



Nursing assessment of the caregiver of elderly people at the end of life with a home visit approach

Valoración de enfermería al cuidador de ancianos al final de la vida con un enfoque de visita domiciliaria

Michel Oria Saavedra¹  

Anibal Espinosa Aguilar¹ 

Yenny Elers Mastrapa¹  

Mayrelvis Campos Lavorit¹  

Alicia Monzalvo López¹  

María del Pilar Vargas Escamilla¹  

¹ Carrera de Licenciatura en Enfermería, Instituto Universitario de las Naciones Hispana, Campus Platino IUNHi, Pachuca de Soto, Hidalgo. México.

Recibido: 28-03-2026 | Revisado: 10-06-2026 | Aceptado: 21-07-2026 | Publicado: 23-07-2026

ABSTRACT

Introduction: Caring for a terminally ill elderly person generates a multidimensional burden on the caregiver. Ruland and Moore's Peaceful End-of-Life Theory provides a framework for managing well-being and peace during this process. **Objective:** To apply the Nursing Process to a family caregiver of an elderly person at the end of life, based on Ruland and Moore's theory through home visits. **Methods:** Qualitative clinical case study. The Peaceful End-of-Life Theory was used to establish care priorities (absence of pain, comfort, dignity, peace, and closeness to significant others), followed by an assessment using Marjory Gordon's eleven Functional Patterns. The plan was structured with NANDA, NOC, and NIC taxonomies. **Results:** The diagnosis "Caregiver Role Strain" related to palliative care exhaustion was identified. Emotional support and comfort education interventions were implemented, achieving an improvement in the caregiver's resilience and a peaceful environment for the patient. **Conclusions:** The integration of Ruland and Moore's theory allows nursing to transcend the clinical, focusing on dignity and caregiver support as an essential pillar for a peaceful end of life.

Keywords: Caregivers; Aged; Palliative Care; House Calls; Nursing Process; Nursing Theory.

RESUMEN

Introducción: El cuidado de un anciano en etapa terminal genera una carga multidimensional en el cuidador. La Teoría del Final Tranquilo de la Vida de Ruland y Moore ofrece un marco para gestionar el bienestar y la paz en este proceso. **Objetivo:** Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a una cuidadora familiar de un adulto mayor al final de la vida, fundamentado en la teoría de Ruland y Moore mediante la visita domiciliaria. **Métodos:** Estudio de caso clínico cualitativo. Se utilizó la Teoría del Final Tranquilo de la Vida para establecer las prioridades de cuidado (ausencia de dolor, comodidad, dignidad, paz y proximidad de allegados), seguido de la valoración por los once Patrones Funcionales de Marjory Gordon. El plan se estructuró con taxonomías NANDA, NOC y NIC. **Resultados:** Se identificó el diagnóstico "Cansancio del rol del cuidador" relacionado con el agotamiento por cuidados paliativos. Se implementaron intervenciones de apoyo emocional y educación para el confort, logrando una mejoría en la resiliencia de la cuidadora y un entorno de paz para el paciente. **Conclusiones:** La integración de la teoría de Ruland y Moore permite que la enfermería trascienda lo clínico, enfocándose en la dignidad y el apoyo al cuidador como pilar esencial para un final de vida tranquilo.

Palabras clave: Cuidadores; Anciano; Cuidados Paliativos; Visita a Domicilio; Proceso de Enfermería; Teoría de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional a nivel global constituye uno de los desafíos más significativos para los sistemas de salud contemporáneos. La transición demográfica ha desplazado la carga de enfermedad hacia patologías crónicas no transmisibles en estadios terminales, lo que ha convertido al hogar en el escenario principal de los cuidados paliativos. En este contexto, el cuidador familiar emerge no solo como un apoyo logístico, sino como el pilar que sostiene la dignidad del anciano en sus últimos días.

Sin embargo, la literatura científica advierte que este actor suele ser invisible para los protocolos clínicos convencionales. Como bien señalan Oria, Elers y Aguirre (2020), el cuidador de un anciano al final de la vida debe ser reconocido formalmente como un sujeto del cuidado de enfermería con necesidades y derechos propios¹. Esta distinción es fundamental para la ciencia de la enfermería: si el cuidador colapsa, el sistema de cuidado domiciliario se fragmenta. La cronicidad y la inminencia de la muerte generan una ruptura profunda en su equilibrio biopsicosocial y espiritual, lo que exige una intervención profesional que valide su sufrimiento y fortalezca su capacidad de afrontamiento.

La complejidad de cuidar a quien cuida demanda modelos que trasciendan la mera instrucción técnica de procedimientos básicos. Oria Saavedra et al. (2022), en su análisis sobre los modelos de cuidados, subrayan que la intervención de enfermería debe ser multidimensional y personalizada². Los modelos de atención actuales deben priorizar el alivio del sufrimiento, la comunicación asertiva y la gestión de la incertidumbre. Esto permite que el cuidador desarrolle resiliencia en un entorno de alta demanda afectiva, evitando que la tarea de cuidar se convierta en una fuente de morbilidad secundaria.

Para dotar de significado ético y clínico a esta intervención, este manuscrito se fundamenta en la Teoría del Final Tranquilo de la Vida de Cornelia Ruland y Shirley Moore. Esta teoría de rango medio propone que el objetivo de la enfermería no es la curación, sino la facilitación de cinco resultados fundamentales: estar libre de dolor, sentir comodidad, sentirse respetado y con dignidad, sentirse en paz, y experimentar la proximidad de los allegados³. Para el cuidador familiar, participar en la consecución de estos objetivos puede ser una fuente de consuelo, pero también de un estrés abrumador si no cuenta con el acompañamiento profesional adecuado. La paz del paciente es, en gran medida, un reflejo de la serenidad y competencia que la enfermera logra transmitir al cuidador en el entorno doméstico.

Para operacionalizar esta teoría y los aportes de Oria et al., la Enfermería utiliza los 11 Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon. Esta herramienta de valoración permite una recolección de datos sistemática y lógica, que no se limita a la esfera física del paciente, sino que explora la percepción de salud, el autoconcepto, el rol-relaciones y el afrontamiento al estrés del cuidador como unidad de cuidado⁴. El problema científico radica en la invisibilidad de la carga del cuidador; sin una valoración estructurada por patrones, las respuestas humanas ante la muerte permanecen ocultas, incrementando el riesgo de claudicación familiar y duelo patológico.

El objetivo de este trabajo es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) a una cuidadora familiar de un anciano al final de la vida, fundamentado en los 11 Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon y la teoría de Ruland y Moore y los modelos de cuidados al cuidador como sujeto de atención, para optimizar su bienestar emocional y capacidad de cuidado mediante el enfoque de visita domiciliaria.

Métodos

Se realizó un estudio de caso clínico cualitativo, descriptivo y longitudinal en el área de Atención Primaria, entre marzo y mayo de 2026. La metodología se estructuró siguiendo las cinco fases del Proceso de Atención de Enfermería PAE, lo que garantiza un cuidado lógico y sistemático.

Valoración: Se aplicó la entrevista clínica y la observación participativa durante las visitas domiciliarias. Se utilizaron los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon⁴ como guía de recolección de datos, priorizando la detección de necesidades relacionadas con los estándares de Ruland y Moore (Paz, Dignidad, Proximidad)³.

Diagnóstico: Se identificaron las respuestas humanas utilizando la taxonomía NANDA-I (2024-2026)⁵.

Planificación: Se establecieron objetivos e indicadores mediante la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)⁶.

Ejecución: Se implementaron intervenciones de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)⁷, centradas en el apoyo emocional y la educación para el Cuidado Paliativo.

Evaluación: Se compararon las puntuaciones diana de los indicadores NOC antes y después de la intervención de cuatro semanas.

Desarrollo del Caso

Presentación del Sujeto de Cuidado

Mujer de 64 años, soltera, con antecedentes de Hipertensión Arterial (HTA) controlada hasta hace tres meses. Desempeña el rol de cuidadora única de su padre de 91 años, quien presenta un cuadro de adenocarcinoma de próstata con metástasis óseas y pulmonares, actualmente en fase de agonía activa (Escala de Performance de Palliative Care [PPS] de 20%).⁸

Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales (Marjory Gordon)

Bajo el marco de la Teoría del Final Tranquilo de la Vida, la valoración domiciliar arroja los siguientes datos organizados por patrones:

Patrón 1: Percepción - Manejo de la Salud

-Datos Subjetivos: La cuidadora refiere: "No he tenido tiempo de ir por mis pastillas de la presión, mi padre me necesita cada minuto. Siento que, si me descuido un momento, algo malo pasará". Expresa desconocimiento sobre el manejo de la disnea y estertores agónicos.

-Datos Objetivos: Cifras tensionales de 150/95 mmHg (estadio 2). Botiquín domiciliario con fármacos caducados y desorden en la administración de analgésicos opioides del paciente.

Patrón 2: Nutricional - Metabólico

-Datos Subjetivos: "Se me olvida comer, a veces solo tomo café para aguantar la noche". Refiere pirosis constante y falta de apetito.

-Datos Objetivos: Peso actual 62 kg (pérdida de 4 kg en el último mes). Mucosas orales semisecas, turgencia de la piel disminuida.

Patrón 4: Actividad - Ejercicio

-Datos Subjetivos: "Me duele mucho la espalda baja, ayer casi me caigo con él al intentar moverlo hacia la cabecera".

-Datos Objetivos: Observación de técnica de movilización inadecuada (uso excesivo de fuerza lumbar sin flexión de rodillas). Escala de Lawton y Brody en el cuidador: 8/8, pero con fatiga evidente (esfuerzo percibido de 8/10 en escala de Borg).

Patrón 5: Sueño - Descanso

-Datos Subjetivos: "No duermo, solo cabeceo en el sillón. Cualquier ruido me sobresalta".

-Datos Objetivos: Presencia de ojeras marcadas, conjuntivas hipémicas, bostezos frecuentes durante la entrevista. Facies de agotamiento.

Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo

-Datos Subjetivos: "A veces no entiendo lo que me dice el médico, me siento bloqueada". Refiere miedo intenso al momento del deceso: "¿Cómo sabré que ya se fue?".

-Datos Objetivos: Puntaje de 24/30 en el Mini-Mental (orientada, pero con fallas en la concentración por estrés agudo).

Patrón 9: Afrontamiento - Tolerancia al Estrés

-Datos Subjetivos: "Me siento sola, mis hermanos no vienen porque dicen que no aguantan verlo así. A veces lloro a escondidas para que él no me oiga". Refiere sentimientos de culpa por desear que el proceso termine pronto.

-Datos Objetivos: Llanto espontáneo durante la valoración. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit: 68 puntos (sobrecarga intensa). No se evidencia el estándar de "sentirse en paz" de Ruland y Moore³.

Discusión

El desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), estructurado a partir de las etapas de valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, permitió identificar de manera integral las necesidades del cuidador principal de un paciente en fase terminal, evidenciando que el impacto del cuidado paliativo trasciende al paciente y repercute significativamente en la salud física, emocional, social y espiritual del cuidador.

La valoración realizada mediante los once patrones funcionales de Marjory Gordon permitió reconocer alteraciones principalmente en los patrones de percepción y manejo de la salud, sueño y descanso, afrontamiento-tolerancia al estrés, rol-relaciones y valores-creencias, los cuales constituyeron la base para la formulación de diagnósticos de enfermería fundamentados en la taxonomía NANDA-I 2024-2026.

Durante la fase diagnóstica se identificó como problema prioritario el [00061] Cansancio del rol del cuidador, asociado al cuidado continuo durante las 24 horas, la ausencia de redes de apoyo y el progresivo deterioro clínico del paciente. Este diagnóstico refleja una de las problemáticas más frecuentes en el contexto de los cuidados paliativos, donde el cuidador asume múltiples responsabilidades que progresivamente limitan su capacidad para atender sus propias necesidades básicas. De igual manera, se identificó el diagnóstico [00147] Ansiedad ante la muerte, manifestado por sentimientos de incertidumbre, miedo, impotencia y sufrimiento anticipatorio ante la inminente pérdida del ser querido, situación ampliamente descrita en la literatura sobre cuidados al final de la vida.

La evidencia obtenida durante la valoración coincide con lo señalado por Oria et al. (2020), quienes describen al cuidador familiar como un sujeto altamente vulnerable que, debido a las demandas permanentes del cuidado, suele postergar su propia salud física y emocional, incrementando el riesgo de agotamiento, ansiedad, depresión y deterioro de su calidad de vida. Desde esta perspectiva, el Proceso de Atención de Enfermería adquiere un papel fundamental al reconocer al cuidador como receptor directo del cuidado profesional y no únicamente como colaborador del tratamiento del paciente.

La planeación del cuidado se sustentó en los resultados esperados de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), estableciendo objetivos dirigidos a disminuir la carga del cuidador, fortalecer el afrontamiento emocional y mejorar su bienestar psicológico. La utilización de indicadores cuantificables permitió valorar objetivamente la evolución del cuidador durante la intervención, evidenciando una disminución progresiva del estrés percibido y un incremento en su capacidad para afrontar el proceso de enfermedad y el desenlace esperado.

Las intervenciones implementadas mediante la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) se orientaron hacia el apoyo al cuidador principal, la educación sobre el proceso de agonía, el fortalecimiento de las redes familiares, el apoyo emocional y espiritual, así como la enseñanza de estrategias de autocuidado y prevención de lesiones derivadas de la movilización del paciente. Estas acciones permitieron establecer una relación terapéutica basada en la escucha activa, la comunicación empática y el acompañamiento continuo, favoreciendo un ambiente de confianza donde el cuidador pudo expresar libremente sus emociones, preocupaciones y sentimientos de culpa.

Los resultados observados durante la ejecución del plan de cuidados guardan estrecha relación con la Teoría del Final Tranquilo de la Vida de Ruland y Moore, particularmente con el estándar referente a la proximidad de los allegados, el cual establece que la presencia y el acompañamiento de la familia constituyen elementos esenciales para garantizar una muerte digna y en paz. La intervención de enfermería en el domicilio permitió fortalecer dicho estándar mediante la preparación del cuidador para reconocer los signos de agonía, disminuir la incertidumbre y favorecer una participación activa y segura en los cuidados del paciente. Como consecuencia, se observó una reducción de la ansiedad relacionada con la muerte y una mayor aceptación del proceso de final de vida.

Asimismo, los hallazgos obtenidos son congruentes con el modelo de cuidados paliativos propuesto por Oria Saavedra (2022), quien destaca que las intervenciones centradas en el acompañamiento emocional, la educación terapéutica y el fortalecimiento de las capacidades del cuidador generan un impacto más significativo que las intervenciones exclusivamente técnicas. En este sentido, el apoyo emocional proporcionado durante las visitas domiciliarias permitió fortalecer la resiliencia del cuidador, mejorar su percepción de autoeficacia y disminuir el sentimiento de aislamiento que suele acompañar a quienes desempeñan este rol.

Otro aspecto relevante identificado durante el proceso fue la importancia del apoyo espiritual como componente esencial del cuidado paliativo. La posibilidad de abordar las creencias, valores y expectativas del cuidador favoreció la búsqueda de significado ante la enfermedad y facilitó la elaboración del duelo anticipado, contribuyendo a disminuir el sufrimiento emocional tanto del paciente como de su familia. Este hallazgo reafirma la necesidad de brindar un cuidado integral que contemple las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales propuestas por el modelo biopsicosocial y por la filosofía de los cuidados paliativos.

Durante la etapa de evaluación se observó una mejoría parcial en los indicadores establecidos para los resultados NOC relacionados con la carga del cuidador, el bienestar emocional y la capacidad de afrontamiento.

Aunque el tiempo de intervención fue limitado debido al fallecimiento del paciente, fue posible identificar avances significativos en la disminución de la ansiedad, el fortalecimiento del apoyo familiar y la adquisición de conocimientos sobre el proceso de agonía y muerte. Estos resultados evidencian que incluso intervenciones de corta duración pueden generar beneficios importantes cuando son planificadas y ejecutadas de manera sistemática mediante el Proceso de Atención de Enfermería.

Entre las principales limitaciones del presente caso clínico destaca el reducido tiempo disponible para desarrollar y evaluar completamente las intervenciones, condicionado por la rápida evolución clínica del paciente. Asimismo, al tratarse de un estudio de caso único, los resultados no pueden generalizarse a toda la población de cuidadores familiares; sin embargo, proporcionan evidencia clínica relevante sobre la utilidad del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como herramienta metodológica para orientar el cuidado integral en el contexto domiciliario.

Finalmente, este caso reafirma que el profesional de Enfermería desempeña un papel determinante en la atención paliativa al considerar simultáneamente las necesidades del paciente y de su cuidador principal. La aplicación sistemática del Proceso de Atención de Enfermería, sustentado en las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC y en la Teoría del Final Tranquilo de la Vida de Ruland y Moore, permitió brindar cuidados humanizados, individualizados y basados en la evidencia, contribuyendo no solo al alivio del sufrimiento durante la fase final de la vida, sino también a la prevención de un duelo complicado mediante el acompañamiento, la educación y la validación emocional del cuidador familiar.

Conclusiones

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el contexto de los cuidados paliativos domiciliarios demostró ser una metodología científica indispensable para proporcionar un cuidado integral, sistemático y humanizado tanto al paciente en fase terminal como a su cuidador principal. La implementación ordenada de las etapas de valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación permitió identificar las respuestas humanas presentes durante el proceso de agonía y orientar intervenciones individualizadas basadas en la evidencia científica, favoreciendo una atención centrada en la persona y su familia.

La utilización de los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon constituyó el eje fundamental de la valoración integral, permitiendo identificar alteraciones que trascendían el estado físico del cuidador e involucraban dimensiones emocionales, sociales, espirituales y de afrontamiento. La exploración sistemática de los patrones de percepción y manejo de la salud, actividad-ejercicio, sueño-descanso, rol-relaciones, afrontamiento-tolerancia al estrés y valores-creencias facilitó la identificación temprana de problemas prioritarios, especialmente el cansancio del rol del cuidador y la ansiedad ante la muerte, evidenciando que el cuidador también experimenta un proceso de vulnerabilidad que requiere atención profesional especializada.

La formulación de diagnósticos mediante la taxonomía NANDA-I 2024-2026, la planificación de resultados esperados con la clasificación NOC y la implementación de intervenciones fundamentadas en la clasificación NIC permitieron desarrollar un plan de cuidados estructurado, medible y orientado al logro de objetivos concretos. La evaluación mediante indicadores estandarizados evidenció mejoras en la capacidad de afrontamiento, el bienestar emocional, la disminución de la sobrecarga del cuidador y el fortalecimiento del apoyo familiar, demostrando la utilidad de estas taxonomías para sustentar la práctica clínica basada en la evidencia.

Asimismo, la Teoría del Final Tranquilo de la Vida de Ruland y Moore proporcionó el fundamento conceptual que orientó las intervenciones dirigidas a favorecer una muerte digna, tranquila y libre de sufrimiento. Los principios relacionados con el alivio del dolor y del malestar, el respeto por la dignidad, la paz interior y la proximidad de los seres queridos permitieron fortalecer el acompañamiento familiar durante la fase final de la vida, promoviendo una experiencia de cuidado más humana y significativa tanto para el paciente como para su cuidador principal.

Los resultados obtenidos permiten concluir que el reconocimiento del cuidador como sujeto de cuidado representa uno de los principales aportes del Proceso de Atención de Enfermería en cuidados paliativos. Atender oportunamente sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales no solo mejora su calidad de vida durante el proceso de atención, sino que también contribuye a disminuir el riesgo de agotamiento, ansiedad, depresión y duelo complicado después del fallecimiento del paciente. En este sentido, la intervención de Enfermería trasciende el cuidado directo del enfermo y se convierte en un apoyo esencial para la familia durante una de las etapas más complejas del ciclo vital.

La experiencia desarrollada en este caso reafirma que la visita domiciliaria constituye uno de los escenarios donde la Enfermería ejerce plenamente su autonomía profesional, al integrar el juicio clínico, el razonamiento científico, la comunicación terapéutica, la educación para la salud y el acompañamiento emocional dentro del entorno familiar. El domicilio permite comprender las dinámicas propias del cuidado, identificar recursos y factores de riesgo, fortalecer las redes de apoyo y ofrecer intervenciones contextualizadas que difícilmente podrían alcanzarse en otros ámbitos asistenciales.

Finalmente, este caso clínico pone de manifiesto que el cuidado paliativo de calidad requiere una visión integral que considere simultáneamente las necesidades del paciente y de su familia. La integración de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC, y la Teoría del Final Tranquilo de la Vida de Ruland y Moore fortalece el rigor metodológico del Proceso de Atención de Enfermería y evidencia la contribución científica de la disciplina en la atención al final de la vida. Asimismo, resalta la necesidad de continuar impulsando investigaciones y experiencias clínicas que consoliden modelos de atención centrados en la dignidad humana, la compasión, la calidad de vida y el acompañamiento profesional, reafirmando el liderazgo de la Enfermería en el cuidado integral de las personas y sus familias durante el proceso de morir.

REFERENCIAS

1. Oria SM, Elers MY, Aguirre RDA. Cuidador familiar de anciano al final de la vida como sujeto del cuidado de enfermería. *Rev Cuba Enf* [Internet]. 2020 [citado 2026 Mar 01];36(1):1-17. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000100013
2. Oria Saavedra M, Elers Mastrapa Y, Aguilar Raya DA, et al. Modelos de cuidados a cuidadores familiares de ancianos al final de la vida. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2022 Jun [citado 2026 Mar 01];38(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000200011
3. Ruland CM, Moore SM. Theory of Peaceful End of Life. In: Smith MJ, Liehr PR, editors. *Middle Range Theory for Nursing*. 5th ed. New York: Springer Publishing; 2024.
4. Gordon M. *Manual of Nursing Diagnosis*. 13th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2016.
5. Herdman TH, Kamitsuru S, editors. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2024-2026*. 13th ed. New York: Thieme; 2024.
6. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 7th ed. St. Louis: Elsevier; 2023.
7. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 8th ed. St. Louis: Elsevier; 2023.
8. World Health Organization. *Palliative Care: Fact Sheet* [Internet]. 2024 [citado 2026 Mar 01]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

FINANCIACIÓN

No financing

CONFLICTOS DE INTERÉS

None

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Redacción - borrador original: Michel Oria Saavedra, Anibal Espinosa Aguilar, Yenny Elers Mastrapa, Mayrelvis Campos Lavorit, Alicia Monzalvo López, María del Pilar Vargas Escamilla.

Redacción - revisión y edición: Michel Oria Saavedra, Anibal Espinosa Aguilar, Yenny Elers Mastrapa, Mayrelvis Campos Lavorit, Alicia Monzalvo López, María del Pilar Vargas Escamilla.

Plan de Cuidados de Enfermería Basado en NANDA-I 2024-2026, NOC 6.ª edición y NIC 7.ª edición		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA-I 2024-2026) [00061] Cansancio del rol del cuidador relacionado con cuidado continuo durante las 24 horas, sobrecarga física y emocional, escaso apoyo familiar y social, manifestado por fatiga persistente, estrés, alteración del sueño, abandono de la propia salud y verbalización de sentirse incapaz de continuar con el cuidado.		
Resultados Esperados (NOC) e Indicadores	Escala de Medición NOC	Intervenciones de Enfermería (NIC) y Actividades
NOC: [2208] Factores estresantes del cuidador. <u>Indicadores:</u> [220801] Carga del cuidado. [220804] Interrupción del estilo de vida. [220807] Disponibilidad de apoyo social. [220810] Capacidad para afrontar el cuidado. Meta: Disminuir la sobrecarga del cuidador durante el periodo de atención, favoreciendo un equilibrio entre el cuidado y el autocuidado.	Escala Likert NOC (1-5) 1 = Grave compromiso 2 = Sustancialmente comprometido 3 = Moderadamente comprometido 4 = Levemente comprometido 5 = Sin compromiso Valor inicial: 2 Valor esperado: 4	NIC [7040] Apoyo al cuidador principal <u>Actividades:</u> • Valorar el nivel de sobrecarga mediante entrevista clínica y aplicación de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. • Identificar necesidades físicas, emocionales, sociales y económicas del cuidador. • Favorecer la distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia. • Actuar como mediador familiar para organizar turnos de descanso y periodos de respiro. • Enseñar técnicas de movilización y mecánica corporal para prevenir lesiones musculoesqueléticas. • Promover periodos diarios de descanso, alimentación adecuada e hidratación. • Fomentar actividades recreativas y de autocuidado. • Informar sobre grupos de apoyo para cuidadores y recursos comunitarios disponibles. NIC [5230] Mejorar el afrontamiento • Identificar estrategias de afrontamiento previamente exitosas. • Reforzar las fortalezas personales del cuidador. • Favorecer la expresión abierta de emociones y sentimientos. NIC [5602] Enseñanza: proceso de enfermedad • Explicar la evolución esperada de la enfermedad y los cuidados paliativos. • Resolver dudas relacionadas con el manejo cotidiano del paciente.
Diagnóstico de Enfermería (NANDA-I 2024-2026) [00147] Ansiedad ante la muerte relacionada con el proceso de agonía del ser querido, incertidumbre sobre la evolución clínica y miedo a la pérdida, manifestada por sentimientos de impotencia, preocupación constante, temor, llanto, tensión emocional y verbalización de miedo a la muerte del familiar.		
NOC: [2005] Estado de salud del cuidador <u>Indicadores:</u> [200502] Salud emocional. [200511] Energía para el cuidado. [200514] Capacidad para afrontar la situación.	Escala Likert NOC (1-5) 1 = Gravemente comprometido. 2 = Sustancialmente comprometido. 3 = Moderadamente comprometido. 4 = Levemente comprometido. 5 = No comprometido.	NIC [5420] Apoyo espiritual <u>Actividades:</u> • Identificar las creencias religiosas y espirituales del cuidador y la familia. • Facilitar el contacto con líderes religiosos o asesores espirituales cuando sea solicitado. • Proporcionar un ambiente de privacidad para la oración, meditación o reflexión. • Favorecer la esperanza realista y el significado del proceso de cuidado. NIC [5270] Apoyo emocional • Escuchar activamente las preocupaciones, miedos y sentimientos de culpa. • Validar las emociones expresadas sin emitir juicios.

[200518] Bienestar psicológico. Meta: Favorecer la adaptación emocional del cuidador y disminuir los niveles de ansiedad durante el proceso de fin de vida.	Valor inicial: 1 Valor esperado: 4	• Permanecer con el cuidador durante episodios de ansiedad intensa. • Enseñar técnicas de respiración profunda y relajación muscular progresiva. NIC [5820] Disminución de la ansiedad • Explicar de forma sencilla los cambios fisiológicos propios de la agonía. • Educar acerca de los signos de muerte inminente para disminuir la incertidumbre. • Favorecer la participación del cuidador en los cuidados de confort del paciente. • Mantener una comunicación clara, honesta y continua con el equipo multidisciplinario. NIC [7140] Apoyo a la familia • Favorecer la comunicación entre los miembros de la familia. • Preparar a la familia para el proceso de duelo anticipado. • Facilitar la despedida y la resolución de asuntos pendientes, promoviendo la paz y dignidad del paciente de acuerdo con la Teoría del Final Tranquilo de la Vida de Ruland y Moore.
---	---	---