input type="checkbox"/> | - Afasia <input type="checkbox"/> especificar _____ |
| - Miosis <input type="checkbox"/> | - Hiperestesia <input type="checkbox"/> especificar _____ |
| - Anisocoria <input type="checkbox"/> | - Hipoestesia <input type="checkbox"/> especificar _____ |
| - Irritabilidad <input type="checkbox"/> | - Parestesia <input type="checkbox"/> especificar _____ |
| - Ataxia <input type="checkbox"/> | - Parálisis <input type="checkbox"/> especificar _____ |
| | - Alucinaciones <input type="checkbox"/> especificar _____ |
| | - Obsesiones <input type="checkbox"/> especificar _____ |
| | - Fobias <input type="checkbox"/> especificar _____ |
| | - Otros <input type="checkbox"/> especificar _____ |

Problemas con:

La memoria especificar _____
 La concentración especificar _____
 El razonamiento especificar _____

Alteraciones:

Vista especificar _____
 Olfato especificar _____
 Audición especificar _____
 Gusto especificar _____
 Equilibrio especificar _____

Presencia de reflejos, especificar: _____

Características de reflejos, especificar: _____
 Características del tono muscular, especificar _____

Resultados de estudios de laboratorio y gabinete (registrar fecha) _____

Características de la información que tiene el usuario / familia sobre su enfermedad y cuidados, especificar : _____

Existencia de capacidad en el usuario para la toma de decisiones () en caso negativo especificar ¿por qué? _____

Personas que deciden por el usuario, especificar: _____

VII Patrón de autoimagen / autoconcepto.

| Presencia actual de: | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| - Nerviosismo | <input type="checkbox"/> | - Conducta violenta | <input type="checkbox"/> |
| - Suspiros | <input type="checkbox"/> | - Dificultad para relajarse | <input type="checkbox"/> |
| - Temblores | <input type="checkbox"/> | - Vergüenza | <input type="checkbox"/> |
| - Sentimientos de culpa | <input type="checkbox"/> | - Dependencia | <input type="checkbox"/> |
| - Mal contacto ocular | <input type="checkbox"/> | - Otros | <input type="checkbox"/> |
| - Apatía | <input type="checkbox"/> | especificar _____ | |

Percepción que tiene el usuario sobre sí mismo, especificar: _____

Aceptación de su imagen corporal () en caso negativo, especificar ¿razones? _____

Existencia de trastornos con la identidad personal () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? _____

Satisfacción en el cumplimiento de su cometido. () en caso negativo, especificar ¿ por qué ? _____

Existencia de preocupaciones () en caso afirmativo, especificar ¿ cuáles ? _____

Existencia de algún temor () en caso afirmativo, especificar ¿a qué? _____

Estado de ánimo del usuario, especificar: _____

Cooperación en sus cuidados () en caso negativo, especificar ¿ por qué? _____

Ayuda que la enfermera (o) puede brindarle, especificar: _____

VIII Patrón rol / relaciones.

| Presencia actual de : | | | |
|------------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| - Dificultad para concentrarse | <input type="checkbox"/> | - Disgrafía | <input type="checkbox"/> |
| - Cambios en el estado de ánimo | <input type="checkbox"/> | - Dislalia | <input type="checkbox"/> |
| - Tristeza | <input type="checkbox"/> | - Soliloquio | <input type="checkbox"/> |
| - Llanto | <input type="checkbox"/> | - Incoherencia | <input type="checkbox"/> |
| - Incapacidad para llorar | <input type="checkbox"/> | - Disartria | <input type="checkbox"/> |
| - Cólera. | <input type="checkbox"/> | - Proligidad | <input type="checkbox"/> |
| - Dificultades en la participación | <input type="checkbox"/> | - Coprolalia | <input type="checkbox"/> |
| - Aislamiento | <input type="checkbox"/> | - Otros | <input type="checkbox"/> |
| - Rememoraciones | <input type="checkbox"/> | especificar _____ | |
| - Dislexia | <input type="checkbox"/> | _____ | |

Personas con las que convive diariamente, especificar ¿cuáles? _____

Personas significativas para el usuario, especificar ¿cuáles? _____

Existencia de dificultades en la familia () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? _____

Existencia de dificultades en la familia para el cuidado del usuario () en caso afirmativo, especificar ¿razones? _____

Personas que dependen del usuario, especificar : _____

Dificultades para el cumplimiento del rol () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? _____

Existencia de abandono en el usuario () en caso afirmativo, especificar ¿de que tipo? _____

Ayuda que la enfermera (o) puede brindarle, especificar: _____

IX Patrón sexualidad / reproducción.

| | |
|--|--|
| Estado Físico y mental actual | |
| Presencia de alteraciones en genitales () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? | |
| Presencia de alteraciones en glándulas mamarias () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? | |
| Presencia de: | |
| - Exhibicionismo <input type="checkbox"/> | - Hiperexcitabilidad sexual <input type="checkbox"/> |
| - Voyerismo <input type="checkbox"/> | - Fetichismo <input type="checkbox"/> |
| - Paidofilia <input type="checkbox"/> | - Problemas con la identidad sexual <input type="checkbox"/> |
| - Transvestismo <input type="checkbox"/> | - Otros <input type="checkbox"/> especificar _____ |

Resultados de estudios de laboratorio y gabinete (registrar fecha)

Mujer ♀

Menarquia _____ días por ciclo _____ fecha de la última menstruación _____
Gestaciones _____ partos _____ abortos _____ cesáreas _____
Métodos de planificación familiar que utiliza, especificar: _____

Práctica de autoexploración de glándulas mamarias () en caso negativo, especificar ¿por qué? _____

Práctica de citología vaginal () en caso negativo, especificar ¿por qué? _____

Hombre ♂

Número de hijos _____
Práctica de autoexamen testicular () en caso negativo, especificar ¿por qué? _____

Enfermedades de transmisión sexual que ha padecido, especificar: _____

Existencia de limitaciones y cambios en la conducta o actividad sexual () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? _____

X Patrón afrontamiento / estrés.

| Presencia actual de : | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| - Inquietud | <input type="checkbox"/> |
| - Tensión muscular | <input type="checkbox"/> |
| - Postura rígida | <input type="checkbox"/> |
| - Manos húmedas. | <input type="checkbox"/> |
| - Boca seca. | <input type="checkbox"/> |
| - Negación del problema | <input type="checkbox"/> |
| - Hipersensibilidad a la crítica. | <input type="checkbox"/> |
| - Conducta manipuladora | <input type="checkbox"/> |
| - Autocompasión | <input type="checkbox"/> |
| - Conducta autodestructiva. | <input type="checkbox"/> |
| especificar _____ | |
| - Cambios en el estilo de vida | <input type="checkbox"/> |
| especificar _____ | |
| - Otros | <input type="checkbox"/> |
| especificar _____ | |

Respuesta personal ante una situación de estrés, especificar: _____

Respuesta familiar ante una situación de estrés, especificar: _____

Actividades que relajan al usuario, especificar: _____

Respuesta personal del usuario ante su enfermedad, especificar: _____

Existencia de dificultades familiares para afrontar el problema de salud del usuario () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? _____

Existencia de búsqueda y aceptación de cuidados para la conservación y/o recuperación de la salud () en caso negativo especificar ¿por qué? _____

Ayuda que la enfermera(o) puede proporcionar al usuario / familia, especificar: _____

XI patrón valores / creencias.

Actitud religiosa del usuario, especificar: _____

Existencia de conflictos internos sobre creencias () en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? _____

Existencia de incapacidad para realizar prácticas religiosas habituales () en caso afirmativo, especificar ¿por qué? _____

Mitos y creencias del usuario / familia relacionados con la enfermedad mental, especificar: _____

Ayuda que la enfermera(o) puede brindarle, especificar: _____

| | |
|-------------------------------------|---------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | En caso de estar presente |
| <input type="checkbox"/> | () SI o NO según proceda |

Nota: Recuerde que todos los datos obtenidos en una valoración deben ser
VALIDADOS.

Revisaron: Martha Lila Ocegüera Tirado y María Teresa Dueñas García.

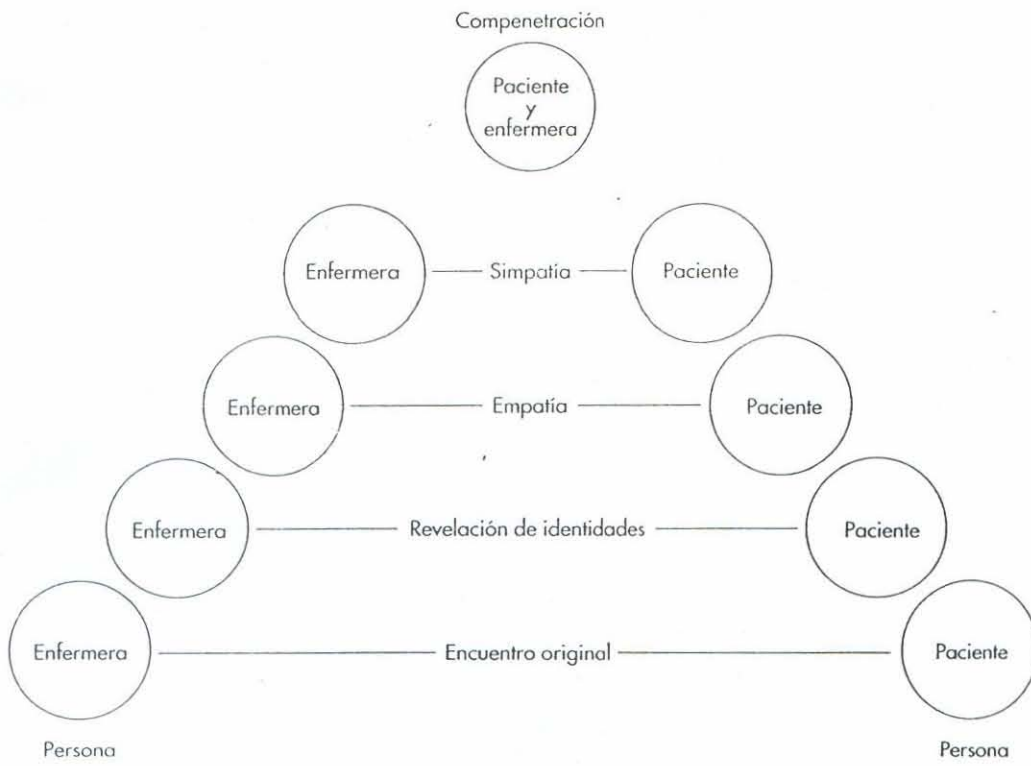


Fig. 24-2. **Relación de persona a persona.** Elaborado por William Hobbie y Theresa Lansinger sobre la base de los trabajos de Joyce Travelbee.

Valoración de Enfermería.

