

32952/



# ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE JESUS

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, UNAM.

PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN LA CONDUCTA  
DEPRESIVA DE PACIENTES CON INFECCION OSEA  
CRONICA.

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

**GUADALUPE SANDRA LOPEZ GUZMAN**

**ASESOR DE TESIS:**

LIC. EN ENFERMERIA TOMASA JUAREZ CAPORAL



NOVIEMBRE, 2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## DIOS :

GRACIAS, SEÑOR.

GRACIAS POR PRESTARME LA VIDA,  
POR DARME LAS FUERZAS NECESARIAS,  
POR DEJAR ESTAR A MI LADO A TODAS LAS PERSONAS A  
QUIEN MÁS QUIERO..

GRACIAS POR AYUDARME EN LOS MOMENTOS EN QUE  
MÁS TE NECESITE.

GRACIAS, A TODOS LOS QUE ME AYUDARON A REIR, Y A LOS  
QUE RIERON CON MIGO, PORQUE LAS RISAS LIMPIAN LA MENTE Y  
ENSEÑAN A SER FELICES A LOS DEMAS

GRACIAS A LOS QUE DIERON SU MANO CUANDO ME SENTI  
SOLA.  
APRENDI A SER RESIPROCA HACIA MIS SEMEJANTES SIN  
ESPERAR NADA A CAMBIO.

GRACIAS A QUIENES ME AYUDARON A LEVANTARME, Y A LOS QUE  
ME OBLIGARON A SEGUIR CUANDO ESTUVE APUNTO DE  
DETENERME.

GRACIAS A TODOS AQUELLOS QUE POR ALGUNA RAZÓN, ME  
HICIERON SENTIR DOLOR. NO ES AGRADABLE SUFIR, PERO ME  
AYUDÓ A HACERME MÁS FUERTE Y A NO HERIR A LOS DE MÁS.

GRACIAS A LOS QUE ME HICIERON SENTIR ÚTIL. ESO ME OBLIGA  
A SER ÚTIL.

GRACIAS A LOS QUE ME ENSEÑARON LO QUE ES EL TRABAJO.  
DE ELLOS APRENDÍ LO IMPORTANTE QUE ES AMAR LO QUE UNO  
HACE..

GRACIAS A TI, QUE ME CONOCES Y ME HAS DADO TU AMISTAD,  
APOYO, AYUDA Y AMOR.

¡ OH, DIOS DE AMOR! CADA DÍA TE REPITO.

**GRACIAS**

## A MI HIJO

ESTA TESIS TE LA DEDICO A TI,  
TU QUE OCUPAS UN LUGAR MUY  
IMPORTANTE EN MI VIDA,  
TU QUE SABES COMPRENDERME  
Y ACEPTARME COMO SOY.  
GRACIAS POR TODO TU APOYO,  
POR ESTAR CON MIGO EN ESOS  
MOMENTOS CUANDO MÁS  
TE NECESITE,  
GRACIAS POR ALENTARME;  
PARA SEGUIR ADELANTE,  
ME SIENTO MUY ORGULLOSA DE,  
CONTAR CONTIGO EN ESTE MOMENTO  
QUE PARA MÍ ES UN GRAN LOGRO Y DE TODO,  
TE LO DEBO A TI Y A DIOS  
POR HABERME DADO LA DICHA,  
DE TENERTE A MI LADO AHORA Y SIEMPRE;  
POR TODOS ESOS MOMENTOS  
QUE HEMOS COMPARTIDO  
JUNTOS...  
GRACIAS HIJO  
TÉ QUIERO. MUCHO.

A MI MADRE:

GRACIAS POR DARME EL SER,  
POR TODO EL APOYO ECONOMICO Y MORAL,  
POR TUS CONSEJOS Y COMPRESIÓN,  
POR DARME ANIMOS  
PARA SEGUIR. ADELANTE,  
POR HABER DEPOSITADO  
TODA TU CONFINAZA,  
POR TODO ESO...

GRACIAS.

A MI ABUELITA:

TE ADMIRO POR LA FUERZA Y EL VALOR  
QUE LLEVAS DENTRO,  
ESO ME DEMUESTRA EL GRAN AMOR QUE  
LE TIENES A LA VIDA Y QUE NO CON  
CUALQUIER COSA TE VENCES.

DOY GRACIAS A DIOS POR TENERTE  
CON NOSOTROS, POR HABERNOS  
MANTENIDO UNIDOS. Y QUE NOS  
PERDURES POR MUCHO TIEMPO.

GRACIAS ABUELITA.

A la Lic. TOMASA JUÁREZ CAPORAL, con mi mayor reconocimiento por su enseñanza, por su valiosa ayuda y apoyo en mi formación profesional desinteresada accesoria y orientación.

**A MIS MAESTROS:**

Porque a través de sus conocimientos Impartidos lograron que tenga las bases necesarias para ejercer mi carrera.

Al personal de H. O. M. S. V. F. N. que tan gentilmente me brindaron la información necesaria para la realización de esta tesis.

A la Esc de Enfermería Hospital de Jesús  
Por habernos dado la oportunidad de forjarnos un futuro.

Sinceramente

Gpe. Sandra.

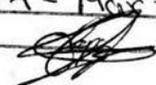
MÉXICO, DF. OCTUBRE DE 2003.

LIC. ENF.  
ASESOR DE TESIS  
PRESENTE

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Guadalupe Sandra  
López Guzmán

FECHA: 04 - Marzo - 04.

FIRMA: 

Pongo a su disposición el Trabajo Titulado

**PARTICIPACIÓN DE ENFERMERIA EN LA CONDUCTA  
DEPRESIVA DE PACIENTES CON INFECCIÓN OSEA  
CRÓNICA**

Que presenta Gpe. Sandra López Guzmán, para obtener el Título de Lic. En Enf. Obstetricia.

Esperando tenga a bien autorizar.



**AUTORIZADO**

LIC. EN ENFERMERÍA TOMASA JUÁREZ CAPORAL  
ASESOR DE TESIS

# INDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
2	OBJETIVOS.....	3
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
4.	HIPOTESIS GENERAL.....	5
5.	VARIABLES.....	6
6.	INDICADORES.....	7
7.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	8
8.	MARCO TEORICO.....	9
	8.1 ANTECEDENTES.....	10
	8.2 COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO.....	34
	8.3 LA PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA.....	38
9.	METODOLOGÍA.....	40
10.	ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	42
11.	CONCLUSIONES.....	45
..		
12.	ANEXOS.....	47
13	CUADROS.....	48
14	GRAFICAS.....	52
15	GLOSARIO.....	76
16	BIBLIOGRAFÍA.....	79

## INTRODUCCIÓN

La infección, ósea crónica tal vez no resulte un padecimiento relevante por su frecuencia, sin embargo las características del padecimiento y su evolución resultan de relevancia Institucional y desde luego social, en relación con el ambiente de los pacientes.

Las infecciones óseas crónicas, es un padecimiento de evolución generalmente tórpida, tratamientos e internamientos prolongados y recurrentes e incapacidad funcional resultante. Los factores que la desencadenan son en general violentos, en los que influyen aspectos de baja escolaridad y ocupación menestral entre otros. (Datos obtenidos de los archivos del Hospital O. M. S. V. F. N. del 2003).

En consecuencia la manifestación del resultado se refleja en conductas inadecuadas, las que son observadas en los pacientes. Tales conductas se consideran inadecuadas con relación a las generalidades de actitudes consideradas como normales.

Así encontramos en el Hospital de Ortopedia Victoriano de la Fuente Narváez Magdalena de las Salinas (H. O. V. F. N. M. S.) específicamente en el servicio de infecciones óseas, que aquellos pacientes cuya estancia es prolongada (Hablando de más de 60 días) manifiestan cambios de conductas, las cuales son depresivas generalmente.

Se ha observado hostilidad, agresión y también algunas manifestaciones eróticas al sexo opuesto.

Son muchas las acciones que pudieran efectuarse quizá para tratar de ayudar a los pacientes con esta problemática, sin embargo el que hacer de enfermería no abarca conocimiento específico, ni métodos y técnicas que pudieran incluirse para la atención de esta situación.

Pero como bien conocida es por el personal de enfermería del H. O. V. F. N. M. S. la existencia de estado depresivo en los pacientes, se pretende encaminar algunas de las acciones de enfermería a la derivación de inquietudes, angustias o tristezas de los pacientes con infecciones óseas crónicas cuya estancia es prolongada.

Tales acciones son aquellas que corresponden a enfermería en el área psicosocial, creativa y de fomento a la salud, la cual desde luego incluye el aspecto mental del individuo.

Los objetivos de este estudio pretenden alcanzar el conocimiento de los factores que intervienen en los cambios de conducta de los pacientes dentro del hospital, identificar cuales son sus necesidades emotivas y mostrar que la participación de enfermería puede tener gran resolución en la disminución de la depresión de los pacientes. Esto, al considerar que es la enfermera quien atiende al paciente todo el día.

La información vertida en el contenido del presente estudio fue bibliográfica del archivo del H O V F N M S y basada también en la observación directa.

Se efectuaron métodos y técnicas de observación y entrevistas a las personas que de alguna forma tienen participación el servicio especificado y en el tiempo requerido

Cabe resaltar finalmente que el propósito fundamental de la investigación es proporcionar acciones que enfermería pueda realizar en pro del bienestar del paciente atendiendo en este caso su estado emotivo y la formación de un ambiente agradable.

## OBJETIVOS

1. - IDENTIFICAR LAS NECESIDADES EMOTIVAS DEL PACIENTE EN CUANTO A SU ENTORNO.
2. - CONOCER LAS ACTIVIDADES ESPECIFICAS QUE LA ENFERMERA PUEDE REALIZAR EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DEPRIMIDO DENTRO DEL H. O. V. F. N. M. S.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CÓMO PUEDE ACTUAR LA ENFERMERA ANTE EL PACIENTE  
DEPRIMIDO CON INFECCIÓN ÓSEA CRÓNICA CUYA ESTANCIA  
HOSPITALARIA ES PROLONGADA EN EL  
HOSPITAL DE ORTOPEDIA VICTORIANO DE LA FUENTE NARVÁEZ  
MAGDALENA DE LAS SALINAS?  
( H. O. V. F. N. M. S )

## HIPÓTESIS GENERAL

LAS ACCIONES DE ENFERMERIA ESPECIFICAS AYUDAN AL PACIENTE DE ESTANCIA PROLONGADA EN EL HOSPITAL, A CANALIZAR SUS EMOCIONES A TRAVEZ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y MENTAL DIRIGIDA

¿CUÁL ES EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN POR AFECCIONES ÓSEAS CRÓNICAS?

## VARIABLES

### **INDEPENDIENTE:**

Las acciones de enfermería específicas en pacientes de estancia prolongada.

### **DEPENDIENTE:**

Canalizar las emociones a través de la actividad física y mental dirigida.

## INDICADORES

- 1.- Cuidados que la enfermera proporciona de acuerdo a las necesidades del paciente en el aspecto físico.
- 2.- Cuidados que la enfermera proporciona de acuerdo a las necesidades del paciente en el aspecto emotivo.
- 3.- Cuidados que la enfermera proporciona de acuerdo a las necesidades del paciente en el aspecto social

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

1. - Pacientes que permanezcan hospitalizados más de 30 días.
2. - Pacientes del sexo masculino casados.
3. - Edad entre 18 y 50 años.
4. - Todas las enfermeras que acepten contestar el instrumento y que hayan estado mínimos 6 meses en el servicio de pseudo artrosis..

## 8. - MARCO TEORICO

### 8.1 ANTECEDENTES

La infección ósea y los problemas que como un padecimiento general o específico acarrea, desde luego se pone de manifiesto en los hospitales dedicados a la ortopedia especialmente o bien en aquellos que cuentan con servicios ortopédicos.

Es la prolongación y su evolución, preocupa al personal que labora en esta área pues los pacientes cuya estancia es prolongada incurren en forma de conducta propia a la lentitud evolutiva de su padecimiento.

Durante el periodo de marzo – agosto del 2003 la unidad atendió a 7,827 pacientes (100%) de los cuales 447 casos presentaron o ingresaron por infecciones óseas. Estos casos tuvieron predominio en el sexo masculino en un 78%, los cuales fueron pacientes en edad productiva entre los 21 y 30 años de edad en un 39%, y entre los 31 y 40 años en un 27.3%. El predominio de estancia Hospitalaria fue de 15 días en un 54.9%, aun cuando hubo un mínimo pero importante porcentaje de pacientes Hospitalizados por más de 60 días (5%).

Al considerar los datos anteriores y experiencia en el servicio, se consideró abordar el tema sobre algunas conductas específicas que orientan el conocimiento de enfermería sobre las formas más apropiadas de su participación.

Esta patología y su evolución, preocupa al personal que labora en estas áreas, pues los pacientes cuya estancia es prolongada incurren en forma de conducta propias a la lentitud evolutiva de su padecimiento.

# CONDUCTA Y DEPRESIÓN

## DEFINICIÓN DE DEPRISIÓN:

Es un estado más intenso y persistente de tristeza, desesperanza y desanimo, el tiempo marcha con lentitud. Los seres queridos, la comida, el sexo, los pasatiempos, el trabajo y la recreación pierden su atractivo, pero no existe la razón para pensar que estén enfermas mentales, si siguen cumpliendo sus ocupaciones diarias.

Hay dos clases principales de enfermedades depresivas:

- ✓ La primera, la depresión "reactiva", se debe a una reacción externa a un choque emocional como la muerte de una persona amada, el final de una relación amorosa o una pérdida financiera.
- ✓ La segunda clase de depresión se llama "endógena" (que nace de dentro). Esta ocurre sin causa aparente, pero se sabe que en ocasiones es secuela de una infección vírica como la fiebre glandular. También puede derivarse por cambios hormonales

## DESGANA, DESMOTIVACIÓN

El ser humano necesita 'motivos' para actuar, deseos, ilusiones, objetivos que den sentido a su vida. la depresión se presenta, permanecemos en ella con apatía, y una desgana, una desilusión y falta de sentido en nuestras vidas que nos parece 'vegetativa', absurda.

Sin motivación no estamos predispuestos a actuar, y más bien la tendencia es a abandonarse en la inactividad, en un esperar y sentir una motivación positiva, que se transforma en desesperación en la medida de que nos cansamos de esperar. La motivación, las nuevas ilusiones, ¿cómo pueden aparecer en nosotros?.

El hecho de que estando bien parecen existir espontáneamente, nos induce a creer que es algo 'natural', algo que -si funcionamos bien- debería estar ahí como el ritmo respiratorio o el pulso del corazón. Pero lo cierto es que la motivación no es constante e incombustible, no es seguro que esté ahí *siempre*, y cualquier persona normal atraviesa momentos de vacío y desgana provocados por que las etapas acaban, los deseos se realizan, y porque abundan los tropiezos y fracasos.

Forma parte de las habilidades normales rehacerse, trabajar en nuevas direcciones, explorar nuevos caminos, buscar nuevas motivaciones. Por consiguiente sería más preciso considerar que el estar motivados consiste en:

- **[a]** mantener los objetivos, las ilusiones si ya las tenemos, para que no se debiliten por cansancio, olvido, dispersión, tentaciones, etc.
- **[b]** buscar nuevas cuando ya se han acabado las anteriores, lo que requiere un comportamiento de *exploración*, de búsqueda, de correr el riesgo de probar cosas nuevas.

Con el apartado [a] entramos en el de la madurez de una persona adulta, de su capacidad para perseverar ante las dificultades, la firmeza de no caer en el derrotismo antes de tiempo, el ser capaz de reanimarnos, darnos nuevo aliento evocando las razones y las cosas que daban sentido a nuestros planes, revitalizar, limpiar las motivaciones que se han diluido o se han olvidado en el trajín del día a día (a esta operación la podríamos llamar el arte de *auto-motivarse*).

Estas capacidades son esenciales para combatir el cansancio, el olvido, las dudas y la tardanza irritante que producen los obstáculos que van surgiendo.

La depresión se agarra muchas veces al "no tengo fuerzas para seguir". Parece que hayamos contraído una enfermedad que nos debilitase la capacidad de proseguir el conjunto de nuestras metas: esa falta de energía no es otra cosa que una *motivación negativa*, que viene a ser todo lo contrario de lo que estamos describiendo como la capacidad de *auto-motivación exitosa*: constantemente nos comportamos como lo haría un enemigo que nos quisiera desanimar:

- o "¿Porqué no lo dejas?",
- o "¿Y no sería mejor renunciar a todo y descansar?",
- o "Seguramente todo irá a peor y los esfuerzos serán inútiles".

Igual que existe el arte de animar el trabajo de un equipo también está el arte - menos útil ciertamente- de desinflarlo, desanimarlo y desmotivarlo.

En cierto modo lo humanos tenemos un 'equipo' o conjunto de deseos, pero en ese cesto puede haber una manzana podrida que se dedica a sabotear al resto simplemente porque está lleno de rencor y resentimiento por alguna cosa que le ha ido mal. Es como si pensara ese deseo, "si a mí me va mal, que ninguno de mis colegas tenga tampoco éxito y así compartiremos todos la pena".

Es de suponer, que la persona hábil bajo el punto de vista de saberse auto-motivar, se plantea más bien la estrategia constructiva contraria: "salgamos los demás adelante, y a cambio de esa colaboración podremos consolarnos mejor de la desgracia e incluso estaremos en mejor disposición de buscar alternativas y compensar lo que fue mal".

La educación del carácter durante la infancia es importante para resaltar buenos auto-motivadores. Si los educadores nos han transmitido confianza en nosotros mismos, nos han inculcado valor para resistir las dificultades, nos han enseñado a tolerar las frustraciones y las demoras en la realización.

de los deseos, a ser tolerantes y prácticos con los errores, a controlar el malhumor y la ira, y han estimulado en nosotros una buena imaginación y capacidad de invención, entonces seremos perfectamente hábiles para resistir e imponerlos ante las desgracias. Si por el contrario nuestros educadores reprimían nuestras iniciativas, nos ridiculizaban en exceso, nos mimaban o facilitaban las cosas impidiendo el desarrollo de nuestra fortaleza, si nos hacían demasiado dependientes con el pretexto de protegernos, nos aterrorizaban demasiado o nos volvían excesivamente auto-exigentes, puede ser que estemos no preparados para el arte de saber revitalizarnos, remotivarnos positivamente (porque criticarnos y castigarnos por ello no sería precisamente un buen ejemplo de motivación positiva) cuando el cansancio y la flaqueza aparecen.

En el apartado [b], la búsqueda de nuevos objetivos, la habilidad de edificar nuevas vidas sobre las cenizas de las anteriores marca la diferencia entre la persona que se hunde ante el fracaso, la muerte o la enfermedad, y la que se remonta.

En numerosas ocasiones podemos observar que por un lado la persona 'derrotista' se abandona en exceso ante la auto-complacencia en la desgracia

- ❖ "pobre de mí",
- ❖ "he tenido mala suerte",
- ❖ "la vida me trata injustamente",

que es una suerte de dolor pasivo, un *re-vo/verse* sobre la misma herida una y otra vez, para que el asombro y el dolor paralizante nos ofusquen y nos hagan sentir impotentes.

Por otro lado, la persona por pudor, miedo, intolerancia u orgullo, no se atreve a buscar 'consuelo', a buscar una 'contención al dolor', y sobre todo no se atreve a pensar en distintas soluciones que pueda intentar llevar a la práctica, una detrás de otra, hasta ver resultados prometedores.

No se trata de que el dolor o la depresión agudas incapaciten totalmente para buscar salidas -porque aun la persona más impedida puede buscar ayuda externa si ve que ella sola no puede- sino que lo que se quiere en esas circunstancias es más dolerse por lo malo que buscar lo bueno que te repare.

La conducta de búsqueda, de exploración, requiere desde luego cierta capacidad de aventura, de saber salir de los caminos ya estériles o acabados, de alejarse de las vías muertas para explotar territorios nuevos.

Este salir de lo conocido da mucho miedo, sobre todo si a lo largo de nuestra vida hemos procurado ir sobre seguro, por senderos convencionales, procurando no llamar la atención, temiendo demasiado la reprobación, buscando constantemente la aprobación de los demás.

Estas actitudes, aunque durante mucho tiempo nos han dado seguridad, tal vez no nos preparan ante los cambios que aquellos que están acostumbrados a los cambios de residencia, de pareja, de trabajo o de país, capaces de empezar de nada con confianza y fe en ellos mismos y en el resultado. El miedo al cambio, a la novedad es, por consiguiente, un gran obstáculo para encontrar nuevas motivaciones. También es muy común encontrar gran dificultad a la hora de tener otros roles que implican las situaciones nuevas (hacer de 'soltera' una persona que ha llevado muchos años de casada, hacer de alumno alguien que hace mucho tiempo que no ocupa esa posición, empezar un nuevo trabajo con la humildad del novato, buscar nuevas relaciones sociales como un recién llegado, nuevas actividades o aficiones en las que uno empieza de cero, etc.)

La flexibilidad de la personalidad nos ayuda a 'ser de diversas maneras', aunque a veces la educación, mal entendida, parece que predique más bien el 'ser siempre la misma persona', lo cual produce una rigidez peligrosa, sobre todo en las situaciones excepcionales que estamos contemplando, y las que nuestra sociedad compleja se empeña en proporcionarnos. Intelectualmente también se requiere de nosotros el arte 'activo' de buscar nuevas ilusiones, consistente en podernos imaginar acontecimientos agradables, historias posibles, nuevos caminos, nuevos parajes y por ello mismo tener ante los ojos una promesa de goce.

Las personas que desarrollan esta facultad siempre están buscando la manera de hacer que un fin de semana resulte algo memorable, una velada con amigos algo encantador, y una tarde lluviosa una ocasión para combatir el aburrimiento con deliciosas sorpresas. Dirigen su mente hacia preguntas como ¿qué podría hacer? ¿y de qué manera podría realizarse mejor? ¿Y de qué forma tendría éxito?. Por así decirlo, se ganan a pulso, con el fruto de su esfuerzo mental el tesoro de una buena idea, magia que nunca se hubiera producido cayendo en la pasividad, la queja, el lamento y la protesta airada.

La búsqueda activa de ideas y propósitos es como hacer un crucigrama en el que las palabras que llenan un vacío hay que buscarlas en uno mismo más que en una hoja de soluciones. Implica un ponerse a pensar *productivamente*, un hacerle arrancar al cerebro listas de propósitos que, en vez de contemplarlos con frialdad maldispuesta y despreciativa, viéramos con la luz de una posibilidad digna de explorarse a falta de algo mejor, confiando en que este proceder, en alguno de los intentos, va a producir un enganche, una reacción más viva que de nuevo se transforme en categoría de ilusión.

Igual que la torpeza para hablar o la timidez se vencen practicando, en vez de sufriendo vergüenza y retirándonos a nuestra cueva interior, así las motivaciones nuevas vienen, se queda y se hacen 'auténticas' en vez de forzadas con el empeño terco de intentar vivirlas lo mejor posible.

Se parece esto a lo que sucede cuando aprendemos algo que se nos resiste (conducir con fluidez, tocar un instrumento musical de forma que suene bien una canción, saber utilizar el ordenador, etc.) pero que una vez superada la fase 'militar' se transforma en utilidad y goce. El volcarse, sumergirse en el mundo externo, en actividades que al principio se nos aparecen como formas inseguras y riesgosas de actuar, es la actividad que nos saca el ensimismamiento empobrecedor que nos ofrece la depresión.

El desánimo, huyendo de la búsqueda en el mundo, se agrava y se muestra insuficiente para salvarnos del apuro, y más bien nos invita a una destrucción desesperada.

## APATÍA, DEBILIDAD, CANSANCIO

La reacción que la experiencia nos dicta frente a las sensaciones de cansancio, debilidad, falta de energías, es descansar hasta volver a encontrarnos repuestos. Claro está que este principio es válido en la mayoría de las ocasiones 'normales' de agotamiento por una causa física (trabajo, ejercicio, número de horas que llevamos activo). Efectivamente, un adecuado descanso repone la tensión muscular, regula el metabolismo corporal y nos permite estar a punto para nuevas demandas.

En el caso en el que la debilidad está provocada por una enfermedad (una gripe, por ejemplo), más que reponer un exceso de cansancio conquistamos una normalidad perdida por un proceso patógeno excepcional.

En el caso de la depresión el estado de 'debilidad', atonía muscular, y en ocasiones pronunciado en lentecimiento es más el 'estado' de inactividad que fruto de cansancio o de proceso degenerativo. Se trata de un estado que la persona puede describir como 'falta de energía', y que predispone muy negativamente frente a los esfuerzos físicos tales como levantarse de la cama, ducharse, vestirse, desplazarse, etc.

Como hemos mencionado antes la repuesta puede ser la de 'descansaré a ver si me recupero' siguiendo los consejos de nuestro propio cerebro basados en la experiencia. Desdichadamente esta estrategia supuestamente reparadora y protectora produce el efecto contrario al deseado.

Los fisioterapeutas conocen bien este problema estratégico: una persona ha tenido una lesión muscular, por ejemplo una tendinitis. Instintivamente deja de mover el brazo para ahorrarse dolor, pero esa inactivación a la larga produce involución muscular y pérdida de capacidad de movimiento, un retroceso. La solución, por el contrario, exige paciente y activa colaboración: ejercicios de recuperación progresivos.

Siguiendo este ejemplo, el síntoma de la falta de energía y apatía provoca a menudo un círculo vicioso similar: contra más descansada e inactiva está la persona menos energías y más debilidad tiene; en cambio, una recuperación progresiva, a primera vista antipática y penosa, produce sin embargo mejoras objetivas.

El cansancio por consiguiente mejora cansándose más, fortaleciendo el sistema muscular con un ejercicio progresivo (paseos más largos, asumir mayor número de tareas, ocuparse más tiempo en actividades manuales. La actividad es la conducta opuesta a la inactividad, y por ello mismo, indirectamente pone freno y mejora el estado depresivo y es una buena medicina natural.

Así mismo la paradoja de cómo recuperar las energías perdidas consisten en utilizar las pocas energías que nos quedan en producir a través de una actividad forzada acopio de fuerzas.

## PROCRASTINACIÓN (Dejar para después)

El cerebro tiene que decidir continuamente qué hacer y cuando. Diversos criterios son útiles para establecer turnos y organizar los recursos:

- La vigencia de una necesidad.
- La prioridad que puedan tener diversos objetivos.
- Las posibilidades de éxito.
- La oportunidad.
- La economía de medios que requieren
- Las recompensas que producen cada uno.
- Los costos y las preferencias.

Manejar todo este conjunto de variables hace que tomemos decisiones basadas en producir lo máximo al mínimo costo como si de una empresa competitiva se tratase.

La depresión produce una combinación de estos tres factores:

1. Motivación disminuida.
2. Dificultad de *start-up* (puesta en marcha).
3. Intolerancia a la frustración ( irritación que produce sentir lo desagradable de una forma más intensa).

Estos factores son los responsables de una tendencia a dejar para el último momento la realización de ciertas acciones 'antipáticas' tales como hacer una llamada de teléfono ingrata o que nos produce sentimientos negativos, hacer un trabajo pesado, actuaciones que nos exigirían tratar con personas ante las que no nos encontramos cómodos.

La persona deprimida piensa "no estoy de humor ahora mismo para hacerlo, lo dejaré para otro momento". Si, según los fríos cálculos de la conveniencia, esa acción tuviese un tiempo óptimo (pensemos, a modo de ejemplo, en enviar un currículum laboral antes de que se hayan presentado demasiados candidatos o enviar una carta de reclamación antes de que transcurra un plazo legal) entonces está habiendo un grado de perjuicio, de riesgo de fracaso, que va aumentando en función de cuanto atrasamos indebidamente su ejecución.

La depresión no altera nuestra inteligencia al punto de ofuscarla completamente como en determinados trastornos mentales en los cuales el enfermo no es consciente de estar enfermo, y por consiguiente, nuestra mente nos sigue avisando una y otra vez, con angustiada insistencia, de que estamos a punto de perder una oportunidad, que todavía está a tiempo de enmendarlo.

¿ Reaccionamos entonces? La respuesta es que mientras existe plazo de tiempo la procrastinación es posible, y por tanto la persona deprimida, en contra de toda lógica de optimización, sigue demorando con más temeridad, hasta llegar el último día, el último minuto, o llegando incluso a pedir aplazamientos excepcionales, y entonces, con suerte, si no estamos tan mal que nos digamos con ira auto-lacerante que "ya es tarde", podemos hacerlo finalmente de la peor, más costosa y penosa de las maneras.

Esta conducta es altamente ineficaz y ansiógena -dicho sea de paso, a menudo la ansiedad en la depresión se genera de todas las maneras posibles- y la persona debe estar alerta de su aparición y corrección sino quiere verse arrastrada a las peores pesadillas.

## DUDAS, INSEGURIDAD

Tomar sencillas decisiones tale como qué prenda de ropa me compro, qué menú elijo o en qué dirección inicio un paseo es algo muy sencillo para una persona con un estado de ánimo normal, aunque ello no excluye que esa misma persona normal tendría pleno derecho a tener dudas sobre decisiones importantes (cambio de trabajo, una inversión sustanciosa, elección de pareja, etc).

En la depresión las ``grandes dudas" y las ``pequeñas dudas" se conviertes ambas en el mismo tormento. A ello contribuye:

- [A] La dificultad de evaluación, que en la depresión está alterada en el sentido negativo, esto es, en la dirección de exagerar lo poco como mucho, el a veces como siempre, una dificultad como una imposibilidad, de forma que un fallo que comete lo atribuye a que es ``una nulidad" o un desaire que se le hace es evaluado como ``no soy digno de aprecio". Esta apreciación extrema es la que conduce haber la pequeña decisión de elegir el color de una camisa en una ``prueba de mi inutilidad" y que este angustioso de paso se convierta en una ``prueba" de la anormalidad de su estado. Se produce de este modo un agrandamiento artificioso del problema, que se transforma en ``juicio de dios" sobre su porvenir.

La misma angustia que se produce de vivir el pequeño problema como problema de primera categoría, es percibida con extrañeza y alimenta en buena medida la inseguridad, al observar que sentimos de forma anómala y por tanto cabría temer que podríamos tomar decisiones absurdas.

- [B] La atribución de capacidades: se puede sentir que hay un abismo entre la magnitud de una tarea y las minúsculas fuerzas que se atribuye el deprimido a sí mismo. Para los demás es fácil sostener una conversación o realizar una actividad rutinaria, pero para el deprimido- es una tarea titánica frente a la que se ve incapaz. Afortunadamente esta incapacidad es más una distorsión del auto-concepto de uno mismo que una verdadera imposibilidad.
- [C] El proceso de toma de decisiones: replantear las decisiones que se han tomado continuamente, hace que el actuar deje de ser fluido y parezca entorpecido a cada momento.

Decidir es un trabajo durante el cual debemos paralizar, frenar los impulsos, y *sin hacer nada* considerar e imaginar alternativas para establecer la dirección hacia donde han de dirigirse los esfuerzos. Por ejemplo, nos quedamos quietos frente al armario y nos imaginamos llevando una camisa, luego otra distinta, luego otra vez la primera, y así sucesivamente. Es fácil entender que decidir ha de tener una duración *práctica*, porque de lo contrario en vez de ir a parar a una opción -fuera buena o mala-, nos quedaríamos con la peor de todas: la *inactividad* *(que con toda seguridad no ofrece nada)*.

La forma en la que la depresión influye para que las decisiones se degraden en forma de parálisis es alargando innecesariamente las dudas, tejiendo y destejiendo las mismas ideas una y otra vez, pero sí, pero no... Parece imposible decantarse, (encaminarse) bien sea porque un impulso subterráneo está más interesado en paralizarnos que en activarnos, o bien sea debido a una enigmática dificultad para decantarse.

Los dos fenómenos que acabamos de mencionar se dan en la depresión por distintos motivos:

- 1) Por un lado el impulso, lo que nos apetece (no lo que nos conviene, criterio que está basado en que seguiremos vivos y entonces nos encontraremos con las consecuencias reales de las decisiones tomadas) es no hacer nada, claudicar, abandonarlos a la pendiente, dejarnos caer.
- 2) Por otro lado no encontramos el resorte que hace disparar la decisión, sentir por ejemplo más agrado con una camisa que con otra. Esperamos la emoción positiva que se supone provoca explorar hipótesis y escenas distintas y comparar estos distintos placeres "como si" lleváramos la camisa de turno y encontrar de este modo cual produce mayor recompensa. La dificultad de sentir placer -de cualquier tipo- vuelve muy difícil orientarnos, ya que la búsqueda del placer -a corto o largo plazo- es una de las mejores guías que tenemos los humanos para actuar. Por esta razón la persona deprimida está muy confundida e indecisa acerca de qué decisión tomar hasta en las cosas más mínimas.

Ayuda mucho en esta clase de problemas sustituir el sistema de decisiones habitual por otro provisional que solemos utilizar en algunas situaciones de supervivencia (por ejemplo al ser perseguidos): decidimos lo primero al azar, rápido, no volvemos atrás. Esto es, siguiendo el ejemplo anterior, cogemos la primera camisa al azar y aceptamos el riesgo de habernos equivocado sin escrúpulo ni remordimiento, comprendiendo que hasta estar recuperados éste es el sistema menos malo y el que combate mejor la inacción (que es como el comportamiento negativo que agrava el desánimo).

Poner a prueba cual es el máximo de funcionalidad de que se es capaz produce asombro y sorpresa en el deprimido, al constatar que los hechos demuestran un panorama en el cual quizá no pueda estar brillante, ocurrente y productivo como en sus mejores momentos, pero se puede hacer perfectamente una actuación modesta, al punto de que no llame siquiera la atención (aunque esto podría tener el inconveniente de que los demás supusieran que "no le pasa nada" ya que puede comportarse como mediocre normalidad. A veces la persona deprimida tiene que colaborar poco y ser renuente para "ser tomado en serio" y demostrar la legitimidad de su trastorno en lo que respecta a cuidados y consideraciones). Sea como fuere, conviene apostar por mantener el rendimiento al máximo posible, ya que de este modo se está más cerca de una normalidad aceptable.

## DESAPEGO DE LOS ESTÍMULOS

Lo que induce la depresión al deprimido frente a los estímulos es la actitud de pre-concebir, de dar por hecho, derrotándose por anticipado, que no le "sentarán bien".

A primera vista podríamos reflexionar que acercarse a lo agradable produciría consuelo y por ello mismo sería una apetecible medicina para nuestro fatigado estado. En cambio el deprimido desconfía de ese acercarse a lo bueno que antes le reconfortaba, y más bien renuncia previendo sentirse todavía más defraudado.

Se vuelve frío y escéptico, y ante la posibilidad de un placer conocido prefiere desilusionarse y así confirma con toda su crudeza, sin paliativos ni falsos consuelos, la amarga realidad que le atemoriza.

También contribuye a esta actitud el rencoroso desaire que produce haber esperado mucho y haber encontrado poco en algunos momentos en que hemos probado, y haber sacado la precipitada conclusión "ya no me anima nada", "será mejor resignarme a este malestar insoportable".

Sin embargo, pese a esas conclusiones más fruto de la impaciencia que de otra cosa, la exposición a los estímulos agradables resucita los sentidos y las capacidades de goce cegados por la depresión.

La estrategia adecuada es acercarse y permanecer periodos cada vez más largos haciendo 'como si' disfrutáramos de productos alimentarios exquisitos, regalásemos el oído con música cuya belleza nos conmovía, nos atreviéramos -a pesar de la poca convicción- a poner ante los ojos la belleza visual del mundo natural (la antigua medicina de la "naturaleza cura") y artístico.

Se trata de dejar que la curiosidad nos cosquille y provoque a pesar de nuestra inicial indiferencia, en una palabra, ir hacia el interés en vez de pretender estar interesados porque sí, sin habernos re-vitalizado a base de habernos auto-estimulado con la persuasión e insistencia necesarias.

Aparecer en vez de desaparecer, volver al ser lo que éramos en vez vaciarnos perdidos en la nada: he aquí un cambio de actitud que busca y espera la reanimación de su paciente acercarse al habla, la expresión y la acción como el camino que crea lo que practica en vez de lamentar lo que ha perdido.

Practicar vida social, producir manual e intelectualmente, acercarse de puntillas a los placeres para saborearlos aunque fuera de refilón, todo ello hace mover lo dinámico y produce el rayo de luz que nos ilumina.

## FUGA DE LA CONDUCTA

Este es un fenómeno más propio de los estados ansiosos, cuando el desasosiego que nos produce algo es desviado haciendo otra cosa aparentemente correcta, perteneciente al repertorio de loables propósitos que tenemos, pero cuya oportunidad y urgencia son más que discutibles, lo que la convierte precisamente en "acción tapadera". Ejemplo de esto es el furor limpiador u organizador -loable, quien lo duda- que le entra al estudiante precisamente cuando tenía que ponerse a estudiar: las incertidumbres y agonías que entraña él "forzarse a aprender" es aparentemente sustituidas por una actuación útil y menos agobiante.

Claro está que lo rechazado retorna más tarde de nuevo con dosis de desagrado en el que estuvo temporalmente sepultado.

Hacer lo que no toca, lo que no se debe, incluso lo desaconsejable

Actuar para no hacer lo que se evita hacer, es una buena coartada para convencernos a nosotros mismos de que somos quizás saboteadores, sí, pero inocentes y bien intencionados. Así, por ejemplo, debemos acudir a una cita importante, pero antes convendría regar las macetas y de paso dejar fuera del congelador la comida y claro está, no olvidemos coser ese botón que estaba medio suelto, y ciertamente, sería inapelable lavarse antes los dientes, y ya que estamos en la zona del baño podríamos aprovechar para recoger los frascos vacíos que hace días que están pendientes de retiro, ah, y sacar la ropa delicada que estaba en remojo, no se vaya a desteñir demasiado, y así sucesivamente. La persona es consciente de que se está haciendo tarde, que no llegará a tiempo, y no obstante no puede dejar de lado más tareas de última hora que exacerban la ansiedad tanto que resulta trágico y cómico la forma en que, vaya fatídica casualidad, llegar a tiempo es ya imposible.

Esta penosa desorganización aparece aumentada en la depresión por otros factores añadidos tales como las dificultades de memoria, concentración y la evitación de lo desagradable o incluso por un oscuro impulso de "echarlo todo a rodar", como complaciéndose en una degradación de las cosas acorde a la confusión interna de los sentimientos.

## RITMOS CIRCADIANOS

Hay un tipo de insomnio, un conjunto de costumbres diarias, que consiguen que la persona deprimida tenga un ritmo "contracorriente" de los demás. Cuando los otros están frescos y despejados, el deprimido está en la espesa de las brumas matutinas, cuando los otros sucumben al cansancio y a la modorra,

El aturdimiento tiene a veces cierta ventaja, porque amortigua la angustia que producen las tareas diarias -especialmente cuando el origen de la depresión tiene mucho que ver con esas tareas- y permite un cierto vivir adormecido, un "matar el rato", un lograr que el tiempo exista menos, una disculpa perfecta para que las cosas tengan una pobreza digna de repulsa y asqueada contemplación.

El apetito desaparece especialmente en las horas de comida, favorecido en esa ausencia por la presencia del picoteo extemporáneo, igual que apetece dormir en las horas más intempestivas y aparecen algunas ráfagas de deseo erótico cuando nadie parece estar.

La regulación de los ritmos de vigilia y sueño ayudan a encontrarse en el mismo camino que las personas que nos rodean. Las actividades fisiológicas y los impulsos naturales se ven favorecidos por el orden adaptativo en vez de verse perjudicados -disminuidos- por el desorden.

Regular las horas de sueño, de comida, de ejercicio, de lectura, etc. facilita enormemente la recuperación. No quiere decir esto que nos tengamos que volver rígidos e inflexibles, sino que la flexibilidad es un lujo que uno se puede permitir sólo en el supuesto de que primero tenga una normalidad de funcionamiento.

## ABANDONO

En la depresión cambia considerablemente la intensidad de la lucha por mejorar, y podemos llegar a contemplar en ese estado, con blanda auto-comparencia y frialdad, cómo una pulsión oscura de pronto reniega, se rebela, ya no juega a ganar, y ya no le importa ver el espectáculo de nuestra degradación.

- [Estado\_1] La cosa puede iniciarse por señales sutiles, como desinteresarse por la imagen pública, poniéndonos cualquier prenda, descuidando la higiene, dejando de lado la exquisita educación y no nos afanamos en resultar simpáticos o seductores: ya no queremos decorar el mundo, brillar en él como si tuviéramos una disposición amorosa hacia el exterior donde los bienes se consiguen, donde los afanes se siembran y dan fruto.
- [Estadio\_2] Una vez oscurecidos, afeados y hoscos, el siguiente paso es el boicot y el sabotaje pasivo: dejar de hacer lo que sabemos que no podemos permitirnos.

Para llevar a cabo este silencioso abandono se requiere un método sibilino: resistencia pasiva, omisión, olvido malintencionado, autoengaño, dejadez, ritmo in suficiente.

Esta segunda etapa genera un perjuicio claramente perceptible, esto es, una degradación angustiosa del conjunto de asuntos que llevamos entre manos (manos obreras, sea dicho de paso, que evitan la tendencia de los asuntos a empeorar si los dejamos solos)

- [Estadio\_3] La preparación de las dos primeras fases es el requisito necesario para dar el paso decisivo: el abandono activo, el descolgar el teléfono para que no nos llamen, faltar al trabajo, dejar de tomar medicinas, no salir de casa, no levantarse de la cama o rebajar nuestras actividades a un mínimo de elemental sobre vivencia (o en su expresión máxima la persona puede "dejarse morir").

Quienes rodean al deprimido se escandalizan "¿No se da cuenta del grado de dejadez al que ha llegado?". La respuesta es que sí. Lo ve con escalofriante asco y rechazo de sí mismo. Pero este verse piltrafa impresentable, lejos de suscitar una urgente respuesta para remediarlo, más bien justifica aflojar una vuelta de tuerca más al abandono, soltando las migajas de acción positiva que quedaban como si uno que se viera cayendo no se le ocurriera cosa peor que empujar hacia abajo creyendo trepar hacia arriba.

- [Estadio\_4] El mayor grado de abandono conduce a la inanidad, a una muerte por tristeza o a la tentación del suicidio.

Aunque éste proceso que describimos es de un empeoramiento progresivo, ello no significa que un curso depresivo tenga que conducir a este final de forma inexorable.

La depresión vive del autoengaño de pensarse como "imparable", dando a entender que la persona está negada, imposibilitada para reaccionar. Esta es la "película" que proyecta -para espantar y paralizar- en la pantalla de la conciencia.

Pero la reacción es siempre posible, y hasta milagrosamente eficaz. Alguien al borde del suicidio puede recapacitar y escandalizarse por haber ido tan lejos en su desesperación. Sin esos extremos dramáticos, siempre es posible combatir el abandono activo, "portarse bien", cumpliendo -aunque fuera a regañadientes- con los compromisos básicos, hasta notar al cabo de un tiempo una modesta mejora

Lo ideal en cuanto al abandono es disciplinarse de forma preventiva: no dar los primeros pasos del desaliño y descuido personales y, es más, cultivar a modo de escudo protector un mimo y una delicadeza exquisitas en el cuidado propio, reflejo de un quererse a uno mismo, de un amor primero desde el que ir a un amor segundo, cultivando la simpatía, la cortesía, la dulzura seductora y la osadía de hacer un placer de nuestro actuar en el mundo, alejándonos tanto de la pereza timorata como del exceso de sensibilidad frente a las imperfecciones y debilidades humanas.

## AISLAMIENTO

Una medida de vitalidad de una persona podría consistir en averiguar la calidad y cantidad de sus relaciones sociales. Cuando estamos animados tendemos a estar más expansivos, nos comunicamos más y mejor con las personas que nos rodean, tenemos interés en cuidar y mejorar el trato humano. Por el contrario, la reacción más común estando desanimados es disminuir la búsqueda activa de contacto y desimplicarnos (estar sin estar) en las relaciones que tenemos por costumbre.

La tristeza invita a un repliegue hacia un intimismo, hacia el Yo herido, mientras que la alegría busca un tú o un nosotros con los que compartir, aumentar y difundir la onda expansiva de la vitalidad interna.

El contacto humano, especialmente en un ambiente acogedor y armónico, realiza necesidades muy importantes de los seres humanos (condenados a ser una especie social, mal que nos pese) tales como la necesidad de apego, seguridad, integración, reconocimiento, valoración e incluso de identidad (pertenecer a un grupo, no ser un "don nadie" anónimo). Por consiguiente, alejarse es una forma de dar la espalda a estas necesidades, estar ausentes, perder el amarre que "ser alguien para alguien" nos ata al mundo.

Con cierta frecuencia este aislamiento no sólo es un síntoma de depresión, sino que también ha sido en buena medida su causa. La falta de habilidades sociales, especialmente para intimar y hacer amigos, las dificultades de carácter y maduración, hacen que nuestras relaciones resulten problemáticas o insatisfactorias, pobres y decepcionantes. En otras ocasiones nos hemos visto obligados a empezar de cero por cambios de residencia, estado civil, trabajo, muertes de seres queridos, las etapas que acaban y hasta los cambios culturales que no hemos podido digerir, todo ello puede producir en nosotros pérdidas de identidad y vinculación que conllevan dosis de frustración, duelo y tristeza.

La persona deprimida es consciente de no estar en su mejor momento y por ello no resulta tan agradable a los demás. y no quiere "hacer el papelón" o "ser pesada" o aburrida a los demás. Pero en cambio, en términos de egoísmo personal, es una de las cosas que más le pueden ayudar a recuperarse.

Para ser atrevidos cabe tener en cuenta que el grado de "deslucimiento" no es quizá tan impresentable como parece a primera vista -porque los demás tampoco son tan exigentes que nos pidan estar arrebatados en un aura de genialidad constantemente-, y que nuestra capacidad de esfuerzo -aceptemos que sea costosa y trabajosa para nuestro estado depresivo- es sin embargo posible, y podemos afanarnos al punto de "parecer" normales. Este teatrillo de hacer de normales tiene la inmensa virtud de normalizarnos, de activar nuestro cerebro en la buena dirección.

Seguramente la capacidad de disfrute esté disminuida, y la dificultad de concentración haga que en ocasiones perdamos viveza y capacidad de coger las cosas al vuelo, pero no obstante el contacto humano nos calma y nos reconforta.

No debemos ser tan escrupulosos ante nuestros amigos y conocidos que no nos permitamos abusar un poco de ellos, imponiéndoles con la mayor normalidad posible nuestra presencia algo sombría: a cambio nos podemos comprometer a devolverles lo que les quitamos cuando estemos recuperados, guardando una deuda de gratitud y reciprocidad en las ocasiones futuras en las que ellos necesiten nuestro apoyo.

## COMER O NO COMER

La alteración del apetito suele ser otro de los síntomas de la depresión. A unos lo que les sucede es que tienen pérdidas alarmantes de peso y a otros se les descontrola la necesidad de ingesta. Este doble posibilidad coincide con el efecto de la ansiedad sobre el apetito, quitándolo o exacerbándolo.

Cuando lo que experimentamos es pérdida de apetencia, la tentación es rechazar la comida, especialmente si tiene apariencia de copiosa o energética. La comida, por añadidura, es como un símbolo de amor a uno mismo (por lo que comer tiene de auto cuidado) y también de ese amor universal que se traduce en "estar presentable", "tener buen aspecto" para alagar y agradar la vista de los demás. Obviamente, la depresión es un agonía del amor, lo enfría y reduce a una mínima dimensión.

Cuando hay una pérdida de peso preocupante se deben tomar medidas correctoras, y en vez de esperar a recuperar el hambre para asumir las costumbres habituales, como alternativa provisional conviene hacer ingesta de pequeñas dosis de alimentos (un vaso de leche, una fruta, un yogurt, una pequeña ración) cada dos o tres horas, hasta comprobar que el peso se mantiene.

Si este plan se acompaña de ejercicio físico (que aumentará la demanda de nutrientes) la estabilización será mucho más rápida y eficaz.

En el caso opuesto, el de que se despierta una voracidad insaciable, el descontrol se ve favorecido por la indiferencia por el aspecto físico, por la falta de autoestima, que aumenta a su vez perdiendo la figura, contribuyendo con ello al apocamiento y aumentando el deseo de aislamiento para no ser vistos de esa forma ni arriesgarse a que fueran conocidas nuestras debilidades impresentables.

Ideas que pueden ayudar a mejorar el control son las de "prevenir la debilidad", anticiparse suprimiendo las tentaciones, analizando las ocasiones en las que se estimula más el arrebató por comer y buscando remedios y argucias para no caer.

Si la dificultad es el aumento de la ansiedad en determinadas horas del día hemos de utilizar formas más inocuas de relajación (por ejemplo música apaciguadora, ver películas reconfortantes, pasear, leer, etc.).

Si podemos contar con alguna ayuda externa sin que ello cause incomodidad o situaciones problemáticas, puede ser útil pedir vigilancia y control para el acceso a la comida (poner un candado en la nevera, supervisar la cantidad de alimentos, aparecer a ciertos intervalos para comprobar la situación, etc.)

En algunas ocasiones especiales comer o no comer puede ser un método indirecto de fastidiar a un ser querido ante el cual estamos resentidos o reprobantes. Al no comer lo angustiamos o comiendo más de la cuenta le privamos de "don de amor" que es la estética. Claro está, estas formas pasivas de agresión pueden tener el efecto de perjudicarnos a nosotros mismos más que a la persona a la que van dirigidas, que además, en vez de sentirse aludido y cambiar a favor, puede vernos como más desquiciados y enfermos de lo que estamos, distanciándose como quien tiene que tratar con un "bicho raro" al que hay que soportar, reacción que dista del amoroso celo que provoca quien se considera que se gana la esforzada dedicación por sus actitudes colaboradoras.

## AUTO-AGRESIÓN

Mientras que la depresión, produce una dificultad para sentir sentimientos positivos (alegría, placer, goce, entusiasmo, deseo), por el contrario, deja intacta la capacidad de sentir lo desagradable (un ruido molesto, una contrariedad, lo penoso y trabajoso, el trato hostil o áspero de los demás).

La modulación emocional está basada en un juego de pesos y contrapesos que nos ayudan a dar la respuesta justa: nos pisan el pie, eso nos molesta, pero si evaluamos al responsable como inocente, con apariencia de buena persona, ello frena la reacción airada. En la depresión faltan unos "frenos" esenciales para la ira y la rabia: sentir amor por uno mismo y por los demás. Vivimos las situaciones como si los costos fueran mucho más pesados que los beneficios, y por ello dignos de la palabra más fácil y abundante en el depresivo: No. No me gusta, no me interesa, no quiero.

La irritación que produce el más pequeño incidente o feo que nos hagan disparar en el deprimido una reacción desmesurada. Si la persona, antes de deprimirse, era una persona bien educada, con unos principios morales y un comportamiento ejemplar, no la veremos agresiva en el sentido más burdo de ponerse intemperante y ofensiva, ni menos aún pasar a la acción de agredir físicamente.

En cambio, otros deprimidos, con dificultades previas a la depresión de control del mal humor y que entran en estado rabioso a la primera de cambio, duplicarán estas conductas estando deprimidos (al igual que esas mismas personas tienden a sobrepasarse en estados alterados de conciencia como estando ebrios o cansados).

Cuando la persona, por su cualidad anterior, guarda las apariencias y no dirige la rabia hacia el exterior, la vuelve:

- [a] Un comportamiento auto-lesivo.
- [b] Un comportamiento agresivo-pasivo.

El comportamiento:

[A] **Auto-Agresivo:**

Consiste en hacerse daño a uno mismo.

Cuando uno se daña hace a la vez de sujeto irritable, de verdugo ejecutor, y al mismo tiempo de víctima pasiva -que es la parte que en realidad hace que la ira se transforme en dolor y tristeza. La auto agresión consiste en:

- Insultarse y despreciarse constantemente ("soy inbécil", "estoy hecho un asco").
- Auto-críticas destructivas ("nunca he valido para nada", "no soy capaz de reaccionar").
- Auto-evaluaciones negativas ("lo hago todo mal", "no doy pie con bola")
- Dejar de hacer cosas agradables (elegir el alimento menos sabroso, sentarse en el asiento más incómodo, no ir a ver la película que teníamos intención de ver, renunciar a una visita o a un favor, consuelo o ayuda que nos ofrecen).
- Llevar a cabo acciones de "auto degradación" tales como cortarse el pelo, ir con la ropa más lúgubre, poner música fúnebre en el tocadiscos, complacerse en los estímulos que proporcionan pena y dolor (determinadas fotos y cartas, evocar recuerdos desagradables, traer a colación viejas ofensas).
- Auto lesiones (golpes, pellizcos, quemaduras) e intentos de suicidio.

El comportamiento

[B] **El Pasivo:**

Es una forma indirecta -y por ello mismo, generalmente inadecuada de protestar y vengarse de los que han suscitado en nosotros la ira desatada. Dejar una ventana abierta por descuido en pleno invierno, quemar la comida, ponerle demasiada sal o elegir el menú que sabemos que menos le gusta a la persona odiada, no hacer o hacer mal lo que habíamos prometido o en lo que nos habíamos responsabilizado (por lo tanto el no hacer ni dejar hacer), olvidar tomar la medicación o no colaborar en la recuperación para que los demás se preocupen y no se vean aliviados o se vean "castigados" con nuestro empeoramiento, son algunos ejemplo de tácticas que la mayor parte del tiempo se llevan a cabo con nuestro sacrificio y nuestro dolor, y por ello mismo nos quitan más que nos dan.

## 8.2 EL COMPORTAMIENTO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

La conducta es la actividad de un organismo vivo, de acuerdo con determinados lineamientos. Desde el punto de vista psicológico la conducta se define como la actividad global de un organismo que hace posible la adaptación a su medio específico y le proporciona control e independencia frente a dicho medio

El proceso dinámico por el que cursa toda conducta esta constituida por diversos elementos que interfieren de manera integral como; los estímulos las respuestas o reacciones a la estimulación, el conjunto de procesos, o intervinientes que se sitúan entre los estímulos y las respuestas con las personas que interactúan todo individuo.

La actividad comportamiento se puede decir que esta determinado por la interacción de una diversidad de factores- En primer lugar, se encuentra la estructura biológica propia de cada organismo y de terminada por su herencia; tal estructura delimita el repertorio que hace posible a los estímulos (un mundo perceptible) y un repertorio posible de las respuestas innatas y otras aprendidas de un entorno (mundo de acciones o efectos) (1).

Así la conducta concreta se da ante una situación y éstas son relevantes como determinantes temporales del organismo (salud, actividad, alimentación. sueño, motivación, etc) (2)

A este al respecto, la actividad en que consiste la conducta no se determina meramente por la actividad orgánica. Si no por un medio ambiente externo al organismo específico para el mismo. Además en su conjunto, es una actividad dotada de finalidad pues busca la adaptación del medio y, de la supervivencia y conservar al organismo, algunas veces por medio de condiciones propias, otras mediante modificaciones al medio ambiente donde cada uno refleja su estabilidad y equilibrio (individuo – medio).

(1) Enciclopedia de educación especial 1988.

(2) Ídem

Los distintos tipos de comportamiento que presenta el ser humano en su medio ambiente donde interactúan (casa, trabajo, sociales, hospital, esto con otras personas suelen variar en tiempo, estructura biológica, cultural, edad y espacio, debido a que cada organismo difiere del estado emocional en que se encuentra, las relaciones familiares y sociales, ansiedad que las relaciones son un conjunto de interacciones entre padre e hijo, esposa, y otros familiares que convivan entre sí (comunicación, normas, hábitos, educación, formación, etc) que conforma toda una gama de cualidades que hacen peculiar al sujeto.

Las relaciones sociales son las diversas interacciones que todo individuo realiza y que son necesarias, pues es parte de su desarrollo dentro de la sociedad (diversiones creativas, amigos, deportes, etc)

El auto cuidado expresa lo que el individuo es, lo hace es el reflejo de su yo interno ante lo que le rodea, resultados de las relaciones expresadas ante situaciones determinadas (personalidad, vestuario, aseo, lenguaje, etc).

En el caso de los pacientes hospitalizados por tiempo prolongado, el auto cuidado se inhibe, ya que de alguna manera su estructura corporal y estética se ven afectada, siempre que van a ser rechazados por sus familiares, y amigos.

Por otro lado su auto relación se ve truncada, ya que bloquean los estados de seguridad y aceptación.

El temor que surge de la sensación de estar enfermos de alguna manera de su cuerpo disminuye el sentimiento de confianza, aunado a ello, la evolución propia de su padecimiento y el comportamiento de quien esté a su cuidado

Una de las condiciones que exterioriza el paciente es la depresión. La cual se considera como una reacción psicológica a las expectativas que viven el sujeto. Es una respuesta entre ciertas condiciones que propician el estado cambiante de animo, ésta se manifiesta de diferentes maneras en el paciente hospitalizado.

Entre las manifestaciones más significativas se encuentran aislamiento, rechazo, irritabilidad a su manejo mayor atención requerida, rehusó a los alimentos y medicamentos.. apatía, ansiedad, temor, inseguridad y llanto. Estos cambios que presenta los pacientes varían de acuerdo a la edad, evolución del padecimiento y zona afectada y afecciones de referencia que se aprecian y que conforman el ambiente del paciente.

Mencionado en paginas anteriores, el propósito fundamental de esta investigación, la autora retoma asuntos importantes sobre la conducta de los pacientes hospitalizados por periodos prolongados; entre ellos destacan los factores que intervienen en el significado psicosocial que para cada individuo tiene la hospitalización, al respecto Alfred M. Freedman en su compendio de psiquiatría refiere que aquí interviene la personalidad del paciente, la naturaleza, magnitud y duración de la enfermedad y desde luego el ambiente hospitalario.

La ansiedad ante la separación de su familia puede ser intensa, la pérdida de su independencia, la permanencia en cama y el miedo a la invalidez o muerte generalmente causan importante estrés. Otro de los factores que intervienen en las conductas es el Hospital en él, al paciente se le presenta como un lugar extraño en el cual debe adaptarse o experiencias nuevas algunos hospitales como el mismo Freedman los describen son fríos e impersonales; otros son comprensivos y cálidamente receptivos, lo cual depende básicamente del equipo humano que entra en contacto con el paciente.

Otro más de los factores de importancia es la relación con el personal. Este, confiere al médico y a la enfermera roles directivos sobre el funcionamiento de su organismo, así entre mayor sea la comunicación mutua y la satisfacción de necesidades manifiestas del paciente en forma profesional y responsable, mayor serán la respuesta favorable del paciente a su tratamiento.

Las relaciones del personal con el paciente constituyen un poderoso instrumento terapéutico. La actividad fisiológica responde mucho a las relaciones interpersonales, por lo que hay que tratar al individuo en su contexto social y familiar.

De hechos muchos pacientes que pueden ser rehabilitados permanecen en los hospitales por conflictos emocionales no solucionados.

La recuperación de la salud comprende la adaptación de un papel adulto y esto depende del grado de madurez antes de la enfermedad, el tipo de la misma, su duración, la intensidad de los cuidados proporcionados, sus necesidades psicológicas profundas, las situaciones a la que se enfrenta después de la recuperación y la voluntad de los de más de promover su crecimiento. (3)

La persona que ha sido hospitalizada y cuyas actividades físicas se ven seriamente reducida puede encontrar estas limitantes difíciles de aceptar..

El paciente se siente aislado con respecto a su trabajo, familia y amistades, le preocupa una incapacidad que puede ser intensa y pone en peligro la imagen que tienen de su cuerpo y de sí mismo como una persona activa y capaz.

La mayoría de los pacientes presentan dificultades carecen de lazos familiares estrechos y de empleo seguro o que dependen del trabajo. De el contacto social y de la actividad física para reducir la ansiedad y conferir propósito y sentido a sus vidas.

Cuando el paciente es el jefe de familia (padre) y que de el depende la economía del hogar, existe desestabilización económica, porque al encontrarse hospitalizado tal vez no percibe honorarios, o si los recibe no es integro debido a su incapacidad.

Existe también desintegración familiar ya que un miembro de la misma se encuentra en el hospital y generalmente otro de los integrantes de la familia debe estar al tanto del enfermo. Visitándole e interesándose por su evolución, éste faltara a su empleo lo que repercute también en sus ingresos económicos. En caso contrario algunos pacientes no reciben visitas familiares se encuentran abandonados en el hospital, lo cual entorpece su evolución debido a que se sienten solos, rechazados por su familia y la sociedad.

(3) Compendio de Psiquiatría, Alfred M. Freedman – Harol I. Kaplan.  
Salvat Editores.

### 8.3 LA PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA

Es de gran importancia la participación de enfermería, ya que puede contribuir positivamente al desenvolvimiento de las personas que trata, como profesionalista está en disposición única para ser un instrumento en el alivio de la ansiedad, la lesión y el dolor ajeno, pueden ser un mediador de factores o medidas que permitan sobrevivir, salvar o aún hacen más llevadera la enfermedad.

La enfermera brinda ayuda a los pacientes cuya estancia hospitalaria es prolongada, y que son sometidas a intervenciones múltiples, canalizando sus experiencias ya sea directa o indirectamente auxiliada por la fisioterapia mediante ejercicio permitido que además de facilitar la circulación y la respiración, disipa también al mismo tiempo la energía y la tensión emocional. Muestra interés en el bienestar del paciente estimulado sus propios esfuerzos para valerse por sí mismo de acuerdo a sus capacidades.

El papel de la enfermera no puede describirse en términos de rutinas y procedimientos, sino a través de actividades, sentimientos, relaciones y compromisos, ya que cada paciente de acuerdo a su personalidad responde y actúa de modo distinto al hecho de ese enfermo, los efectos psicológicos de la enfermedad crónica y el efecto del conocimiento con respecto a la evolución de su padecimiento también es distinto. (4).

La enfermera debe tratar de lograr el cambio de actitud de los pacientes que presentan comportamiento extraño. Y ayudar a encontrar la forma más eficaz de adaptación canalizando a actividades productivas para mejorar la salud y el estado del ánimo.

Puede comunicarle al paciente la sensación de que es aceptado y que se le tiene interés considerándolo como una unidad biopsicosocial, ya que la atención a la necesidad y no a los síntomas contribuye el cuidado idóneo en enfermería. (5).

- 38 -

(4) Elementos de Psiquiatría y Enfermería Psiquiátrica P. E Elena Vázquez Castellanos – Rene Valle de Badillo. Sistema Universidad Abierta. México 1985.

(5) Ídem.

También es importante la labor que realiza con los familiares del paciente, ya que muchas veces existen dudas en cuanto al tratamiento de su enfermo, y que por temor o pena le es más difícil acercarse al médico.

La enfermera puede orientar, educar y adiestrar al familiar en los cuidados que deberá proporcionar al enfermo cuando este sea dado de alta.

En el caso que nos ocupa, en el servicio de pseudo artrosis no existe a la fecha programas de enfermería específicos para este tipo de pacientes, reciben atención general y sintomática como todo paciente ortopédico.

Así mismo no se cuenta con programas de efectividad terapéuticos – recreativas que permitan la terapia ocupacional y recreativa para los pacientes con infección ósea.

Lo que hace necesario la relación de programas de terapia ocupacional y recreativa por parte de enfermería para proporcionar un ambiente terapéutico que estimule al paciente a seguir el camino que lo conduzca a la salud; comprende la acción recíproca entre el personal de la Institución y los pacientes, incluyen además a la familia y a otras personas importantes para el paciente, haciendo posible que éste desarrolle su sentimiento de autoestima y valor personal, mejore la capacidad para relacionarse afectivamente con otros, aprende a confiar en los demás y vuelve a la comunidad preparado para retomar su papel en la vida y en el trabajo (1).

- (6) Elementos de Psiquiatría y Enfermería Psiquiatría  
P. E Elena Vázquez Castellano –René valle de Badillo.  
Sistema Universidad Abierta.- México.

## 9.0 METODOLOGIA

De acuerdo al planteamiento del problema y a los objetivos planteados la investigación es de tipo *analítico; prospectivo y transversal*.

**Prospectiva:** Por que los hechos se registran a medida que ocurre.

**Transversal:** Por que se hizo en un tiempo de terminado.

**Análítica:** Por que se trataron de probar o disprobar hipótesis.

### UNIVERSO DE TRABAJO

52 pacientes hospitalizados en el servicio de pseudo artrosis del Hospital De Ortopedia Victoriano De La Fuente Narváez Magdalena De Las Salinas (H. O. V. .N. M. S) y enfermeras que han rotado por dicho servicio por más de seis meses.

### TIPO DE MUESTRA

No probalística intencional en pacientes y enfermeras. Constituida por 10 pacientes que corresponde al 20 % de su población y 40 enfermeras entre los cuatro turnos, que corresponden al 65.5% de la población seleccionada.

## **INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- Entrevistas.
- Lista de cotejo.
- Observación directa.

La recolección de la información se efectuó en los meses de marzo del 2003 a agosto del 2003, únicamente por la investigadora.

La tabulación de datos fue manual concentrados en los cuadros y graficas correspondientes, los cuales se anexan en el presente estudio.

## 10 ANÁLISIS Y RESULTADO

En el servicio de Seudo artrosis del H. O. V. F. N.. M.. se encontró la necesidad de conocer las actividades de enfermería que pudieran realizarse para favorecer una mejor atención a los pacientes de infecciones óseas crónicas cuya estancia es prolongada, por haberse identificado algunos problemas en la conducta de los pacientes, los cuales tienden a ser depresivos en su mayoría.

Del total de la población de pacientes hospitalizados en ese servicio se realizó el presente estudio basado principalmente en la observación durante un tiempo de seis meses en los cuatro turnos de Enfermería. Posteriormente se realizaron listas de cortejo que se aplicaron en los meses de marzo del 2003 a Agosto del 2003 .. unas muestras representativa y previamente seleccionada mediante criterios de inclusión a los pacientes de dicho servicio. Los resultados obtenidos en las entrevistas a pacientes se encontró que el 100% de pacientes manifiesta alguna forma de depresión como puede apreciarse en el cuadro 1; también se observó el 100% manifiesta insomnio (cuadro 2), así como ansiedad psíquica la que se manifiesta en su mayoría por tensión subjetiva e irritabilidad.

La ansiedad somática igualmente se presenta en un importante porcentaje por cefalea, tocamientos de genitales y poliuria, asimismo se encontró que algún tipo de ansiedad surge por el conocimiento inadecuado de su problema y tratamiento, pues aunque el 80% de ellos refiere conocer su problema, en la observación directa y en la asistencia de enfermería se aprecia la inquietud que manifiestan los pacientes por querer saber más sobre su evolución y pronóstico. (Cuadro 3).

Durante la observación que se llevó a cabo en el servicio y las sugerencias que los mismos pacientes han manifestado para tratar de mantener su ambiente agradable, encontramos que el 100% refiere la necesidad de realizar algunas actividades como terapéutico recreativas, con sus compañeros y familiares. (cuadro 4).

También puedo apreciarse que el 100% de los pacientes sienten confianza en la atención que la enfermera les proporciona, sin embargo un 30% expreso que no le agradan sugieren cambios.

Por su parte enfermería, su principal motivo de este estudio ha comentado algunas actividades que realiza en el tratamiento integral del paciente crónico a su cuidado.

Igualmente se hizo observación directa en el personal de enfermería por seis meses, y simultáneamente durante los meses de febrero y marzo del 2003. se realizaron entrevistas para conocer las actividades que específicamente realiza la enfermera en la atención del paciente deprimido.

Así encontramos que en un 85.5% de enfermeras reconoce la importancia de verificar la ingesta de alimentos en este tipo de pacientes, y se preocupó por que tal necesidad sea cubierta satisfactoriamente (Fig. 1,2,3,4.).

Cabe resaltar que en estos pacientes la alimentación prescrita es indispensable en su tratamiento y evolución, ya que lo importante en estos casos es la restitución del tejido orgánico y es aquí donde ejerce su acción los nutrientes específicos. La eliminación fisiológica por su parte se debe vigilar con atención, pues la mayoría de los pacientes tienen poca o nula movilidad fuera de la cama, por lo que padecen estreñimiento y otros trastornos del tubo digestivo.

Pudo apreciarse también que (57.5%) de las enfermeras vigila el sueño de sus pacientes, como ya se menciona un porcentaje alto manifiesta algún tipo de insomnio, otra de las causas que alteran a los pacientes es el dolor físico, que en estos casos siempre es intenso y constante. Un 60 % expreso que atiende al paciente adecuadamente y proporciona confort adecuado en un 42.5% (Fig.5, 6,7, 8)

En cuanto el uso de aparatos ortopédicos y la enseñanza de los ejercicios están a cargo del especialista, sin embargo se observó que un 47.5% de enfermeras participa en dicho tratamiento. (Fig.9)

Así mismo las enfermeras tratan en su mayoría de establecer una adecuada y cordial comunicación con el paciente, sin embargo esta se ve afectada como ella misma la expresa, por la falta de tiempo y personal suficiente, y se ven más limitadas en las actividades que desarrollan con cada uno de ellos (Fig. 10,11)

Puede apreciarse que el 95% de enfermeras tratan de comprender las actitudes de sus pacientes, aunque como ya se mencionó estas actitudes son en ocasiones irritables ya hasta groseras, a esto respecto la enfermera trató de brindar apoyo psicológico en un 47.50% (Fig. 12,13)

Cabe resaltar que la mayoría de enfermeras, tratan de ser empáticas, congruente y auténtica, sin embargo su participación en actividades terapéuticas recreativas se encontró casi nula en un 7.5%. La planeación de sus actividades para la atención del paciente sólo se da un 10% como se muestra en las (Fig.14, 15)..

En cuanto la participación de la enfermera en los cuidados generales que proporciona al paciente ortopédico cabe señalar que a pesar que el 52.5% refiere conocer el diagnóstico y establecer tratamiento de enfermería, durante la observación directa se notó cierta diferencia en los datos obtenidos.

Los resultados anteriores muestran un panorama de lo que la enfermera pudiera realizar en un Hospital como el H. O. V. F. N. M. S., donde la calidad de atención ha sido siempre motivo de preocupación por la gran mayoría de las enfermeras, al analizar el problema que sugiere el desarrollo de este estudio y conocer los resultados, pueden plantearse acciones de enfermería interesadas a modificar el ambiente que el propio paciente sugiere en beneficio de ambos grupos. Tales acciones de enfermería no escapan a su conocimiento profesional y pueden ser aquellas que resulten viables y factibles a la Institución

## 11 CONCLUSIÓN

A través de los resultados de la información obtenida puede observarse con claridad que la afección del paciente en su estado de animo se concentra a las actividades de la enfermera en forma importante, aunque desde luego intervienen aspectos familiares, de trabajo y sociales entre otros.

Aunque son bien conocidas las actividades de enfermería teóricamente en sus diferentes áreas, es necesario presentar situaciones conocidas previamente y analizadas para determinar las acciones específicas que en cada caso deben y puedan realizar. enfermería se mantiene a la vanguardia en la atención física del paciente, y cada vez se esfuerza por obtener mejores resultados, pero no debe olvidarse que el aspecto emotivo y ocupacional son importantes para la conformación de un ambiente agradable y favorecer la adaptación del paciente al medio.

Es aquel donde la enfermera debe adquirir un rol activo y trascendente en la atención del paciente, la hipótesis planteada al inicio de este trabajo aunque puede decirse que es obvia queda perfectamente esclarecida entre el problema origen de ésta investigación.

Las actividades específicas que la enfermera debe planear para la atención de pacientes con enfermedades crónicas y dolorosas debe incluir aspectos sociales de distracción y entretenimiento que le haga al paciente sentirse útil, confortable en su medio y un ser social.

Durante el transcurso de este estudio, la autora pudo observar que la participación de enfermería en la atención de pacientes se refiere básicamente al aspecto físico, también que en el H. O. V. F. N. M. S. existe el tiempo suficiente para que de forma organizada pueda planear y llevarlas a la finalidad de que intervengan al bienestar de sus pacientes.

Entre estas actividades puede incluirse la realización de planes de cuidados con base al diagnóstico y tratamiento de cada paciente; reuniones con el equipo de trabajo de los cuatro turnos cada determinado tiempo para sugerir cambios que favorezca al paciente; proporcionar introducciones al servicio al personal de nuevo ingreso sobre los cuidados y tratamientos específicos de los pacientes; elaboran un manual de cuidados de enfermería para el paciente con infección ósea crónica que abarque el estado físico y psicosocial intra hospitalario.

El personal médico también puede participar ampliando la información sobre el tratamiento y su evolución a los pacientes entre otras cosas.

Puede elaborarse también programas de actividades de enfermería que incluyan ejercicios y ocupación para promover los sentimientos de independencia en cada paciente, considerando para ello el horario más accesible; pueden organizarse juegos de: damas chinas, ajedrez, canto, lectura etc. Pues sirven como terapia recreativa al paciente. Los familiares pueden involucrarse en los programas de terapia recreativa y ocupacional en cada actividad pueden considerarse las habilidades y creatividad de pacientes, familiares y del propio personal

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN 1 NOROESTE DF.  
HOSPITAL DE ORTOPEDIA MAGDALENA DE LAS SALINAS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

**CUADRO No. 1**

**MANIFESTACIONES DE DEPRESIÓN EN PACIENTES  
CON INFECCIÓN ÓSEA. CRÓNICA. ( I. O. C. )**

MANIFESTACIONES	No DE PTES	PORCENTAJE
DECAIDO	5	50%
APÁTICO	2	20%
LLOROSO	1	10%
INDEPENDIENTE	1	10%
IRRITABLE	1	10%
TOTAL	10	100%

FUENTE: 10 PACIENTES. DE SERVICIO DE SEUDOARTROSIS  
H. O. V. F. N. M. S. IMSS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DELEGACIÓN 1 NOROESTE DF.**  
**HOSPITAL DE ORTOPEDIA MAGDALENA DE LAS SALINAS**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

**CUADRO No 2**

**MANIFESTACIONES DE INSOMIO EN PACIENTES CON INFECCIÓN ÓSEA CRÓNICA**

MANIFESTACIONES DE INSOMNIO	No. PTES	PORCENTAJE
PADECE FRECUENTEMENTE DE INSOMNIO	5	50%
SIEMPRE TIENE INSOMNIO	5	50%
NO TIENE DIFICULTAD	0	0%
TOTAL	10	100%

**FUENTE: 10 PACIENTES DEL SERVICIO SEUDOARTROSIS**  
**H. O. V. F. N. M. S. IMSS**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN 1 NOROESTE DF.  
HOSPITAL DE ORTOPEDIA MAGDALENA DE LAS SALINAS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

**CUADRO No. 3**

**PACIENTES QUE TIENEN INFORMACIÓN SOBRE SU ENFERMEDAD**

CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA	No. PTES	PORCENTAJE
TIENE EL CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD Y PRONOSTICO	8	80%
DESCONOCEN SU ENFERMEDAD Y PRONOSTICO	2	20%
TOTAL	10	100%

FUENTE: 10 PACIENTES DEL SERVICIO SEUDOARTROSIS  
H. O. V. F. N. M. S. IMSS.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN 1 NOROESTE DF.  
 HOSPITAL DE ORTOPEDIA MAGDALENA DE LAS SALINAS  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

**CUADRO No. 4**

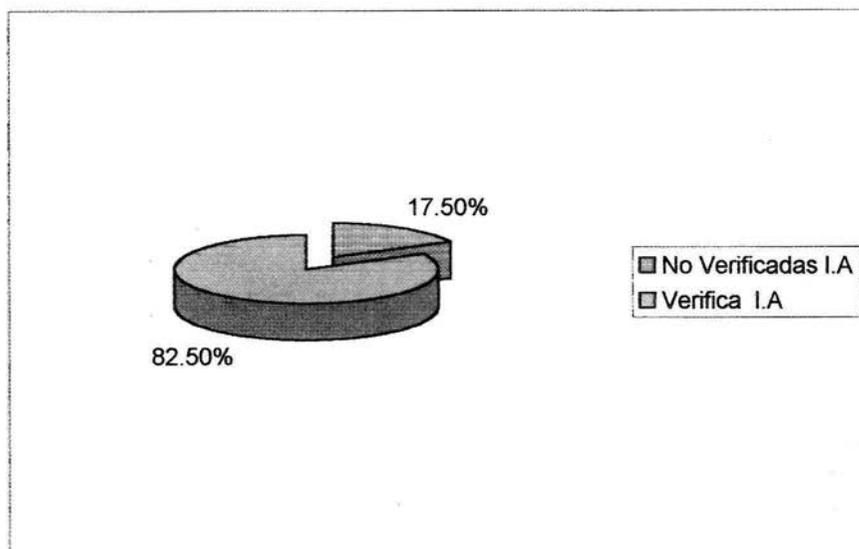
ACTIVIDADES SUGERIDAS POR LOS PACIENTES CON INFECCIONES  
 ÓSEAS. CRÓNICAS.

ACTIVIDADES SUGERIDAS	No. DE PTES	PORCENTAJE
DIBUJO	1	10%
NINTENDO	1	10%
JUEGOS DE MESA	3	30%
MANUALIDADES	3	30%
MUSICALES	2	20%
TOTAL	10	100%

FUENTE: 10 PACIENTES DEL SERVICIO DE SEUDOARTROSIS  
 H. O. V. F. N. M. S. IMSS

# PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA VIGILANCIA DE LA INGESTA DE ALIMENTOS EN PACIENTES CON INFECCIÓN ÓSEA CRÓNICA.

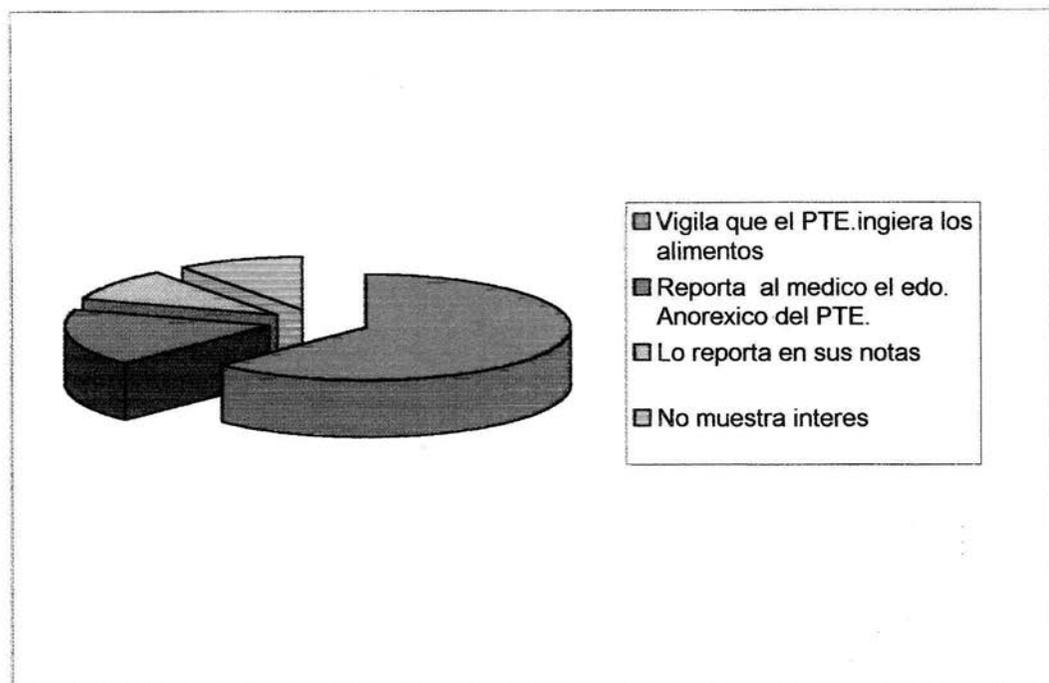
FIG. 1



FUENTE: 40 ENFERMERAS DEL H. O. V. N. IMSS

ACCIONES QUE REALIZA LA ENFERMERA AL VERIFICAR LA  
INGESTIÓN DE ALIMENTOS EN LOS PACIENTES DE  
INFECCIO ÓSEA CRÓNICA

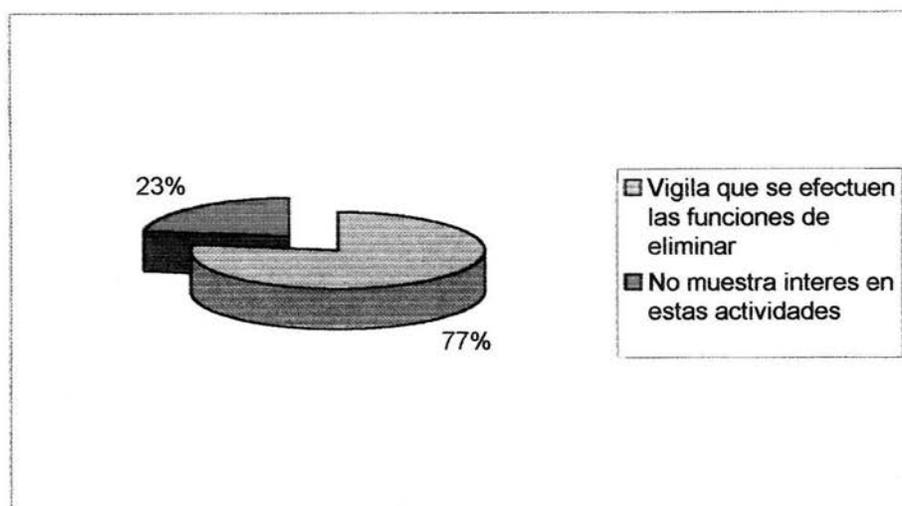
FIG. 2



FUENTE: 40 ENFERMERAS DEL H. O. V. F. IMSS

### PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA VIGILANCIA DE NECESIDADES FISIOLÓGICAS EN LOS PACIENTES CON INFECCIÓN ÓSEA. CRÓNICA

FIG. 3



FUENTE: 40 ENFERMERAS DEL H. O. V. F. IMSS

## ACCIONES QUE REALIZA LA ENFERMERA AL VERIFICAR QUE SE REALICEN LAS FUNCIONES DE ELIMINACIÓN EN LOS PACIENTES CON INFECCIÓN ÓSEA

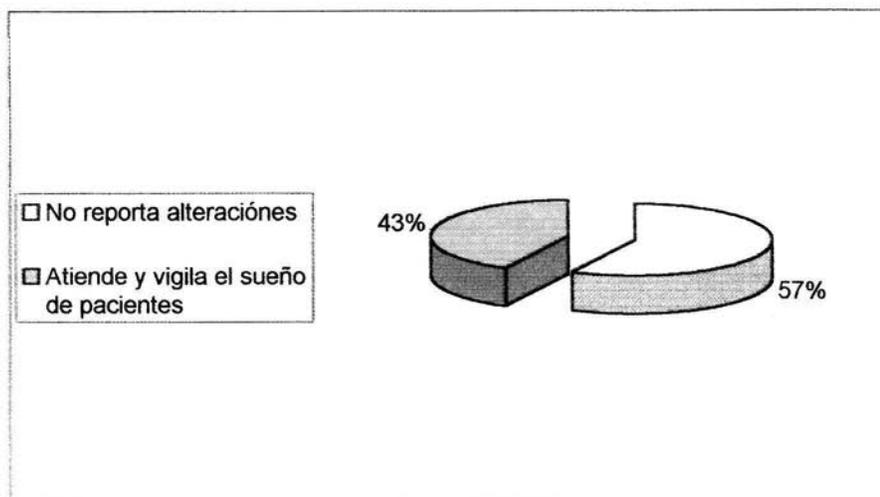
FIG. 4



FUENTE: 40 ENFERMERAS DEL H. O. V. F. IMSS

## PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA VIGILANCIA DEL SUEÑO EN LOS PACIENTES CON INFECCIÓN ÓSEA

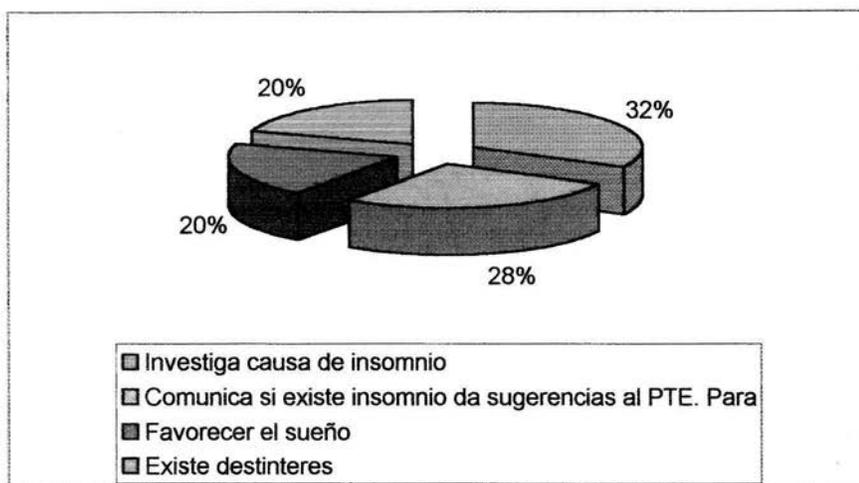
FIG. 5



FUENTE: 40 ENFERMERAS DEL H. O. V. F. IMSS

## ACCIONES QUE REALIZA LA ENFERMERA AL VERIFICAR QUE EL PACIENTE DUERMA CON I. O. C.

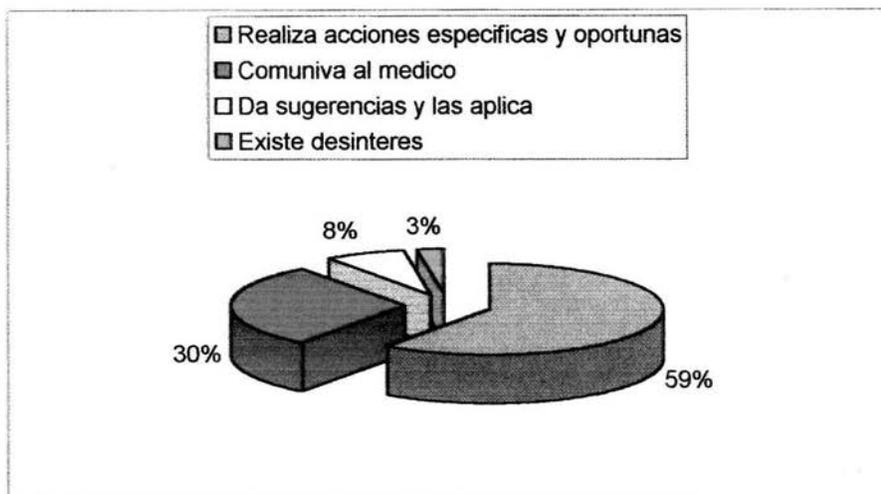
FIG. 6



FUENTE: 40 ENFERMERAS DEL H. O. V. F. IMSS

## PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA VIGILANCIA AL DOLOR EN LOS PACIENTES CON INFECCIÓN ÓSEA CRÓNICA

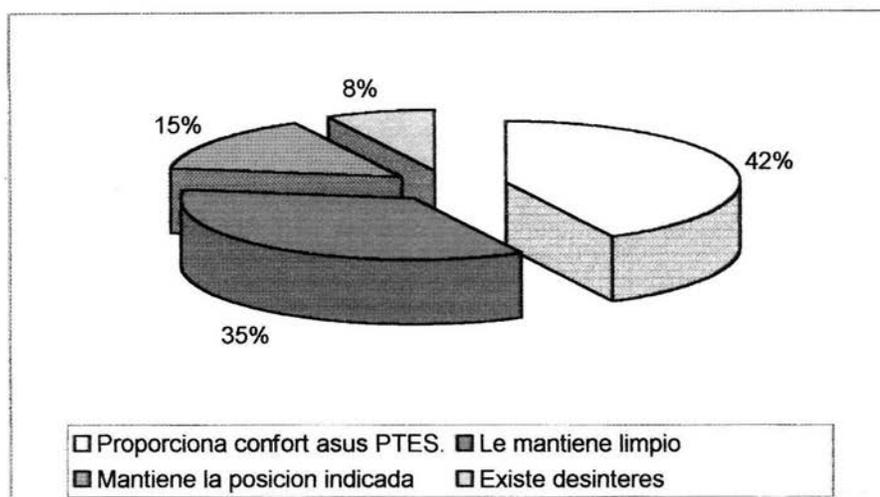
FIG. 7



FUENTE: 40 ENFERMERAS DEL H. O. V. F. IMSS

## PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN EL CONFORT A LOS PACIENTES CON I.O.C.

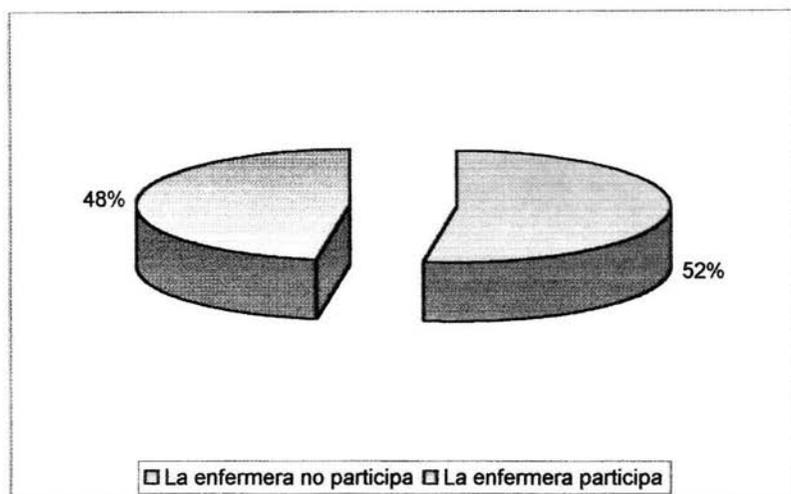
FIG. 8



FUENTE: 40 ENFERMERAS DEL H. O. V. F. IMSS

**PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN EL ADIESTRAMAMIENTO Y VIGILANCIA EN EL USO DE APARATOS ORTOPÉDICOS EN PACIENTES CON INFECCIÓN ÓSEA**

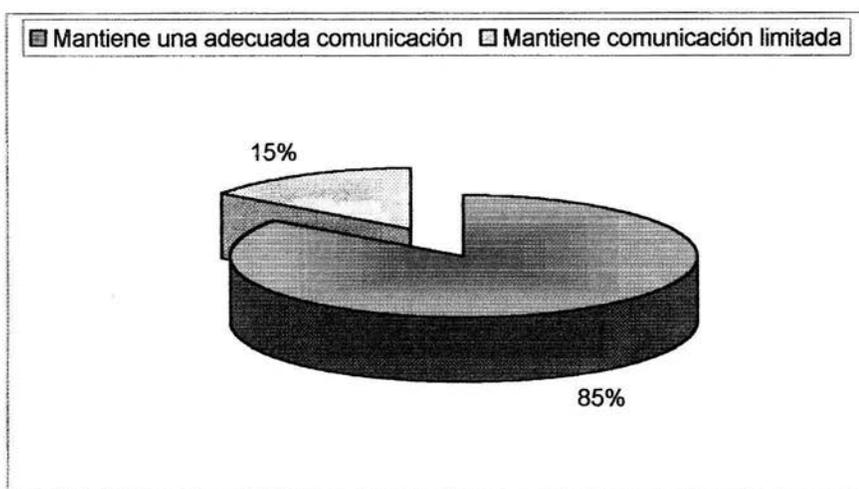
**FIG. 9**



**FUENTE:** 40 ENFERMERAS DEL H. O. V. F. IMSS

## LA PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN Y COMUNICACIÓN EN LOS PACIENTES CON INFECCIÓN ÓSEA

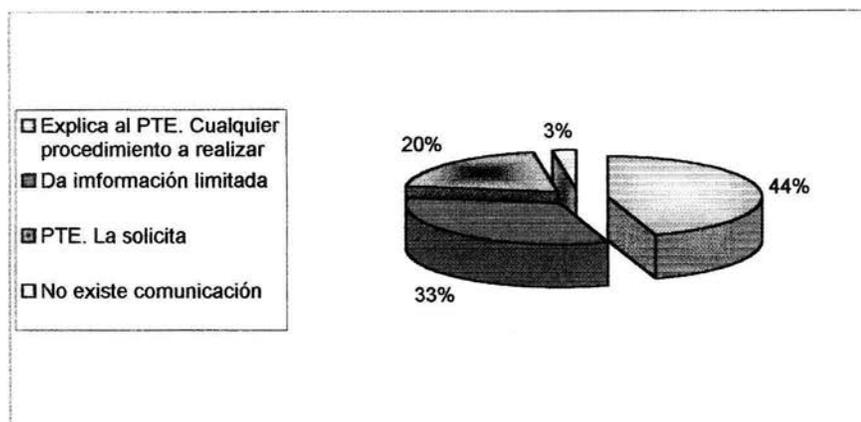
FIG. 10



FUENTE: 40 ENFERMERAS DEL H. O. V. F. IMSS

## ACCIONES QUE REALIZA LA ENFERMERA AL COMUNICARSE CON EL PACIENTE DE INFECCIÓN ÓSEA

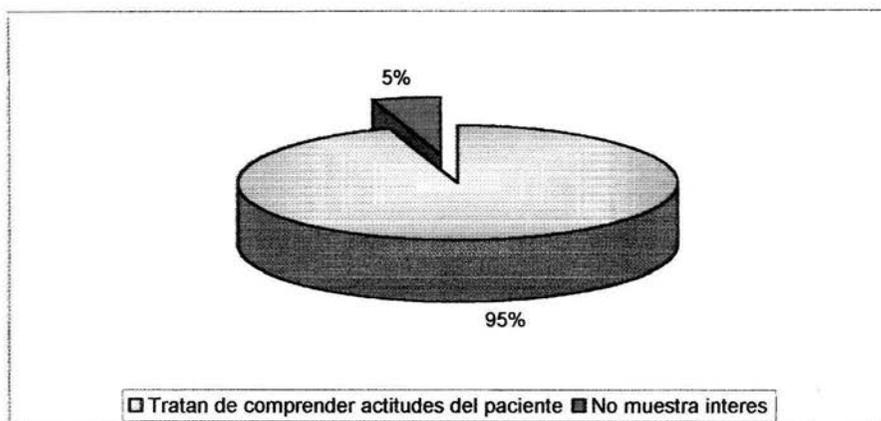
FIG. 11



FUENTE: 40 ENFERMERAS DEL H. O. V. F. IMSS

## PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA ANTE LA ACTIVIDAD DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN ÓSEA CRÓNICA

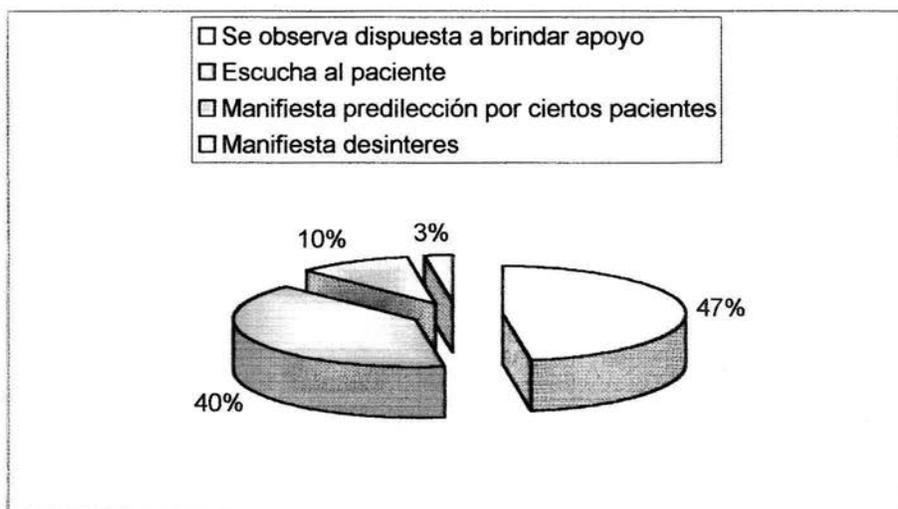
FIG. 12



FUENTE: 40 ENFERMERAS DEL H. O. V. F. IMSS

## PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN EL APOYO EMOCIONAL A LOS PACIENTES DE INFECCIÓN ÓSEA CRÓNICA

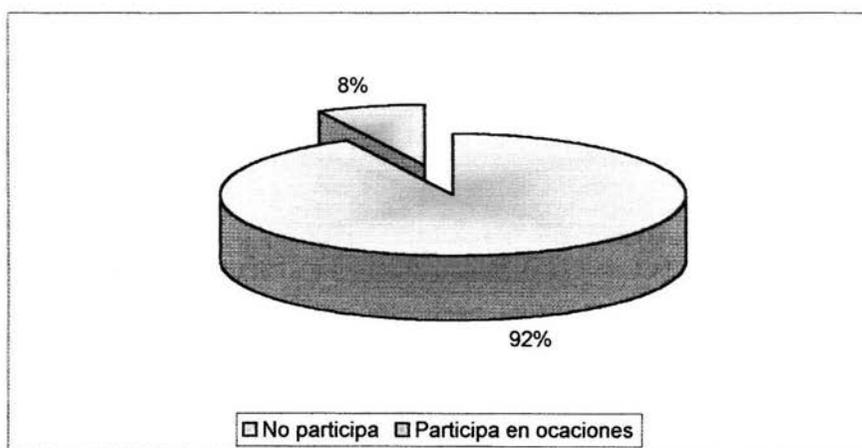
FIG. 13



FUENTE: 40 ENFERMERAS DEL H. O. V. F. IMSS

# PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN ACTIVIDADES RECREATIVAS CON PACIENTES CON INFECCIÓN ÓSEA CRÓNICA

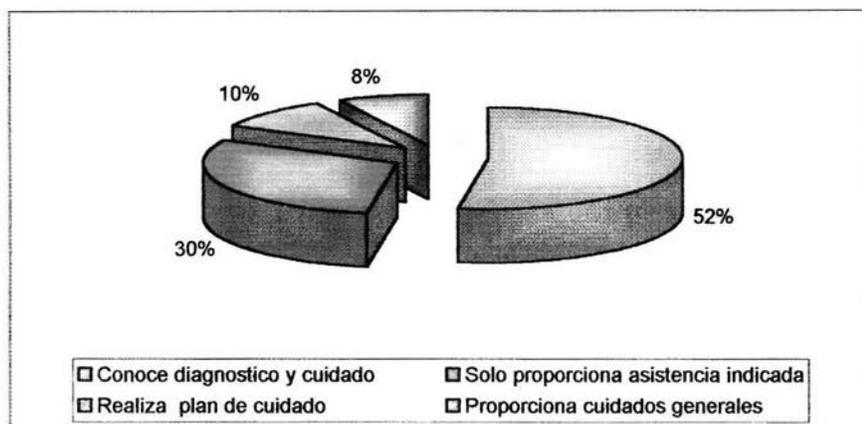
FIG 14



FUENTE: 40 ENFERMERAS DEL H. O. V. F. IMSS

# PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y VIGILANCIA DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LOS PACIENTES CON INFECCIONES ÓSEAS CRÓNICAS

FIG 15



FUENTE: 40 ENFERMERAS DEL H. O. V. F. IMSS

PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA VIGILANCIA DE INGESTA DE ALIMENTOS EN PACIENTES CON INFECCIÓN ÓSEA CRÓNICA

CUESTIONARIO APLICADO A ENFERMERÍA  
SERVICIO DE SEUDOARTROSIS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Fecha: \_\_\_\_\_

OBJETIVO:

Conocer las actividades que realiza la enfermera en la atención del paciente deprimido.

1. - ¿Verifica Ud. diariamente que el paciente ingiera sus alimentos prescritos?  
Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2. - Cuando el paciente no toma sus alimentos ¿qué hace Ud. al respecto?  
a) Verifica la causa e insiste al paciente.  
b) Reporta al médico  
c) Lo reporta en sus notas  
d) No hace nada.

3. - ¿Está UD pendiente que su paciente evacue cada 24 Hrs. ?  
Sí- \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

4. - ¿Qué hace UD cuando su paciente no evacua en 24 hrs. ?  
a) Sugiere al paciente ingesta de líquidos y movilización.  
b) Administra laxantes y avisa al médico  
c) Solo lo registra en sus notas.

5. -¿ Verifica UD que sus pacientes duerman por la noche?  
Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
6. - Si sus pacientes no duermen ¿ Qué hace UD al respecto?  
a) Indaga la causa  
b) Indaga la causa y trata de solucionarla si está a su alcance  
c) Avisa al medico  
d) Lo registra en sus notas
7. - Cuándo su paciente se refiere dolor ¿ Qué hace Ud. ?  
a) Indaga la causa y administra el medicamento correspondiente  
b) Avisa al medico  
c) Aplica medidas físicas y proporciona apoyo emocional  
d) Lo registra en sus notas
8. -¿ Que hace Ud. para proporcionar confort a sus pacientes?  
a) Proporciona comodidad a sus pacientes en la posición indicada, la abriga y la mantiene limpio.  
b) Proporciona la posición indicada, le abriga y la mantiene limpio.  
c) Proporciona posición adecuada  
d) No proporciona confort,
9. -¿ Proporciona adiestramiento en el uso de aparatos ortopédicos?  
Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
10. -¿ Cual es su participación en los ejercicios de rehabilitación  
a) Indaga los ejercicios indicados y vigila durante el turno su cumplimiento.  
b) Sugiere al paciente la realización de sus ejercicios y lo asiste.  
c) Sugiere al paciente la realización de sus ejercicios  
d) No participa en la realización de ejercicios.
11. -¿ Dispone de tiempo para escuchar al paciente cuando éste lo solicita?  
Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

12. -¿ Cómo considera Ud. es la comunicación con sus pacientes?
- a) Explica Ud. al paciente los procedimientos y actividades que le realiza.
  - b) Disipa dudas del paciente respecto a su tratamiento.
  - d) Solo indica al paciente que es por orden médica
  - e) No existe comunicación.

13. - ¿Comprende UD las actividades del paciente?

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

COMO:

- a) Respeta el comportamiento del paciente y la orienta.
- b) Se involucra en el comportamiento del paciente
- c) Considera que todo se debe a su padecimiento.
- d) No le da importancia a las actitudes del paciente.

14. -¿ Proporciona apoyo emocional?

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

COMO:

- a) Escucha al paciente y estimula su animo con charla o actividades recreativas
- b) Escucha al paciente
- c) Le dice frases efectivas y lo consciente
- d) No le da importancia.

15. - ¿Proporciona Ud. afecto al paciente?

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

COMO:

- a) Le hace sentir su aceptación, respecto y empatia.
- b) Le hace sentir que su problema físico es el más importante
- c) Solo le muestra respeto
- d) No le demuestra afecto.

16. -¿ Suele organizar actividades recreativas con sus pacientes?

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

17. - Participa Ud. en actividades culturales en coordinación con los familiares del paciente?

Sí \_\_\_\_\_ - NO \_\_\_\_\_

18. - ¿ Organiza Ud. actividades recreativas en coordinación con los familiares del paciente?

Sí \_\_\_\_\_ - NO \_\_\_\_\_

19.-¿ Considera Ud. en el servicio puede proporcionar sé actividades terapéuticos recreativas?

Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

INDIQUE CUALES:

---

---

---

---

20. -¿ considera UD que los pacientes de este servicio tienden a deprimirse?

SÍ- \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

21. -¿ Considera Ud. que las actividades terapéutico recreativas son útiles para este tipo de pacientes?

Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

PORQUE:

---

---

---

---

22. - Sobre la base de que realiza sus cuidados de enfermería?
- a) Conoce el Diagnostico y elabora el plan de cuidados.
  - b) Elabora plan de cuidados.
  - c) Proporciona asistencia a las necesidades manifestadas
  - d) Lo atiende cuando el paciente lo solicita.
23. - ¿ Cómo vigila los signos y síntomas de su paciente?
- a) Lo observa, lo interroga y lo ausculta.
  - b) Solo lo observa y lo interroga.
  - c) Solo lo observa.
  - d) Cuando el paciente refiere algún síntoma..

LISTA DE CORTEJO APLICADA EN PACIENTES  
SERVICIO DE SEUDOATROSIS H O V F N M S I M S S  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ EDO. CIVIL: \_\_\_\_\_  
OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_  
DIAS DE HOSPITALIZACIÓN: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:** Saber si los pacientes se encuentran deprimidos y conocer sus preferencias ocupacionales durante su estancia hospitalaria.

**INSTRUCCIONES:** La respuesta a esta lista a criterio de entrevistadora, Por observación al paciente y / o cuestionario directo.

1. - HUMOR DEPRIMIDO ( tristeza, depresión, desamparo, inutilidad):

1.1. SE OBSERVA:

- ❖ Decaído
- ❖ Apático
- ❖ Lloroso
- ❖ Indiferente

1.2 SE IRRITA CON FACILIDAD

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

1.3 REHUSA RESPONDER:

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2. -SENSACION DE CULPABILIDAD:

- a) Cree haber decepcionado a su familia:  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- b) Siente alguna culpa por el origen de su problema:  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- c) Toma la enfermedad como castigo:  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- d) Rehúsa hablar:  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

3. -INSOMNIO:

- a) No tiene dificultad para dormirse:  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- b) Ocasionalmente tiene dificultad para dormir  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- c) Siempre tiene dificultad para dormir:  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

4. -TRABAJO Y ACTIVIDADES:

- a) No refiere incapacidad física:  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- b) Dejo de trabajar por su enfermedad  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- c) Se siente capaz de realizar como antes su trabajo:  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- d) Se siente incapaz para realizar su trabajo:  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

5. -ANSIEDAD PSÍQUICA:

- a) No manifiesta dificultad  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- b) Tensión subjetiva e irritabilidad  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- c) Actividad aparentemente en la expresión o en el habla  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- d) Temores expresados sin preguntarle  
SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

6. -ANSIEDAD SOMATICA:

a) Tiene frecuentemente trastornos digestivos (diarrea, estreñimiento, boca seca):

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

b) Tiene palpitaciones y cefalea

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

c) Orina frecuentemente ( omitir si toma diuréticos.

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

d) No manifiesta ningún síntoma

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

7. -SINTOMAS GENITALES:

a) No manifiesta síntomas

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

b) Se toca con frecuencia sus genitales

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

c) Hace insinuaciones al sexo opuesto.

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

d) Tiende a exhibirse

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

8. -CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD

a) Conoce su problema:

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

b) Conoce su evolución y pronóstico de su problema

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

c) Su médico le mantiene informado sobre la evolución de su problema:

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

d) Tiene seguridad y confianza en su médico:

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

9. -ACTIVIDADES SUGERIDAS POR EL PACIENTE:

- a) Le gustaría realizar alguna actividad dentro del hospital.  
Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- b) Que actividades le gustaría  
Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- c) Quien le agrada que participen:  
Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- d) Le gustaría que participen sus familia:  
Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

10.- ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- a) Siente confianza en la atención de enfermería  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- b) Le gustaría la atención que proporciona enfermería  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- c) Qué cambio sugiere:

---

---

---

---

## GLOSARIO

ACTITUD:	Disposición de ánimo, conjunto de creencias, conceptos, motivos, hábitos y actos aprendidos que predisponen la relación del individuo ante las personas, objetos, situaciones y acciones.
AGRESIÓN:	Desequilibrio psicológico que provoca la hostilidad de una persona a las otras que la rodean.
ALEATORIA:	Relativo al juego de azar.
AUTOESTIMA:	Sentimiento de aprecio y valor de un individuo en relación en sí mismo como persona. Pensar bien de uno mismo, Sentir el valor de una propio. Aspecto básico en el desarrollo de una personalidad sana y productiva.
AUTENTICA:	Congruencia, ser genuino, ser uno mismo.
BIOPSIICOSOCIAL:	Elementos que integran al ser humano: biológico físico), psicológico (comportamiento) y social (grupo humano).
CONDUCTA:	Cualquier movimiento abierto observable del organismo; generalmente incluye la conducta verbal y los movimientos físicos.

COMUNICACIÓN:	Trasmisión de información de un individuo a otro conjunto de procesos físicos y psicológicos mediante los cuales se relacionan uno o varias emisiones, con uno o varios receptores.
COMPORTAMIENTO:	Conjunto de todas las actitudes o respuestas que realiza un organismo, que incluye respuestas motoras, cognitivas, emocionales y sociales.
CONCATENA:	Encadenamiento, acción y efecto que se lleva a cabo con fin.
CONFORTABLE:	Todo lo que constituye el bienestar, comodidad, agradable.
CONGRUENTE:	Vivir de acuerdo con lo que se piensa, se valora, se siente y se es.
CREATIVIDAD:	Capacidad para producir, para establecer o para dar vida a algo o a alguien, necesaria para descubrir alternativas y dar nuevas respuestas. Que posee el individuo.
EMPATIA:	Es una de las condiciones esenciales para entablar una relación interpersonal. Sentir los sentimientos de coraje, tristeza, confusión, dolor, injusticia, etc. Pero sin involucrarse.
FRUSTRACIÓN:	Tensión psicológica suscitada por la existencia de un obstáculo que impide realizar un objetivo.

INCAPACIDAD FUNCIONAL:	Defecto físico, que impide que una persona desarrolle las actividades ordinarias de la vida normal, o llevar a cabo un trabajo específico. Trastorno que impide dificultades en el funcionamiento y el logro.
INFECCIÓN OSEA:	Inflamación de la médula y del tejido duro del hueso, <i>causa generalmente por una infección bacteriana.</i>
MENESTRAL:	Obrero, trabajador manual.
PATOLOGÍA:	Rama de la ciencia biológica que se encarga de la naturaleza de las enfermedades, <i>por medio del estudio</i>
PERCEPCIÓN:	Acto de captar o percibir por medio de los sentidos. Cada ser humano percibe su <i>propia realidad, por tratarse de un ser único y distinto de los demás</i>
SEUDOARTROSIS:	Falta de unión de una fracción.
TORPIDA:	Entorpecimiento.
TRUNCADO:	Mutilado de alguna parte esencial, o disminuido.
VULNERABILIDAD:	Actitud de un individuo que puede ser herido o recibir una lesión física o manual.

## BIBLIOGRAFÍA

ABURTO CESAR. :

ELEMENTOS DE BIOESTADÍSTICA. ED FONDO EDUCATIVO INTERAMERICANO MÉXICO, 1979.

BRUNER L.S. SADDORTH D.S.

MANUEL DE ENFERMERÍA. ED INTERAMERICANA, MÉXICO, 1980.

CANALES F. H. DE ALVARADO. E. L. PINEDA E. B.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. ED LIMUSA, MÉXICO, 1990

CASTILLEJO B. J. EN SÁNCHEZ C. S (DIR)

DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO EN EDUCACIÓN ESPECIAL. ED. AGUILAR, MÉXICO, 1988.

SELECCIONES DEL READER'S DIGEST

GRAN DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO ILUSTRADO  
MÉXICO, 1998.

CRAIGHEAD E. V COLS.

MODIFICACIÓN DE CONDUCTA PRINCIPIOS TÉCNICOS Y APLICACIONES.  
ED OMEGA. BARCELONA.

COLCHERO R. F.

TRATAMIENTO INTEGRAL DEL PACIENTE CON INFECCIÓN OSEA. ED TRILLAS  
MÉXICO.19.

CHRISTPHER D.

TRATAMIENTO DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA. ED INTERAMERICANA, VOL. II  
MÉXICO 19. VOL II .

GARCIA RAMON – PELAYO Y GROSS

LAROUSSE ILUSTRADO. ED. LARROUSSE, MÉXICO, 1990.

GONZALEZ G. ANA MA.

EL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA. ED. TRILLAS, MÉXICO 1987

GONZALEZ G. ANA MA.

EL NIÑO Y LA EDUCACIÓN. ED. TRILLAS. MÉXICO 1972

KAPLAN H. I. SADOCK B.

COMPENDIO DE PSIQUIATRÍA . ED SALVAT. MÉXICO S / A  
PÁG. 531 –538 863-867.

KALLS, PERRUELC, ARELLO, KOHN TEBNER, CARNEVALE.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA. ED EL ATENERO. 1986.

KRONTHORA.

MANAUEL DE ENFERMERÍA. ED INTERAMERICANA , MÉXICO, 1980.

LIEGERMAN F.

TRABAJO SOCIAL, EL NIÑO Y SU FAMILIA. ED. P. A. X. MÉXICO, 1987.

LINCOYAN PARTUS GOVINDEN.

CURSO PRÁCTICO DE ESTADÍSTICA. ED GRAW- HILL. MÉXICO, 1988.

MAUREN J. O´ BRIEN.

COMUNICACIÓN Y RELACIONES DE ENFERMERÍA. ED. EL M. M. MÉXICO, 1983.

PORTILLA CHIMAL E.

ESTADÍSTICA PRIMER CURSO. ED INTERAMERICANA. MÉXICO, 1988.

ROJAS SORIANO R.

GUIA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES. ED. U. N. A. M. MÉXICO, 1985.

SMITH GERMAIN

ENFERMERA MÉDICO QUIRURGICA. ED. INTERAMERICANA, MÉXICO, 1977.

SAN MARTÍN H.

SALUD Y ENFERMEDAD. ED. PRENSA MÉDICA. MÉXICO, 1984.

TUREK S.

PRINCIPIOS Y APLICACIONES. TOMO I. CÁP. 8

VAZQUEZ CASTELLANOS E. VALLE DE BADILLO R. CASTILLO C. G.

ELEMENTOS DE PSIQUIATRIA Y ENFERMERÍA Y PSIQUIATRICA. DIVISIÓN SISTEMA U. A. UNAM. VOL. I, II, III. MÉXICO.

WHITTLAKER.

PSICOLOGÍA ED. INTERAMERICANA, MÉXICO, 1985.

WOLF. LAWIS. L.

FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. ED HARLA. MÉXICO, 1990.

SUSAN IRVING

ENFERMERÍA PSIQUIATRICA ED. , INTERAMERICANA MÉXICO, 1981.

LINDA L. DAVIDOFF

INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA ED. Mc GRAW-HILL. MÉXICO, 1989.