

PLAN DE CUIDADO AL PACIENTE DIABETICO CON SINDROME DE ANSIEDAD Y DEPRESION.

CARE PLAN DIABETIC PATIENT WITH SYNDROME OF ANXIETY AND DEPRESSION

María Arias P¹, María Orfa Ochoa², Leonor Luna T³, Gloria Urbano F, Oscar Aguinaga B.

1. MsC. en enfermería, énfasis en gerencia de los servicios de salud, PhD(E), Docente Universidad Nacional de Colombia. mtariasp@unal.edu.co, Bogotá, Colombia.
2. Magister en Género, Enfermera. Profesora Asociada: Facultad de enfermería, Universidad Nacional de Colombia. moochoam@unal.edu.co, Bogotá, Colombia.
3. Magister en Gerontología, Enfermera. Profesora Asociada: Facultad de enfermería, Universidad Nacional de Colombia. llunat@unal.edu.co, Bogotá, Colombia.
4. Magister en Enfermería, Enfermera. Profesora Asociada: Facultad de enfermería, Universidad Nacional de Colombia. gsurbanof@unal.edu.co, Bogotá, Colombia.
5. Magister en Desarrollo Social y Educativo, Enfermero. Psicólogo. Profesor Titular: Facultad de enfermería, Universidad Nacional de Colombia. owaquinagab@unal.edu.co, Bogotá, Colombia

Recibido:	08	08	2014	Revisado:	21	09	2014
Corregido:	01	10	2014	Aceptado:	01	12	2014

Estilo de referencias: Vancouver APA 6 Harvard ICONTEC

RESUMEN

Objetivo: Proponer un plan de cuidado de enfermería específico para paciente diagnosticado con Diabetes Mellitus que presenta signos y síntomas de Ansiedad y Depresión. **Método:** Se realizó un plan de cuidado de enfermería, que partió de los resultados obtenidos en la investigación “Signos y síntomas de Ansiedad y Depresión en pacientes diagnosticados con Enfermedad Crónica”. Para efectos de este artículo se tomaron los 83 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus (D.M) de la muestra total. **Resultados:** el estudio revelo presencia de signos y síntomas de Ansiedad y Depresión. En el grupo de los pacientes diagnosticados con DM, según el inventario BECK II más del 60% presentan algún grado de depresión y según la escala HADS

para Depresión el 39.8% presenta un cuadro dudoso o problema clínico y para Ansiedad el 37.3% es dudoso o problema clínico. A partir de esta evidencia se realizó un Plan de Cuidado de Enfermería abordando los diagnósticos prioritarios en los 12 dominios para adulto. Según la evidencia los pacientes que acuden al servicio de urgencias por una enfermedad orgánica: Diabetes presentan signos y síntomas de Ansiedad y/o Depresión, por tanto debe brindarse un cuidado integral que vea a la persona como ser biopsicosocial. **Conclusiones:** Se demuestra la necesidad de ejecutar un plan de cuidado específico donde se aborden las principales necesidades orgánicas y mentales del paciente trayendo beneficios tanto para este como para las instituciones. Además abrimos la posibilidad de medir el impacto de dichas intervenciones, esto contribuiría a aumentar el conocimiento y valor de la labor desempeñada por enfermería.

Palabras Clave: Ansiedad, Depresión, Diabetes Mellitus, Cuidado de enfermería

ABSTRACT

Objective: To propose a plan of nursing care for specific patient diagnosed with Diabetes Mellitus who have signs and symptoms of Anxiety and Depression. **Methods:** We performed a nursing care plan, which left the results of the investigation "Signs and symptoms of anxiety and depression in patients diagnosed with Chronic Illness." For purposes of this article were taken of 83 patients diagnosed with Diabetes Mellitus (DM) of the total sample. **Results:** The study revealed the presence of signs and symptoms of Anxiety and Depression. In the group of patients diagnosed with diabetes, according to the inventory BECK II more than 60% have some degree of depression according to HADS Depression 39.8% for a table or doubtful clinical problem and 37.3% for anxiety is questionable or clinical problem. From this evidence was made a Nursing Care Plan addressing priority diagnoses in the 12 adult domains. According to the evidence that patients presenting to the emergency room for an organic disease, signs and symptoms of anxiety and / or depression, therefore should be provided comprehensive care to see the person as a biopsychosocial. **Conclusions:** We found the need to implement a specific care plan which would address the main needs and organic mental patient bringing benefits to both the east and to the institutions. Also open the possibility of measuring the impact of such interventions; this would help to increase awareness and value of work performed by nurses.

Keywords: Anxiety, Depression, Diabetes Mellitus, nursing care.

INTRODUCCION

Atendiendo a la necesidad e importancia de brindar un cuidado de enfermería integral a la persona diagnosticada con Diabetes Mellitus (DM), se observó que los pacientes que acuden al área de urgencias a consultar por su enfermedad orgánica presentan signos y síntomas de ansiedad y depresión, los cuales en ocasiones pasan desapercibidos para el equipo de salud, en tanto que la preocupación de los profesionales se centra en la atención de la urgencia vital.

Esta observación y la falta de registros en la institución que demuestren que la persona con enfermedad crónica presenta signos y síntomas de ansiedad y depresión, fueron la pauta de investigación para que un grupo de profesores de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia iniciaran su trabajo denominado “Signos y síntomas de Ansiedad y Depresión en pacientes diagnosticados con Enfermedad Crónica” incluyendo en esta no solo la Diabetes sino otras enfermedades crónicas como la Angina de Pecho (AP), el Infarto Agudo de Miocardio (IAM), la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Teniendo en cuenta que la Diabetes Mellitus hace parte del grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia crónica, con alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas que resultan de defectos en la secreción o en la acción de la insulina y en cuya sintomatología clásica se presenta polidipsia, poliuria, pérdida de peso y visión borrosa (1) y que además predispone alteraciones psicológicas en quien la padece.

La diabetes mellitus está asociada a depresión ya que produce un desequilibrio entre los niveles de neurotransmisores como la norepinefrina y la serotonina, responsables de causar estados de depresión; cuando hay inhibición en la secreción de insulina se produce una hiperglucemia crónica que está asociada con una disminución en la concentración de serotonina y al aumento de los receptores de la misma en la corteza y tallo cerebral (2). El cuadro clínico clásico de la depresión se caracteriza por la presencia de cambios en el apetito, pérdida o ganancia de peso, trastornos del sueño, pérdida de energía, inquietud o irritabilidad, sentimientos de culpa, falta de concentración, pensamientos suicidas y llanto fácil, en quien la padece, de esta forma afecta tanto el nivel físico, psicológico y social de la persona.

Las estadísticas estiman que las enfermedades crónicas no transmisibles y los problemas de salud mental en los países en desarrollo representarán hasta 56 % de la carga total de enfermedad para el año 2020 (3) y la Diabetes Mellitus es considerada dentro de las condiciones médicas crónicas una de las más demandantes en términos físicos, psicológicos y emocionales (4) debido al régimen, posibles complicaciones y a los continuos ajustes que debe hacer quien la padece.

Recientes estudios han revelado que “las personas con Diabetes tienen más probabilidades de tener Depresión que los individuos que no tienen Diabetes” (5) Según Fabián (2010) (6) la prevalencia de síntomas de ansiedad en un grupo de 741 pacientes con Diabetes fue de 8.0% (59/741) y la de síntomas de Depresión de 24.7% (183/741) y la prevalencia de síntomas de Ansiedad y Depresión de 5.4% (40/741), reafirmando así lo mencionado por la Internacional Diabetes Federation; Collins y otros(2009) (7), hablan sobre la prevalencia de síntomas de Ansiedad y Depresión en pacientes diagnosticados con Diabetes es considerablemente mayor en relación con la población general.

Anderson y otros (2001) (8) realizan un meta-análisis en el que encontraron que 1 de cada 4 pacientes con Diabetes presentó cuadro clínico de Depresión lo suficientemente grave como para requerir atención y así concluye que la presencia de Diabetes duplica las probabilidades de tener Depresión, también se encuentran estudios como el de Jimenez y Dávila (2007) (4) en el que se afirma que los síntomas de Ansiedad usualmente relacionados al estrés, han demostrado estar significativamente asociados con una conceptualización negativa de la Diabetes, y así cada día se revela nueva evidencia sobre la presencia de alteraciones mentales en los pacientes diabéticos, debido entre otros factores a la gran demanda de autocontrol que exige esta enfermedad y a las limitaciones que causa, además al ser una enfermedad crónica se aumenta la preocupación por una probable y anticipada muerte ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los pacientes con Diabetes el riesgo de muerte es al menos dos veces mayor que en las personas sin Diabetes (9).

Egede y Ellis en la revisión que realizaron para la Internacional Diabetes Federation (IDF) publicada en la 4ta. Edición del IDF Diabetes Atlas en 2009 encontraron que: la Depresión en las personas con Diabetes se asocia con disminución de la adherencia al tratamiento, mal control metabólico, el aumento de las complicaciones, disminución de la calidad de la vida, el aumento en el uso de servicios sanitario, los costos, el aumento de la discapacidad, la pérdida de productividad y el aumento del riesgo de muerte (10). Y es que la asociación entre enfermedad mental y orgánica ha demostrado que afecta directamente la calidad de vida en quienes la padecen ya que en el paciente diabético,

este aspecto está relacionada con el control metabólico, el que a su vez depende de múltiples factores psicosociales y conductuales (3); diferentes estudios como por ejemplo Machado y otros o el de Salazar y otros, han encontrado que altos niveles de Depresión y Ansiedad se relacionan con una disminución de la calidad de vida de los pacientes con diabetes (11) y en general que la calidad de vida se ve más comprometida en presencia de Ansiedad/ Depresión (12).

La Diabetes Mellitus es una patología que se ha convertido en una problemática a nivel mundial, según la IDF: se calcula que aproximadamente 285 millones de personas en todo el mundo padecen esta enfermedad, y que el 6,6% dentro del grupo de edad de 20 a 79, tendrán Diabetes en el 2010; alrededor del 70% de las mismas vive en países de ingresos medios y bajos. Se calcula que esta cifra aumentará en más de un 50% en los próximos 20 años si no se ponen en marcha programas de prevención. Para 2030, se prevé que alrededor de 438 millones de personas, o el 7,8% de la población adulta, tendrá diabetes. Los mayores aumentos tendrán lugar en las regiones dominadas por las economías en desarrollo (13).

En el 2010 la Diabetes en Colombia fue la casusa de 11 401 defunciones (14) y se estima que la prevalencia de Diabetes Mellitus para el mismo año es de 1 427 300 de personas; un 4.8% de las personas entre los 20 y 79 años padece esta enfermedad y actualmente se encuentra en el penúltimo lugar a nivel de Sur América y América latina (15) esta cifra es alarmante y llama a trabajar en pro de un cuidado integral para este significativo grupo de personas. Este contexto resalta la importancia que debe tener para los profesionales de enfermería contribuir con la promoción y recuperación de la salud en este grupo de pacientes.

El objetivo de este artículo es proponer un plan de cuidado de enfermería específico para pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus que presentan signos y síntomas de Ansiedad y Depresión, partiendo no solo de la revisión mencionada anteriormente sino también de los resultados obtenidos a partir de la investigación realizada entre julio de 2010 y julio de 2011 denominada "Signos y Síntomas de Ansiedad y Depresión en pacientes diagnosticados con Enfermedad Crónica" y desarrollada en el área de urgencias del Hospital Universitario Mayor MÉDERI durante este período.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello" es

por esto que los profesionales de enfermería están llamados a hacer uso de este instrumento propio de la profesión, empezando por llevarlo al ámbito hospitalario, haciendo esquemas mentales que le permitan poner en práctica intervenciones específicas a la hora de dar cuidado a los pacientes, Ramírez y Lazcano (1990) concluyen que la función del enfermero(a) es mantener estable al paciente, mientras va haciendo mentalmente un plan de cuidado a corto plazo, establecer una relación efectiva enfermera(o) – paciente - familia para orientar sobre principios como: aspectos generales de la enfermedad, alimentación, ejercicio, control metabólico, como prevenir infecciones y cuales son y cómo se manejan los riesgos (16) estas son tareas básicas que debe realizar el profesional de enfermería que atiende a un paciente diagnosticado con Diabetes ya que los enfermeros(as) están llamados a ser entes educadores que favorecen la promoción de la salud y el cumplimiento del tratamiento específico para contribuir en el fortalecimiento del bienestar físico, psicológico y social del paciente.

MATERIALES Y METODOS

Se tomó como base la investigación “Signos y Síntomas de Ansiedad y Depresión en pacientes diagnosticados con Enfermedad Crónica” estudio de tipo exploratorio transversal que se llevó a cabo en los diferentes servicios del área de urgencias del Hospital Universitario Mayor “MEDERI”: Sala de emergencias (SALEM) Unidad de cuidado coronario, (UCC) y los Módulos de medicina interna hombres y mujeres; tomando como universo los pacientes que ingresan a esta área el período de tiempo comprendido desde julio de 2010 a julio de 2011.

La población objeto de estudio fueron 201 pacientes diagnosticados con enfermedad crónica, de este grupo se tomó una muestra de N:83 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus que cumplieran los criterios de inclusión tenidos en cuenta en la investigación: pacientes hospitalizados entre julio de 2010 y julio de 2011, con diagnóstico de diabetes mínimo hace dos años, haber estado hospitalizados en el área de urgencias mínimo 24 horas, tener capacidad física (excepto la enfermedad de base) y mental competente y autorizar su participación mediante la firma del consentimiento informado; fueron excluidos los pacientes que incumplieron algunos de los criterios de inclusión anteriormente mencionados o aquellos que aun cumpliendo estos criterios estuvieran recibiendo tratamiento farmacológico antidepressivo.

Para identificar la posible presencia de signos y síntomas de ansiedad y depresión se utilizaron dos escalas de valoración:

Tabla 1. Interpretación de resultados para la escala de ansiedad y depresión HADS * y el inventario depresión BECK **

ESCALA	INTERPRETACIÓN	PUNTAJE
HADS - Ansiedad y Depresión	Normal	0 - 7 puntos
	Dudoso	8 -10 puntos
	Problema clínico	>10 puntos
BECK II - Depresión	No depresión	0-9 puntos
	Depresión leve	10-18 puntos
	Depresión moderada	19-29 puntos
	Depresión grave	> 30 puntos

*Zigmond y Snaith (1983) **Aaron Beck y cols. (1961)

Una de ellas es la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS que fue diseñada por Zigmond y Snaith y publicada por primera vez en el Acta Psychiatrica Scandinavica en junio de 1983 (17), La traducción y adaptación al castellano fue realizada por Snaith y Cols y en 1986 validada por Tejero y cols (18) y es utilizada para detección sintomatología cognitiva de estados de Depresión y Ansiedad en el contexto hospitalario (19). Esta escala cuenta con 14 ítems, divididos 7 para detectar ansiedad y 7 depresión y cuya intensidad y frecuencia se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0 - 3) al finalizar se realiza una sumatoria y se cuenta la puntuación total para interpretar los hallazgos (ver tabla 1).

La otra escala aplicada fue el Inventario para Depresión de BECK II diseñada por Aaron Beck y Cols. publicada por primera vez en Archives of General Psychiatry en 1961 (20), adaptado y traducido al castellano por Vázquez y Sanz (1991); y desde entonces se ha republicado y utilizado de forma valida y confiable (21) para medir los síntomas de Depresión; este inventario consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la Depresión, cada ítem se valora en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0 - 3) según la gravedad en la alternativa escogida y la puntuación total varía de 0 a 63 dividido en rangos para la interpretación de los hallazgos (ver tabla 1).

Adicionalmente se diligencio un instrumento con datos socio-demográficos donde se interrogó sobre aspectos relacionados con: procedencia, género, edad, estado civil, ocupación, estancia hospitalaria, servicio, enfermedad(s) que padece y hace cuanto había sido diagnosticada(s), nivel escolaridad, actividades que realiza en su tiempo libre, antecedentes médicos personales y familiares y por ultimo si estaban o no

recibiendo tratamiento antidepresivo (ver tabla 2). Finalmente se hizo un análisis de resultados utilizando el programa de estadística: SPSS versión 19.

RESULTADOS

Presencia de signos y síntomas de Ansiedad y Depresión. Al aplicar el instrumento de caracterización socio-demográfica a los 83 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus que cumplieron con los criterios de inclusión para este estudio se encontró:

Tabla 2. Caracterización Socio demográfica

CARACTERISTICA SOCIODEMOGRAFICAS		RECUENTO	% DEL N DE LA TABLA
PROCEDENCIA	Andina	78	94.0%
	Caribe	1	1.2%
	Pacífico	4	4.8%
GÉNERO	Femenino	33	39.8%
	Masculino	50	60.2%
EDAD	20 - 40 años	5	6.0%
	41 - 60 años	15	18.1%
	más de 60	63	75.9%
ESTADO CIVIL	Casado	45	54.2%
	Divorciado	7	8.4%
	Soltero	10	12.0%
	Unión libre	21	25.3%
OCUPACION	Desempleado	9	10.8%
	Empleado	12	14.5%
	Pensionado	51	61.4%
	Trabajador Independiente	11	13.3%
ESTANCIA HOSPITALARIA	1-5 días	81	97.6%
	6-10 días	2	2.4%
SERVICIO	Módulos	72	86.7%
	SALEM	7	8.4%
	UCC	4	4.8%
TIEMPO DE DIAGNOSTICO	2-4 años	31	37.3%
	5-7 años	13	15.7%

	mas 8 años	39	47.0%
DIAGNOSTICOS (*)	DM	42	50.6%
	DM+AP	7	8.4%
	DM+AP+IR	2	2.4%
	DM+EPOC	12	14.5%
	DM+EPOC+AP	3	3.6%
	DM+EPOC+IR	3	3.6%
	DM+IAM	6	7.2%
	DM+IR	8	9.6%
NIVEL ESCOLAR	Bachillerato	29	34.9%
	Ninguno	7	8.4%
	Primaria	39	47.0%
	Técnico	3	3.6%
	Universitario	5	6.0%
TIPO DE PARTO	Natural	83	100.0%
GESTACION PLANEADA	No	26	31.3%
	Si	57	68.7%
QUIRURGICOS	No	21	25.3%
	Si	62	74.7%
PSIQUIATRICOS	No	79	95.2%
	Si	4	4.8%
TRAUMATICOS	No	49	59.0%
	Si	34	41.0%
TOXICOLOGICOS	No	74	89.2%
	Si	9	10.8%
INSUFICIENCIA RENAL	No	73	88.0%
	Si	10	12.0%
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM)	No	64	77.1%
	Si	19	22.9%
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	No	71	85.5%
	Si	12	14.5%
ANGINA DE PECHO ESTABLE	No	81	97.6%
	Si	2	2.4%

ANGINA DE PECHO INESTABLE	No	82	98.8%
	Si	1	1.2%
DIABETES MELLITUS TIPO I	No	67	80.7%
	Si	16	19.3%
DIABETES MELLITUS TIPO II	No	52	62.7%
	Si	31	37.3%
TRATAMIENTO IMAO (Inhibidores de la monoamino oxidasa)	No	83	100.0%

(*) Diabetes Mellitus (DM), Angina de Pecho (AP), Infarto Agudo de Miocardio (IAM), Insuficiencia Renal (IR), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

También se aplicó la escala HADS para Ansiedad y Depresión, encontrando: en los ítems de depresión que en 50 (60,2%) de los pacientes las características fueron normales, en 19 (22.9%) las características fueron dudosas y 14 (16.9%) presentaron un problema clínico de depresión; en los ítems de ansiedad 52 (62.7%) de los pacientes las características que se encontraron fueron normales, 21 (25.3%) las características fueron dudosas y 10 (12%) presentaron un problema clínico de ansiedad.

Tabla 3. Resultados signos y síntomas de ansiedad y depresión escalas BECK II y HADS

ESCALA	RESULTADO	Recuento	% del N de la tabla
BECK II	Sin Depresión	28	33,7%
	Depresión Leve	26	31,3%
	Depresión Moderada	20	24,1%
	Depresión Grave	9	10,9%
HADS - Depresión	Normal	50	60,2%
	Dudoso	19	22,9%
	Problema Clínico	14	16,9%
HADS- Ansiedad	Normal	52	62,7%
	Dudoso	21	25,3%
	Problema Clínico	10	12%

*HADS: 0-7 Normal; 8-10 Dudoso; >10 Problema clínico *BECK : 0-9Sin depresión; 10-18 depresión leve; 19-29 depresión moderada; 30-63 depresión grave

Al aplicar el inventario de BECK II para depresión se evidencio que 28 (33.7%) pacientes se encuentran sin Depresión, frente a un 66.3 % restante que si presenta algún nivel de Depresión, estos están distribuidos así: 26 (31.3%) pacientes con Depresión leve, 20 (24,1%) con Depresión moderada y 9 (10,9%) con Depresión grave (ver tabla 3).

Estos resultados permiten reafirmar la prevalencia de signos y síntomas de Ansiedad y Depresión en los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus, por lo tanto se hace necesario un abordaje y cuidado integral por parte del profesional de enfermería.

Plan de Cuidado de Enfermería. La Ansiedad y/o Depresión se manifiesta en los pacientes con un cuadro clínico típico, en el caso de la Depresión puede generar en el paciente: alteraciones del sueño como dormir excesivamente o insomnio; en la alimentación un consumo excesivo o evitando comer; descuido en la presentación personal; aislamiento; evitar consumir sus medicamentos; llanto fácil; expresiones de minusvalía; bradilialia, ideación suicida y desinterés por la vida y por las actividades cotidianas; por otro lado la Ansiedad puede generar inquietud motora, diaforesis, taquicardia, logoterapia, irritabilidad, fuga de ideas, falta de concentración y desinterés por terminar las actividades que ha comenzado.

Por tanto es evidente que hay gran demanda de cuidados y se hace necesario dar un abordaje integral en el que se contemple los principales aspectos que intervienen en el tratamiento de las manifestaciones que puede llegar a tener un paciente diagnosticado con Diabetes y que además presenta signos y síntomas de Ansiedad y/o Depresión.

La propuesta de cuidado que se hace a continuación trata los aspectos centrales de dichas patologías, formulando actividades específicas para cada uno de los dominios (adulto) según la NANDA y en dichas intervenciones se tiene en cuenta las recomendaciones e indicaciones dadas en algunas de las guías y protocolos de atención en salud (22-25), tanto para la enfermedad orgánica como para las mentales.

La Alimentación. En este aspecto el enfermero(a) debe dejarle claro al paciente la importancia que tiene la alimentación en su tratamiento, ya que será un área que se tendrá que modificar en la mayoría de los pacientes; primero hay que aclarar que los cambios deben hacerse gradualmente y no de un día a otro, ya que podrían presentarse complicaciones como picos hipoglicémicos, además hay que resaltar al paciente y su familia la importancia de conocer y probar diferentes alimentos y preparaciones,

siempre presentándolos de una forma agradable ya que así no se afecta ni el gusto ni el apetito de la persona.

Es esencial adecuar una dieta individualizada y elaborada por nutrición, donde calculan las necesidades calóricas según el peso (25-40 Kilocorías/Kg/día). El paciente diabético debe consumir entre 5-6 porciones de alimentos diarios, que contenga proteínas (1gr/Kg/día) cada gramo contiene 4 Kcal, carbohidratos un 50-60 % de su dieta c/gr contiene 4 Kcal. (Preferiblemente leguminosas, vegetales y frutas enteras con cascara) grasas 30 % de su dieta, c/gr contiene 9 Kcal y evitar en lo posible grasas saturadas como embutidos, mantequilla, leche entera, carne de cerdo entre otros.

Control de Peso. Parte del autocontrol que debe llevar el paciente diabético es mantener su peso dentro de los parámetros normales para su talla, de ahí la importancia de saber y enseñar cálculos sencillos pero necesarios para que el paciente pueda controlar fácilmente su peso: Primero calcular el Índice de Masa Corporal (IMC) $\text{Peso en Kg} / \text{talla en m}^2$, ver resultado y clasificación (ver tabla No 4). También usar el cálculo de peso máximo para mujeres (25 por la talla en m²) y para hombres (27 por la talla en m²), estas son formas sencillas con las que el paciente debe familiarizarse, ya que de esto depende el ajuste de su dieta; por ejemplo un paciente con obesidad debe restarle a sus necesidades calóricas diarias entre 500 y 1000 Kcal.

Tabla 4. Clasificación del IMC

	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Mujeres	< 25	25 - 29	> 30
Hombres	< 27	27 - 29	> 30

Tomado de: Protocolo de actuación: Diabetes Mellitus tipo 2. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria.

Actividad Física - Ejercicio. El ejercicio regular mejora el metabolismo de carbohidratos, reduce y mantiene el peso, mejora los factores de riesgo cardiovascular y mejora la sensación de bienestar. En este aspecto se debe recalcar al paciente que los beneficios de realizar ejercicio se ven a los 15 días después de iniciar, pero desaparecen a los 3 o 4 días de dejar practicar, de ahí la importancia de acostumbrarse a ellos. El tipo de ejercicio depende de la edad, la preparación y condición física y las preferencias del paciente; lo recomendado es practicar ejercicios tipo aeróbico y con una intensidad moderada, esta se puede calcular así: $220 - \text{edad} = \text{frecuencia cardiaca máxima}$, ó más sencillo si el paciente puede hablar sin dificultad mientras realiza ejercicio quiere decir

que esa es la intensidad adecuada. Se debe iniciar poco a poco hasta adecuar una rutina que de 45 - 60 min cada 3 - 5 días por semana.

Cuidado de los pies. Es de gran importancia recalcar a los pacientes Diabéticos la hidratación de los pies, corte y aseo de uñas, uso de calzado y medias que no generen irritación o lesiones en los pies, también el hecho de no realizar actividades que resulten riesgosas o que pongan en peligro su integridad cutánea.

Medicación. Con los medicamentos para la diabetes se debe ser muy estrictos con los horarios y las dosis; si se lleva autocontrol por medio de glicemia capilar, es necesario reconocer cuando y que cantidad de medicamento ajustar según el reporte de las glucometrias. En el caso de las insulinas hay que explicar a los pacientes la técnica de punción subcutánea y los cuidados con la piel para evitar lesiones.

Autocontrol. Este aspecto es de vital importancia y recoge los temas tratados antes, ya que es responsabilidad de enfermería cerciorarse que el paciente no solo reciba la información, sino que la haya entendido e incentivar que la ponga en práctica ya que la finalidad de estos aspectos es lograr un equilibrio nutricional, prevenir complicaciones y lograr una buena adherencia al tratamiento.

Una estrategia es animar al paciente a llevar una libreta de autocontrol, en la que anote sus citas, los resultados de sus exámenes, el tipo de dieta que está llevando, posibles efectos que le provoca la medicación y dudas que presente a lo largo del tratamiento, e incluso los sentimientos que le genera su enfermedad, así en sus citas de control con enfermería o medicina se pueden resolver dudas y facilitar la evaluación del tratamiento farmacológico y no farmacológico que lleva el paciente , de esta manera se logra intervenir y hacer énfasis en los aspectos que más lo requieran.

Además esta estrategia ayuda al paciente a expresar sus sentimientos y emociones, a hacer catarsis sobre lo que le sucede; disminuyendo los niveles de ansiedad y generando compromiso y responsabilidad consigo mismo para aceptar su condición y así reacomodar su vida.

Tabla 5. Diagnósticos NANDA, Resultados (NOC) e Intervenciones (NIC) del Plan de Cuidado.

DIAGNOSTICO (NANDA) + RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<i>Dominio 1: PROMOCION DE LA SALUD</i>	
<p>Dx_ Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico R/C Déficit de Conocimientos, Complejidad del régimen terapéutico, conflicto de decisiones. E/P verbalización sobre incumplimiento en el tratamiento y falta de conductas saludables, deseo de manejar el tratamiento y prevenir secuelas S/A patología actual.</p> <p>NOC: Conocimiento del régimen terapéutico: descripción del proceso de la enfermedad descripción de efectos esperados y beneficios del tratamiento</p>	<p>NIC: Acuerdos con el Paciente: ayudar al paciente a identificar prácticas que desea cambiar, establecer metas realistas y objetivos a corto y largo plazo, explorar las mejores formas de conseguir los objetivos, identificar recursos disponibles, ayudar a identificar y animar pequeños éxitos.</p> <p>NIC: Asesoramiento: establecer relación terapéutica de confianza y respeto, fomentar la sustitución de hábitos inadecuados por adecuados y establecer metas.</p> <p>NIC: Asesoramiento Nutricional: determinar ingesta y hábitos del paciente, identificar conductas que se desean cambiar, determinar el conocimiento por parte del paciente sobre los 4 grupos alimenticios básicos, requerimientos e ingesta adecuada, facilitar interconsulta con Nutricionista para establecer dieta.</p> <p>NIC: Enseñanza Proceso de Enfermedad: describir signos y síntomas comunes y describir el proceso de la enfermedad.</p>
<i>Dominio 2: NUTRICION</i>	
<p>Dx_ Riesgo de Glicemia Inestable F/R Cocimiento deficiente sobre manejo de diabetes: aporte dietético, monitoreo inadecuado de la glicemia, falta de adherencia al tratamiento, falta de cumplimiento de farmacoterapia, aumento o pérdida de peso.</p> <p>NOC: Nivel de Glicemia:</p>	<p>NIC: Enseñanza de Dieta Prescrita: enseñar corrección de dieta, explicar propósito de la dieta, instruir sobre comidas permitidas y prohibidas, enseñar al paciente a leer las etiquetas y selección de alimentos y remisión al Nutricionista.</p> <p>NIC: Manejo de Hiperglucemia: valorar niveles de glucosa en sangre, mantener vía IV permeable, administración de líquidos, identificar causas e instruir al paciente en la prevención, reconocimiento y actuación ante hiperglucemia.</p> <p>NIC: Manejo de Hipoglucemia: vigilar nivel de glucosa en sangre, mantener vía IV permeable,</p>

<p>concentración, glucosa en sangre y orina</p>	<p>administrar glucosa IV según indicación, prevenir lesiones, heridas, golpes, contusiones, enseñar signos y síntomas, riesgo y tratamiento de la hipoglucemia.</p>
<p>Dx_ Desequilibrio Nutricional por Exceso. R/C Ingesta excesiva en relación con las necesidades metabólicas, ingesta excesiva motivada por ansiedad, IMC aumentado al normal para peso y talla E/P Información u Observación de patrones alimenticios inadecuados S/A Ansiedad y/o Depresión</p> <p>NOC: Control del Peso: mantiene un patrón el alimentario recomendado; demuestra progreso hacia el objetivo.</p>	<p>NIC: Manejo de la Nutrición: determinar una dieta según las necesidades metabólicas del caso, ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, Proporcionar información acerca de necesidades nutricionales y forma de satisfacción.</p> <p>NIC: Modificación de la Conducta: determinar la motivación para el cambio; Identificar fortalezas y reforzarlas; dar seguimiento al caso; reforzar decisiones constructivas.</p> <p>NIC: Control del Peso: discutir sobre riesgos que trae el aumento de peso, establecer el peso ideal del paciente; Motivar al paciente a llevar un registro sobre ingesta de alimentos, sesiones de ejercicio y cambios de peso corporal.</p>
<p>Dominio 4: ACTIVIDAD Y REPOSO</p>	
<p>Dx_ Perfusión Renal Ineficaz R/C Edad avanzada, Infección, Enfermedad renal E/P glucosuria, anuria, oliguria S/A Diabetes Mellitus</p> <p>NOC: Función Renal: ingesta y gasto en 24 horas; Hipertensión.</p>	<p>NIC: Manejo de Líquidos y Electrolitos: mantener un registro adecuado de ingesta y eliminación; Vigilar estado de hidratación y manifestaciones de desequilibrio electrolítico; Administrar terapia I/V según prescripción; Mantener acceso venoso permeable</p> <p>NIC: Control de Signos Vitales: vigilar frecuencia cardiaca, presión arterial y frecuencia respiratoria; Observar mucosas, turgencia de la piel y sed.</p>
<p>Dx_ Insomnio R/C Ansiedad y Depresión E/P informe verbal de disminución de calidad de vida (dificultad para concentrarse y conciliar el sueño) S/A Signos y Síntomas</p>	<p>NIC: Mejorar el Sueño: determinar esquema de sueño, ajustar ambiente (ej: luz, ruido, cama), fomentar el aumento de horas de sueño, enseñar técnicas que favorezcan el sueño como realizar masaje, baño, relajación o ejercicio antes de ir a dormir.</p>

<p>de Ansiedad y Depresión</p> <p>NOC: Bienestar Personal: patrón, horas y calidad del sueño.</p>	<p>NIC: Masaje Simple: facilitar ambiente cómodo, determinar zonas a masajear, utilizar cremas o aceites que faciliten la fricción y ayuden a conciliar el sueño, masaje con movimientos uniformes y rítmicos, establecer tiempos para masaje</p> <p>NIC: Disminución de la Ansiedad: escucha activa, instruir al paciente sobre técnicas de relajación, utilizar un enfoque sereno y de seguridad.</p>
<p>Dx_ <u>Fatiga</u> R/C Ansiedad, Depresión, Malestar físico, Estado de enfermedad E/P desinterés, falta de energía e incapacidad para realizar actividades físicas habituales S/A Ansiedad, Depresión y Crisis de la enfermedad: Diabetes</p> <p>NOC: Conservación de la Energía: equilibrio actividad y descanso, Mantiene una nutrición adecuada y Reconoce limitaciones de energía</p>	<p>NIC: Manejo de la Energía: determinar limitaciones físicas del paciente, fomentar siestas si es adecuado, fomentar expresión verbal de sentimientos de limitación, instruir al paciente sobre signos y síntomas de fatiga que requieran disminución de actividad.</p> <p>NIC: Mejorar el Sueño: determinar y vigilar esquemas de sueño, ayudar a eliminar situaciones estresantes antes de dormir, evitar ingesta inadecuada de alimentos antes de dormir, enseñar pautas de sueño.</p>
<p>Dx_ <u>Déficit de Autocuidado</u> : <u>Baño-Higiene</u> R/C Debilidad y Cansancio E/P falta de motivación S/A Depresión y/o Ansiedad</p> <p>NOC: Nivel de Autocuidado: se baña, mantiene higiene corporal, se asea de forma independiente.</p>	<p>NIC: Ayuda al Autocuidado: animar al paciente a realizar actividades normales de la vida diaria, fomentar independencia, intervenir solo cuando el paciente no pueda realizar la actividad; establecer una rutina de cuidados, proporcionar objetos personales deseables.</p> <p>NIC: Enseñanza Individual: valorar el nivel de conocimientos del paciente, instruir al paciente cuando corresponda y establecer maneras de aprendizaje realistas.</p>
<p><i>Dominio 6: AUTOPERCEPCION</i></p>	
<p>Dx_ <u>Baja Autoestima Situacional</u> R/C Alteración de la Imagen</p>	<p>NIC: Apoyo en la Toma de Decisiones: ayudar a identificar ventajas y desventajas en cada alternativa, establecer comunicación efectiva, servir de enlace</p>

<p>Corporal, Deterioro funcional y E/P evaluación de incapacidad hacia sí mismo, Expresiones de Desesperanza e Indecisiones S/A Estado Crítico de la Enfermedad.</p> <p>NOC: Adaptación a la Baja Autoestima Situacional Discapacidad Física: modifica su estilo de vida y se adapta a su situación, utiliza estrategias para disminuir el estrés generado por la situación o la discapacidad.</p>	<p>entre paciente y familia y entre paciente y otros profesionales.</p> <p>NIC: Potenciación de la Autoestima: determinar confianza en sus propios juicios, ayudar a identificar respuestas positivas de los demás, animar a evaluar su propia conducta, fomentar autonomía y abstenerse de hacer críticas negativas.</p> <p>NIC: Apoyo emocional: escucha activa, favorecer el llanto, no exigir demasiado funcionamiento cuando el paciente está cansado o fatigado.</p> <p>NIC: Aumentar el Afrontamiento: valorar la comprensión del paciente acerca del proceso de la enfermedad, animar al paciente a establecer relaciones, alentar el uso fuentes espirituales, animar a identificar puntos fuertes y capacidades.</p>
<p>Dx_ <u>Trastorno de la Imagen Corporal</u> R/C Enfermedad y tratamiento E/P Sentimiento negativos sobre el cuerpo, Preocupación por el cambio, Cambios en estilo de vida S/A Situación Crítica de la Enfermedad.</p> <p>NOC: Imagen Corporal: satisfacción de la función corporal, adaptación a cambios en el estado de salud.</p>	<p>NIC: Potenciación de la Imagen Corporal: animar expresión de sentimientos, ayudar identificar acciones que mejoren el aspecto, ayudar a separar el aspecto físico de los sentimiento de valía personal y facilitar visitas</p> <p>NIC: Potenciación de la Autoestima: ayudar a identificar respuestas positivas de los demás, fomentar responsabilidad de si mismo, animar al paciente a aceptar nuevos desafíos.</p> <p>NIC: Aumentar el Afrontamiento: favorecer y motivar la comunicación paciente-familia, fomentar autonomía, dar tiempo para expresión de sentimientos</p>
<p>Dominio7: ROL- RELACION</p>	
<p>Dx_ <u>Deterioro de la Interacción Social</u> R/C Déficit para fomentar la reciprocidad E/P Interacción disfuncional, incapacidad para transmitir cariño o interés. S/A Estado Crítico de la</p>	<p>NIC: Potenciación de la Socialización: discutir causas de aislamiento percibido o real, animar al paciente a desarrollar relaciones, ayudar a fortalecer comunicación con los demás.</p> <p>NIC: Escucha Activa: realizar preguntas o frases que incentiven la expresión pensamientos y sentimientos, Utilizar silencio-escucha, mostrar interés, conciencia y</p>

<p>Enfermedad</p> <p>NOC: Habilidades de Interacción Social: mostrar estabilidad.</p>	<p>sensibilidad a las emociones.</p>
<p>Dx_ <u>Cansancio Desempeño del Rol de Cuidador</u> R/C Codependencia: enfermedad crónica, Crecientes necesidades de cuidado, incertidumbre sobre curso de la enfermedad E/P Temor e incapacidad sobre los cuidados que debe dar al receptor, Frustración, falta de tiempo S/A Situación crítica de la enfermedad.</p> <p>NOC: Apoyo Familiar Durante el Tratamiento: facilitar la expresión de sentimientos y emociones de preocupación por los familiares y colaboración al determinar los cuidados</p>	<p>NIC: Apoyo Familiar: favorecer una relación de confianza con la familia, aceptar valores familiares sin emitir juicios, enseñar a la familia planes médicos y cuidados, determinar la carga psicológica para la familia frente al pronóstico.</p> <p>NIC: Apoyo al Cuidador Principal: determinar el nivel de conocimiento del cuidador, determinar la aceptación del cuidador con su papel, enseñar la terapia del paciente y animar al cuidador durante momentos difíciles del paciente.</p> <p>NIC: Asesoramiento: establecer relación terapéutica de confianza y respeto, ayudar al paciente y cuidador a identificar fortalezas y reforzarlas, proporcionar información objetiva según el caso, favorecer desarrollo de nuevas habilidades.</p> <p>NIC: Aumentar Sistemas de Apoyo: determinar grado de apoyo familiar, remitir a grupos de apoyo, autoayuda o instituciones pertinentes, Explicar a los demás implicados la manera en que puede ayudar: cuidados y planificación .</p>
<p>Dominio 8: SEXUALIDAD</p>	
<p>Dx_ <u>Patrón Sexual Inefectivo</u> R/C Alteración en funciones corporales (lubricación deficiente) y déficit de conocimiento sobre respuestas alternativas relacionadas con la salud E/P Alteración en el logro del rol sexual e Informe de dificultad en la actividad sexual (respuesta sexual) S/A Patología de base</p>	<p>NIC: Asesoramiento Sexual: establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto, discutir el efecto de la enfermedad sobre la sexualidad y animar al paciente a manifestar sus miedos y a resolver dudas.</p> <p>NIC: Disminución de la Ansiedad: ambiente de confianza y escucha activa</p> <p>NIC: Aumento de la Autoestima abstenerse de burlas y crítica negativas, escucha activa.</p> <p>NIC: enseñar técnicas que incentiven la búsqueda del placer sin depender de otro y remitir a especialista de ser necesario.</p>

<p>NOC: Autoestima: aceptación de limitaciones, comunicación abierta y nivel de confianza</p>	
<p>Dominio 9: AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS</p>	
<p>Dx_ <u>Ansiedad</u> R/C Estado de Salud, Conflicto inconsciente sobre metas esenciales de la vida E/P Irritabilidad, Trastorno el sueño, Preocupación, Fatiga S/A Estado de Enfermedad</p> <p>NOC: Afrontamiento de Problemas: identifica patrones de superación ineficaces, Modifica estilo de vida, busca información sobre la enfermedad y su tratamiento</p>	<p>NIC: Asesoramiento: establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto, de mostrar empatía, establecer metas, ayudar al paciente a identificar situación causal, ayudar al paciente a identificar puntos fuertes y reforzarlos.</p> <p>NIC: Facilitar Visitas: determinar las preferencias del paciente en cuanto a visitas, aclarar normas de visita a familiares y amigos, acompañar y hacer una lectura de la respuesta del paciente a las vistas.</p> <p>NIC: Manejo Ambiental: crear un ambiente seguro para el paciente colocar objetos de uso frecuente cerca al paciente, control ambiental (ruido y/o luz), retirar objetos peligrosos o contraproducentes, acompañamiento al paciente en procedimientos fuera de la sala.</p>
<p>*Dx_ <u>Cambio del estado de ánimo: Depresión</u> R/C Crisis situacional y estado de criticidad de la enfermedad E/P desinterés, alteraciones del sueño, descuido en la presentación personal; aislamiento, llanto fácil y expresiones de minusvalía S/A Patología de base y afrontamiento ineficaz</p> <p>NOC: Adaptación y afrontamiento al cambio: cambio del estado de ánimo y de estilo de vida</p>	<p>NIC: Relación terapéutica: establecer relación de confianza y respeto mutuo</p> <p>NIC: Establecer objetivos en el tratamiento de la depresión: facilitar expresión de aspectos que el paciente considere negativos y convertirlos en objetivos, estableciendo estrategias de afrontamiento de común acuerdo con el paciente.</p> <p>NIC: Favorecer una visión positiva de si mismo, del mundo y del futuro: favorecer el reconocimiento de aspectos positivos que rodean la situación que se afronta.</p> <p>NIC: Apoyar tratamiento: informar sobre signos y síntomas típicos de la depresión, manejo y posibles efectos de la farmacoterapia</p>

<p>Dx_ <u>Afrontamiento Ineficaz</u> R/C falta de confianza e incapacidad de afrontamiento, Crisis situacional, Incertidumbre: Alto grado de amenaza. E/P incapacidad para satisfacer necesidades, Fatiga, Expresiones de Incapacidad. S/A Situación Crítica de la enfermedad</p> <p><u>NOC:</u> Calidad de Vida: satisfacción con el estado de ánimo general y con el concepto de sí mismo</p>	<p>NIC: Disminución de la Ansiedad: explicar al paciente todos los procedimientos, animar expresión de sentimientos y miedos, realizar masaje en espalda; proporcionar seguridad</p> <p>NIC: Apoyo en Toma de Decisiones: establecer comunicación efectiva, respetar los derechos del paciente, obtener consentimiento valido cuando se requiera, proporcionar información solicitada por el paciente.</p> <p>NIC: Enseñanza Individual: determinar las necesidades de enseñanza del paciente, valorar nivel de conocimiento actual, instruir al paciente y familia con información específica (cuidado de la salud, aspectos saludable y no saludables, tratamiento, complicaciones)</p>
<p><i>Dominio 11: SEGURIDAD Y PROTECCION</i></p>	
<p>Dx_ <u>Riesgo de Infección</u> E/R Enfermedad Crónica, Alteración de defensas primarias, traumatismo, aumento a exposición a agentes patógenos.</p> <p><u>NOC:</u> Severidad de la infección: malestar general, fiebre, erupciones.</p>	<p>NIC: Protección Contra Infecciones: identificar signos y síntomas de infección sistémica y localizada, mantener normas de asepsia, proporcionar cuidados a la piel, enseñar al paciente y familia como evitar infecciones.</p> <p>NIC: Cuidado de Heridas: curaciones, cambios de posición, enseñar al paciente cuidados e identificación de signos y síntomas de infección en herida.</p>
<p><i>Dominio 12: CONFORT</i></p>	
<p>Dx_ <u>Nauseas</u> R/C Trastornos Bioquímicos (Cetoacidosis Diabética), Ansiedad. E/P Aversión a los alimentos, Sensación nauseosa S/A Diabetes Mellitus, Ansiedad.</p> <p><u>NOC:</u> Control de Nauseas y Vómito: describe factores causales; reconoce estímulos</p>	<p>NIC: Manejo de Nauseas: identificar factores causales (ej: medicación), control ambiental (ej: malos olores); reducir o eliminar factores personales desencadenantes (ej: ansiedad, fatiga); fomentar descanso y sueño.</p> <p>NIC: Manejo de Vómito: colocar al paciente en posición que evite broncoaspiración (decúbito lateral); proporcionar apoyo físico durante el vomito.</p> <p>NIC: Manejo de Medicación: administrar fármacos según prescripción médica, vigilar eficacia de la medicación, observar presencia de efectos adversos y</p>

precipitantes; Utiliza medidas preventivas

explicar al paciente o familia acción y efectos secundarios de la medicación.

NANDA⁽²⁶⁾, NIC⁽²⁷⁾ Y NOC⁽²⁸⁾ * Todos los aspectos de este Diagnostico, Intervenciones y Objetivos han sido creados por los autores.

DISCUSIÓN

Con base en los resultados obtenidos en la investigación “Signos y síntomas de Ansiedad y Depresión en pacientes diagnosticados con Enfermedad Crónica” donde se aplicó las escalas: HADS y BECK II, cuyo resultado mostro la presencia de alteraciones en la salud mental en más del 30% de los pacientes y de problemas con un nivel de gravedad mayor en más del 10 % de los mismos; lo que permite corroborar que la prevalencia de signos y síntomas de Ansiedad y Depresión en los pacientes con Diabetes es considerable, por lo tanto se convierte en una necesidad más, que demanda cuidado.

Frente a los resultados obtenidos en la investigación, es claro que los profesionales de enfermería están llamados a explorar sobre aquellas manifestaciones que no se reflejan fácilmente con el cuadro clínico típico de la enfermedad orgánica, teniendo en cuenta que lo mental también se ve afectado tanto por los síntomas físicos, como por todos los aspectos de la vida social de cada individuo y por ende es necesario abordarlo de forma integral.

Para este fin enfermería debe empezar a hacer uso de herramientas como los planes de cuidado estandarizados, que se han formulado a partir de una revisión y análisis que contempla las diferentes esferas de la vida de la persona, permitiendo poco a poco y con la práctica tener claras las intervenciones prioritarias que a la hora de dar cuidado faciliten al profesional hacer un esquema mental, que pueda llevarse a la acción y de esta manera dar bienestar al paciente y su familia.

Después de ver y analizar la proyección que se hace en cuanto a la presencia de enfermedades crónicas y el surgimiento creciente de los problemas mentales en la población mundial y nacional, podemos concluir que el aumento progresivo de las cifras de personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus, es un llamado tanto para el estado como para los profesionales de salud que deben hacer frente a esta problemática, formulando acciones que den respuesta a todas las necesidades que presenta dicha población.

Con esta investigación se reafirma que las personas son un todo dinámico, más que seres físicos y cuando alguna dimensión de su vida se afecta, finalmente todas se verán comprometidas, por tanto los profesionales de enfermería deben abordar a la persona como ser biopsicosocial que se encuentra dentro de un entorno que influye de forma tanto positiva como negativa y al cual no se debe hacer caso omiso, la idea del cuidado debe ser la proximidad con el persona para así poder influir positivamente en su recuperación.

En orden de las prioridades, es relevante la necesidad de implementar el Plan de Cuidado de enfermería en la práctica profesional, como herramienta propia que beneficia el paciente reconocido y tratado de forma integral, como para las instituciones, ya que al medir el impacto que tienen las intervenciones se demostraran los beneficios que pueden obtener, por ejemplo la disminución de la estancia hospitalaria, los reingresos y las complicaciones y ver como aumenta la confianza y satisfacción de sus usuarios; finalmente el beneficio para enfermería es el poder visualizar, organizar y dar valor al quehacer de los profesionales.

El mundo de hoy demanda profesionales dinámicos y proactivos, capaces de ejercer diferentes roles en pro de sí mismo, de su profesión y de los pacientes. Los enfermeros(as) deben asumir sus responsabilidades no solo cumpliendo acciones asistenciales medico delegadas, si no trascendiendo en el cuidado mediante el ejercicio de acciones de educación, promoción de la salud y prevención tanto de complicaciones como de nuevas enfermedades, haciendo participe al individuo e involucrando a sus familiares en la terapéutica de su patología procurando siempre la adopción de estilos de vida saludables.

Finalmente este artículo nos presenta un ejemplo de la relación estrecha que existe entre la enfermedad orgánica y mental y como enfermería puede intervenir simultáneamente mediante la aplicación eficaz del proceso de enfermería desde la valoración, formulación de diagnósticos y objetivos y llevando a cabo las intervenciones para obtener resultados favorables en el proceso salud-enfermedad para el paciente, su familia y las instituciones.

REFERENCIAS

1. Chalem F, Escandón J, Campos J, Esguerra R. Inmunología. Medicina Interna. Fundación Instituto de Reumatología e Inmunología. Reimpresión. Santa fe de Bogotá: Editorial Presencia; 1998. p.1735.
2. Castillo J, Barrera D, Pérez J, Álvarez F. Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología. Rev Neurol. 2010; 51 (6): 347-359.
3. Perez V. El anciano diabético y la respuesta adaptativa a la enfermedad. Rev Cubana Med Gen Integr 2010; 26(2)309-320.

4. Jimenez M, Davila M. Psicodiabetes. Av. Psicol. Latinoam. 2007; 25(1): 126-143.
5. Diabetesatlas, [Internet]. Federacion Internacional de Diabetes. [acceso 27 marzo de 2011] Diabetes y depresion : Disponible en: <http://www.diabetesatlas.org/es/content/diabetes-y-depresion>.
6. Fabián M, García M, Cobo C. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. Med Int Mex. 2010; 26(2) 100-108.
7. Collins M, Corcorant P, Perry I. Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. Diabetic Medicine. 2009; 26: 153-161.
8. Anderson R, Clouse R, Freedland K, Lustman P. The prevalence of comorbid Depression in adults with diabetes. Diabetes Care. 2001; 24 (6):1069-1078.
9. Organizacion Mundial de la Salud, [Internet]. OMS; 2011. [acceso 28 de marzo de 2011]. Nota descriptiva No. 312 : Diabetes. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>.
10. Egede L, Ellis C. Diabetes and Depression: Global perspectives. Diabetes Atlas - IDF [acceso 2 de abril de 2011] : 4ta. Edicion 2009. Disponible en: http://www.diabetesatlas.org/sites/default/files/Diabetes%20and%20Depression_0.pdf.
11. Machado A, Anarte M, Ruiz M. Predictores de calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1. Clinica y Salud. 2010; 21 (1): 35-47.
12. Salazar J, Rodriguez C, Pando M, Aranda C, Torres T. Diabetes y calidad de vida: estudio comparativo en adultos con y sin diagnostico de Diabetes tipo 2 atendidos en centros de salud en Guadalajara. Investigacion en Salud. 2007; 9(2): 88-93.
13. International Diabetes Federation, [Internet]. La Carga Mundial / Epidemiologia y morbilidad / Diabetes. The Diabetes Atlas.[acceso 27 de marzo de 2011]. 4ta Edition 2009. Disponible en: <http://www.diabetesatlas.org/es/content/diabetes>.
14. Diabetesatlas, [Internet]. International Diabetes Federation [acceso 26 de marzo de 2011]. Deaths attributable diabetes dm 2010 saca. Disponible en: <http://www.diabetesatlas.org/es/content/deaths-attributable-diabetes-dm-2010-saca>.
15. International Diabetes Federation [acceso 26 de marzo de 2011]. SACA . Disponible en: <http://www.diabetesatlas.org/es/content/saca>.
16. Ramirez G, Lazcano R. Cuidado de enfermería del paciente diabético. Guadalajara, Jalisco : Presentado en la I Reunión Regional de enfermería 1990.
17. Zigmond A, Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Rev. Acta Psychiatr Scand. 1983; 67(6):361-370.
18. Tejero A, Guimera E, Farre J. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. Rev Depto Psiquiatria Facultad de Med Barna. 1986; 13: 233-238..
19. García A, Delas Cuevas C, Gonzalez J, Henry M. Actitudes de los médicos no psiquiatras ante la enfermedad mental y la interconsulta psiquiátrica. An. Psiquiatria. 1990; 6 (4):167-170.
20. Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry. 1961; 4: 561-571.
21. Sanz J, Vazquez C. Fiabilidad, Validez Y Datos Normativos Del Inventario Para La Depresión De BECK. Psicothema. 1998; 10 (2): 303-318.
22. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD de Diagnostico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. ALAD. 2007. 78 ps. ISSN 0327-9154.
23. Pinilla A, Lancheros L, Viasus D, Agudelo C, Pardo R, Gaitan H. Guia de Atención de la Diabetes Mellitus tipo 2. Ministerio de la Protección Social / Colombia 2007. p.80
24. Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud. Diabetes Mellitus tipo 2: Protocolo de actuación. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria /España. FMC. 2000; 7 (supl 6): 1 -54.
25. Rodriguez J, Mejia J. Boletín de Practica Medica Efectiva: Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2). Instituto Nacional de Salud Publica y Secretaria de Salud . México 2006.
26. NANDA I. Diagnosticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007 - 2008. Madrid: Editorial Elsevier. 2008.
27. McCloskey D, Bulechek G. Clasificacion de intervenciones de enfermería (NIC). 4ta Edi. Madrid, Editorial Elsevier. 2005.
28. Moorhead S, Johnson M, Maus M. Clasificacion de resultados de enfermería (NOC). 3ra Edi. Madrid, Editorial Elsevier. 2005.

COMO CITAR ESTE ARTICULO:

Arias MT, Ochoa MO, Luna L, Urbano G, Aguinaga OW. Plan de cuidado al paciente diabético con síndrome de ansiedad y depresión Rev.salud.hist.sanid.on-line 2014; 9(2):31-54 (Julio-Diciembre). Disponible en <http://www.shs.histosaluduptc.org/> Fecha de consulta ()

*Los textos publicados en esta revista pueden ser reproducidos citando las fuentes.
Todos los contenidos de los artículos publicados, son responsabilidad de sus autores.*

Copyright. Revista Salud Historia y Sanidad ©

Grupo de Investigación en Salud Pública GISP-UPTC
Grupo de investigación Historia de la salud de Boyacá.

Tunja 2014