



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Título del trabajo

**CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE
PSIQUIATRICO.**

Tesina

Que para obtener el grado de licenciado en Enfermería.

Presenta:

Irving López Luna

Director (a) de Tesina:

Dr. (a) Margarita Acevedo Peña

Los Reyes Iztacala, Estado de México, 2019





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.

Agradecimientos

A Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y a toda mi familia.

A mis padres, quienes siempre han impulsado mis estudios, por enseñarme a tener los pies en la tierra con la mirada siempre hacia el cielo, podría escribir sinfín de palabras, pero si tuviera que definirlos en una sola , seria “**infinito**”, agradecido siempre por su infinito amor, un orgullo y privilegio ser su hijo.

A mis hermanos, bola de locos, que admiro y amo por su coraje, amor y pasión por la vida, fieles al valor de la familia, por su escucha atenta y palabras precisas, por estar siempre a mi lado.

A Mariana, mi compañera, mi amiga, mi novia y mi amante por su amor y apoyo incondicional, eres parte de que este sueño se haga realidad.

De forma especial a la Dr. (a) Margarita Acevedo Peña y maestros que me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito, en especial a aquellos que me abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos, por sus sabios consejos a lo largo de todo el proceso en mi formación profesional y personal.

A la **FESI – UNAM** que me brindo más que una carrera, una oportunidad de vida.

Dedicatorias

El presente trabajo está dedicado a mi familia por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida.

Con amor a todas las personas que he podido disfrutar y aprender, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano.

“Una canción es una experiencia: no hay necesidad de entender las palabras para entender la experiencia. Intentar entender el significado completo de las palabras puede destruir el sentimiento de la experiencia como un todo.”

Bob Dylan.

“Cada uno de nosotros es una preciosidad, en una perspectiva cósmica. Si alguien discrepa de tus opiniones, déjalo vivir. En un trillón de galaxias, no hallarías otro igual.”

Carl Sagan.

“La definición de la locura es hacer la misma cosa una y otra vez esperando obtener diferentes resultados.”

Albert Einstein.

“Preferiría tener preguntas que no puedan ser respondidas, que respuestas que no pueden ser cuestionadas.”

Richard Feynman.

Índice

Contenido

Agradecimientos.....	2
Dedicatorias.....	3
Índice	4
Introducción	7
Capítulo 1.....	8
1.1 Planteamiento del problema	8
1.2 Pregunta de investigación	8
1.3 Justificación	9
1.3.1 Panorama Internacional	9
1.3.2 Estadísticas en México	12
1.4 Objetivos	15
1.4.1 General.....	15
1.4.2 Específicos	15
Capítulo 2.....	16
Metodología.....	16
Capítulo 3.....	17
3.1 Marco teórico.....	17
3.1.1 Antecedentes Históricos.....	17
Grecia y Roma	18
Las cruzadas	18
Siglo XIII y IV	19
El Renacimiento.....	19
La Reforma.....	19
Siglo VIII.....	19
Siglo XIX	20
Siglo XX	21

Trascendencia de la Guerra Mundial	21
Psicofármacos o Psicotrópicos.	22
Desarrollo de la asistencia de la psiquiatría en México.	22
3.1.2 Fundamentos Teóricos.....	24
Neurociencias	24
Neuroanatomía	25
Anatomía Funcional de la Neurona:	26
Neuroglía	28
Sistema Nervioso.	30
Sistema Nervioso Central.....	30
Hemisferios cerebrales:.....	31
Tabla 6. ¹¹ Los hemisferios cerebrales se representas en esta tabla con características de relevancia clínica.....	31
Sistema Nervioso Periférico.....	32
Sistema Límbico.	33
Sistema Ventricular	34
Neurotransmisores y neuromoduladores en el cerebro	35
3.1.3 Ritmos Biológicos	37
3.1.4 Ritmos circadianos	38
3.1.5 Sueño	39
3.1.6 Psiconeuroinmunología.....	40
3.1.7 Genética.....	42
3.1.8 Trastornos Psiquiátricos.....	43
3.1.8.1 Trastorno de Ansiedad.....	44
3.1.8.2 Trastorno Depresivo.	52
3.1.8.3 Trastorno relacionados con sustancias y trastornos adictivos.....	60
3.1.9 Proceso de Enfermería.....	62
3.1.9.1 Pensamiento crítico	62

3.1.9.2 Proceso de Enfermería	63
Definición	63
Objetivo	63
Características	63
Valoración	64
Diagnóstico de enfermería	67
Planificación	69
Ejecución	70
Evaluación	70
Interacciones enfermera – paciente	71
Patrones de Marjory Gordon	72
Capítulo 4.....	75
4.1 Propuesta de PE.....	75
4.1.1 Valoración a través de patrones de salud de Marjory Gordon con enfoque en Psiquiatría.....	75
4.1.1.2 Escalas de Valoración en Psiquiatría.	93
4.1.2 Diagnósticos, resultados e intervenciones más frecuentes en los trastornos mentales.	104
Capítulo 5.....	113
5.1 Conclusiones	113
Capítulo 6.....	114
6.1 Aportes a la disciplina	114
Capítulo 7.....	115
7.1 Referencias bibliográficas	115
Capítulo 8.....	119
8.1 Anexos.....	119

Introducción

Como Licenciados en Enfermería, organizamos, estructuramos y jerarquizamos nuestras funciones a través del Proceso Enfermero, que se define como, un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería, conformando una herramienta determinante y de gran utilidad.

El P.E está conformado por distintas etapas, la primera etapa es la valoración, se define como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos, que permite determinar la situación de salud o enfermedad de las personas, familias o comunidades, se constituye de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales de salud. Existen diversos tipos de valoración, así como, diversos tipos de modelos de enfermería, resultando complejo la elección de un instrumento adecuado para todas las personas y/o todas las patologías, por ejemplo, los trastornos mentales requieren una atención que se ajuste a los requerimientos que estos demanden.

Por lo antes mencionado, el presente trabajo tiene como finalidad, la elaboración de un Proceso Enfermero a trastornos psiquiátricos más frecuentes en México y con base al modelo de patrones de Marjory Gordon proponer una valoración con enfoque en el campo de la psiquiatría, que permita determinar diagnósticos más frecuentes, capaces de resolver problemas y/o situaciones, a través del cuidado de enfermería y la relación profesional – persona.

Capítulo 1

1.1 Planteamiento del problema

En psiquiatría, los trastornos mentales son una afección de gran prevalencia y de origen aún en estudio, múltiples disciplinas como las neurociencias postulan diferentes factores desencadenantes, como, genéticos o biopsicosociales etc., con grandes avances y aportes científicos respectivamente en la materia, aún no está totalmente definido los agentes o factores determinantes de estos complejos padecimientos, sin embargo, los diferentes tipos de atención y tratamiento generan incertidumbre causando gran impacto en el cuidado puntual a la persona, por ejemplo, las instituciones tratantes como el INNN o Instituto nacional de psiquiatría, por mencionar algunas, se adecuan, con base a los requerimientos de los pacientes, por tal motivo, la elección de los modelos y teorías que aplican para determinar sus cuidados son diferentes, pero con la misma finalidad de recuperar y resolver las diferentes situaciones o problemáticas que presentan las personas con esta clase de trastornos

Los cuidados de enfermería se determinan a través del PE como método para la intervención del cuidado, cuya finalidad es resolver situaciones o problemas en las personas que así lo demanden, sin embargo, la existencia de diferentes planes de cuidado, variedad de enfoques y taxonomías, resulta complejo establecer la aplicación de una orientación teórica, como fundamento, con la finalidad de focalizar los elementos y situaciones que se requiere.

Considerando factores intrínsecos y extrínsecos relacionados con el PAE se determina y formula el problema en estudio de la siguiente manera:

1.2 Pregunta de investigación

¿El proceso de enfermería, con enfoque en psiquiatría, constituye un método que atiende y resuelva las necesidades asociadas con los trastornos mentales?

1.3 Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El concepto de salud mental implica bienestar personal, independencia, competencia, dependencia intergeneracional y aceptación de la capacidad de crecimiento y realización a nivel emocional e intelectual.¹

El continuo de salud en equilibrio, permite a las personas reconocer sus capacidades y habilidades, afrontar situaciones con estrés de manera cotidiana, realizar aportaciones en sus diferentes esferas con una cosmovisión mayormente positiva que le permita alcanzar su máximo potencial posible.

1.3.1 Panorama Internacional

Aproximadamente el estudio estima que entre 450 y 500 millones de personas en el mundo presentaron algún trastorno mental durante 2016. Si bien existen discrepancias en cuanto a los números precisos, la OMS calcula que más de 300 millones padecen depresión, 60 millones trastorno bipolar y casi 21 millones esquizofrenia. Además, casi un millón de personas se suicidan al año, lo que representa más muertes que las producidas por las guerras y los desastres naturales.¹

El 15% de la carga económica mundial por enfermedad y el 33% de los años vividos con discapacidad son atribuibles a los trastornos mentales. La depresión, los problemas asociados al consumo de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar están entre las seis causas principales de discapacidad, con una tendencia al alza. Para el 2030 la depresión será la segunda causa de disminución de años de vida saludable a escala mundial y la primera en los países desarrollados.¹

Recientemente, la Organización de las Naciones Unidas, ONU, reconoció la creciente importancia de la salud mental como un asunto de interés público, al incluirla en los Objetivos Globales del Desarrollo Sostenible, ODS. El objetivo 3, busca garantizar una vida saludable para promover el bienestar en todas las

edades y destaca el compromiso de trabajar en la prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles, incluyendo los trastornos conductuales, neurológicos y del desarrollo humano. Se pretende para 2030 reducir en un tercio la mortalidad prematura y fortalecer la prevención y tratamiento del abuso de sustancias adictivas y el consumo nocivo de alcohol.¹

Trastornos mentales

Uno de los avances más importantes de la psiquiatría moderna ha sido establecer criterios clínicos precisos para definir los lineamientos de diagnóstico para los trastornos mentales, con base en valoraciones clínicas. Si bien no existen estudios de laboratorio o gabinete capaces de definir o diagnosticar completamente ningún trastorno mental, éstos suelen usarse en algunos casos para confirmar el diagnóstico o para descartar otros posibles padecimientos por comorbilidad, es decir, la presencia de dos o más enfermedades al mismo tiempo.¹

Factores de riesgo:

Todos los trastornos mentales se deben en mayor o menor medida a una combinación entre predisposición genética y detonadores ambientales y sociales derivados de las experiencias y el estilo de vida. Los determinantes sociales y ambientales de la salud son aquellas circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.¹

Trastorno	Características Clínicas	Prevalencia mundial estimada
Ansiedad	Miedo y ansiedad anormales. En las fobias, están asociados con la exposición a un detonante específico	28%
Depresión	Profunda falta de energía y motivación, incapacidad de experimentar placer, humor depresivo, pesimismo, sentimientos de culpabilidad y	17%

	pensamiento lento.	
Dependencia y abuso de sustancias.	Abuso o dependencia de sustancias, acompañado de episodios de ansiedad durante periodos de abstinencia.	20%
Déficit de atención con o sin hiperactividad.	Niveles de actividad y desatención excesivos. La hiperactividad añade inquietud física.	1.6%
Esquizofrenia	Tiene diferentes formas. Se caracteriza por alucinaciones, delirios e irregularidades en el pensamiento; además hay apatía, ausencia de motivación y aislamiento social.	1%
Alimenticios	La anorexia se caracteriza por un rechazo a la comida y un miedo obsesivo a engordar; en la bulimia, los pacientes comen compulsivamente para después emplear conductas compensatorias (uso de laxantes, vomito provocado, etc.)	1%
Autismo	Comunicación e interacción social deficiente; presencia de patrones de conducta o actividad repetitivos y estereotipados; puede ser de leve a severamente limitante.	0.8%

La tabla 1 muestra una breve descripción de las características de los principales trastornos mentales y su prevalencia global.¹

1.3.2 Estadísticas en México

De acuerdo a la *Encuesta Nacional de Salud Mental*, un 18% de la población urbana en edad productiva (15- 64 años de edad) sufre algún trastorno del estado de ánimo como ansiedad, depresión o fobia. Además, 3 millones de personas son adictas al alcohol, 13 millones son fumadores y hay más de 400 mil adictos a psicotrópicos.¹

Se ha documentado que entre el 1 y 2% de la población adulta ha intentado suicidarse y la tasa de suicidios consumados tiene una tendencia al alza. De acuerdo al *Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)*, entre 2000 y 2013, la tasa de suicidios en el país pasó de 3.5 a 4.9 casos por cada 100 mil habitantes.¹

Los trastornos mentales son el principal factor de riesgo para suicidio y otro tipo de lesiones auto infligidas como cortaduras, quemaduras, heridas e intoxicaciones.¹

Trastorno mental	Prevalencia		Edad inicio (mediana)
Fobia específica	7.0%		9
Dependencia al alcohol	3.4%		29
Depresión	7.2%	9.2	45
Fobia social	2.9%		15
Trastorno de estrés postraumático	1.5%		31
Agorafobia	1.0%		21
Consumo perjudicial de alcohol	7.6%		28
Trastorno de pánico	1.0%		31
Trastorno negativista desafiante.	2.7%		11
Trastorno bipolar	1.9%		23
T.D.A*	0.9%	14.3%	47

Consumo perjudicial de drogas.	7.8%	20
Trastorno de ansiedad de separación de la infancia	4.5	17
Dependencia a las drogas	0.5%	26

La tabla 2 muestra el porcentaje de población enferma y la edad de inicio de cada enfermedad.¹

Grupos vulnerables en México¹:

- ✚ Familias en situación de pobreza. Mayor riesgo de depresión, trastornos de ansiedad, estrés.
- ✚ Individuos desempleados. Mayor riesgo de depresión.
- ✚ Adultos en plenitud. La edad avanzada está asociada con el riesgo de demencias; además, suelen ser víctimas, de maltrato, abandono e indiferencia.
- ✚ Víctimas de violencia y abuso. Desarrollo de depresión, estrés post traumático, drogadicción y trastorno de ansiedad.
- ✚ Población rural. Debido a una mayor prevalencia del abuso en el consumo del alcohol, embarazos adolescentes, depresión, y limitaciones en el desarrollo de las funciones cerebrales superiores.
- ✚ Niñas y niños en situación de calle. Uso de drogas y violencia social, abuso sexual, prostitución y explotación. Ocasiona retraimiento emocional, ansiedad, depresión y problemas para relacionarse.
- ✚ Personas con discapacidad. Mayor riesgo de desarrollar desajustes psicosociales o experimentar desintegración familiar.
- ✚ Madres adolescentes. Falta de información sobre educación sexual y reproductiva, familias disfuncionales, consumo de drogas, etc.
- ✚ Población migrante. Víctima de discriminación, pérdida de apego familiar, estrés, pérdida de identidad, auto devaluación.

Con base a lo anterior el trastorno mental más frecuente en México es el abuso de sustancias padecida por el 7.8%, le siguen depresión 7.2%, fobias 7%, comparando la información con la fuente de la Encuesta Nacional de Epidemiología en México y el informe "La salud mental en México", elaborado por la Cámara de Diputados, así como información del Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). ¹

Con base a la revisión literaria, otro documento determina que el trastorno psicológico más frecuente en México es la ansiedad, padecida por el 14.3%; le siguen el abuso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos, como la depresión (9.1%) y las fobias (7.1%). El 18% de la población urbana de entre 18 y 65 años padece un trastorno afectivo, principalmente depresión. Destacando que el 18% de la población urbana de entre 18 y 65 años padece un trastorno afectivo, principalmente depresión; y postula que un 36% de los mexicanos padecerá un desorden psiquiátrico antes de los 65 años; de entre ellos, 20% desarrollará bipolaridad o depresión, 17.8% de ansiedad y 11.9% abusará de sustancias. ¹⁵

Con base a lo anterior, se puede determinar que los trastornos mentales más frecuentes en México (3) son la ansiedad, depresión y abuso de sustancias, teniendo una gran prevalencia en la población y de gran impacto futuro.

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Elaborar un proceso de enfermería a trastornos psiquiátricos, tomando en cuenta los de mayor incidencia en México (3), con base, a los patrones de Marjory Gordon con el fin de proporcionar cuidados con un enfoque holístico.

1.4.2 Específicos

- ✚ Elaborar una propuesta de valoración para los pacientes psiquiátricos utilizando los patrones de Marjory Gordon con enfoque en psiquiatría.
- ✚ Identificar patrones de mayor relevancia en el campo de la psiquiatría.
- ✚ Determinar diagnósticos de enfermería más frecuentes y relevantes en el campo de la psiquiatría, con base a la taxonomía NANDA.
- ✚ Proponer escalas de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) relacionados con los diagnósticos más frecuentes, que favorezcan al paciente con trastornos mentales a alcanzar su máximo potencial posible.
- ✚ Explicar la importancia de las relaciones interpersonales profesional y persona, como binomio evolutivo de continuo de salud y como oportunidad de crecimiento personal.

Capítulo 2

Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se realizaron los siguientes pasos:

La idea del tema surgió al concluir mi servicio social en el INNN; teniendo la experiencia de haber concluido en el servicio hospitalario de “Neuropsiquiatría”, con apoyo de la Dr. (a) Margarita Acevedo Peña, jefa de carrera de enfermería FESI – UNAM, se eligió realizar un PE a trastornos mentales.

- I. Se consultó y revisó encuestas nacionales de salud relacionadas con los trastornos mentales y se determinan los 3 principales en el país considerando su futuro impacto en la población.
- II. Se realizó el marco teórico, a partir de revisión bibliográfica, constituida por antecedentes históricos de la psiquiatría y de bases científicas que sustenten el proceso enfermero.
- III. En la etapa de valoración, se elaboró un formato con base a los patrones de Marjory Gordon el cual se enfocó en el campo de la psiquiatría, adecuando aspectos psicopatológicos, que permitan determinar los cuidados de enfermería oportunos.
- IV. Con base a la taxonomía NANDA, NIC, NOC, se determinan los diagnósticos, intervenciones y resultados más frecuentes entre los trastornos mentales considerados en el presente trabajo.

Al término del proceso enfermero se realizan las conclusiones y sugerencias a la disciplina que se consideran oportunas.

Capítulo 3

3.1 Marco teórico

3.1.1 Antecedentes Históricos

La humanidad por excelencia es curiosa, valiente y prometedora, siendo conscientes de ser una especie joven a través de la historia, logrando un gran desarrollo con el estudio de actos humanos, considerando sus causas y efectos en el tiempo y espacio.

La salud y la enfermedad está presente desde los albores de la humanidad, así como el hombre evoluciona a través del tiempo, las enfermedades también, partiendo de la objetividad reproducida por signos y síntomas a lo más subjetivo como cambios actitudinales, alteración de la emocionalidad, sentimientos y polaridades en el comportamiento humano provocando una gran variabilidad de reacciones, resultando ser complejas e incluso amenazantes para el hombre.

Las afecciones mentales eran atribuidas en el pasado a ideas de carácter mágico, místico y divino, causados por entes malignos o por la ira de los dioses, atendiendo la sanación a través de lo religioso.

La literatura refiere que, en la época sedentaria existían chamanes que efectuaban tratamientos para eliminar entes malignos a través de rituales, brebajes, rezos y sacrificios. La reparación que consistía en realizar orificios en el cráneo para que los espíritus malignos abandonaran y así eliminar la causa y tratar de armonizar al individuo, esta dualidad oculta tenía una relación con lo físico y lo mental.²

Los enfermos mentales no tenían muchas opciones, los agresivos se menciona que eran desterrados y los pacíficos les permitían con una funcionalidad para la sociedad de una manera permisible y tolerante.²

El cuidado evoluciono a través del pensamiento social y científico motivado por los tratamientos terapéuticos de la enfermedad, así como la profesionalización del cuidado por personajes que han tenido un sentido humanístico.²

Las primeras referencias escritas aparecen en Egipto y en otras civilizaciones 1545, en el papiro de Ebers contando con un apartado específico sobre los trastornos mentales.³

Grecia y Roma

La transmisión de conocimiento a través de las distintas fuentes históricas le permitieron a estas culturas heredar la idea de lo místico religioso, de lo sobrenatural, para comprender y tratar de curar las enfermedades.

Existieron diferentes personajes distinguidos de la cultura griega entre ellos destaco, Asclepios dios de la medicina, quien monopolizo la medicina griega antes de cristo, Hipócrates quien refirió que las enfermedades se originaban de las creencias humanas, creando su “teoría humoral”, donde postuló que el cerebro originaba nuestras sensaciones y sentimientos, era el centro de la inteligencia y que los trastornos psicológicos se originaban por causas naturales, dejando de lado lo divino por lo terrenal en un concepto profano de la época.³

Platón, filósofo destacado de la historia, quien sustento que el alma era dual, localizando lo racional en la cabeza y lo irracional en el corazón, considerando los trastornos mentales en parte éticos y religiosos.⁴

En roma ya existían médicos, galeno quien fue un médico para gladiadores, retomo las ideas de Hipócrates, teniendo gran influencia en el año 1500, sobre los trastornos mentales se encontró poco, continuaban los tratamientos de carácter religioso como los exorcismos, se edificó el Hospital de San Basilio para diversos enfermos incluyendo a los mentales, lo que sucedió 500 años a 1400 D.C.²

Las cruzadas

Siglo XII, aparece el termino lunático, teniendo como hipótesis, que el trastorno mental se atribuía a un cuerpo celeste “la luna”, surgiendo en esta época mitos y leyendas sobre la luna como detonante y potenciador de signos y síntomas de los enfermos.^{2,5}

Siglo XIII y IV

En estos siglos el clero aprovecho las circunstancias que el régimen feudal enfrente, para imponer castigos severos a la población con trastornos, mujeres, niños y enfermos mentales fueron martirizados y quemados, caracterizado por una etapa anti erótico de la mujer.²

Posteriormente surgen instituciones en la historia de la asistencia psiquiátrica, como en 1503 el “Hospital Bthelehem Royal” en Londres, más conocido Bedlam, albergo a pacientes psiquiátricos y ancianos, siendo reconocido 44 años después por Eduardo VIII como institución de enfermos mentales.³

El Renacimiento.

En el renacimiento la idea de pecado queda atrás, transformando el recuerdo de las culturas Griega y Romana, por elogiar al hombre a través del arte, tornando de lo profano a lo sublime la humanidad, teniendo exponentes como Miguel Ángel, Rafael, Leonardo Da Vinci, haciendo uso de la observación como herramienta, que es aplicable a los enfermos con trastornos mentales debo a la funcionalidad que tiene para detectar comportamientos y actitudes, con el fin de detectar padecimientos como depresión y psicosis.²

La Reforma

La Población no estaba de acuerdo con las actividades del clero, personaje destacado de esta época, Martin Lutero un fraile agustino alemán (1483 – 1546).³

Siglo VIII

Este siglo ocurren acontecimientos significativos como el desarrollo de la psiquiatría y su separación de la medicina, dando una cosmovisión humanística al enfermo mental.³

William Battie inició el uso de los establecimientos “terapéuticos” en los que se facilitaba tratamiento médico, sostenía que la enfermedad mental era el resultado de una sobreexcitación de los sentidos o por el contrario de insensibilidad y diferenciaba su origen entre causas interna y externas.³

Felipe Pinel director del hospital de París 1792, libero de las cadenas a los enfermos mentales.⁵ Realizo 3 propuestas²:

1. Atender al paciente como ser humano
2. Que requiere de atención médica
3. Cuidados y servicio social

Siglo XIX

Dorothea Dix Enfermera contratada para impartir clases dominicales particularmente en las cárceles en Massachusetts, lugar donde observa las condiciones tan miserables en que viven los locos, de ahí se dedicó a inspeccionar lugares donde estuvieran este tipo de individuos, por lo que tras divulgar sus descubrimientos, se mejoran muchas de las condiciones de los individuos.²

En Norte América, Nueva York, el Hospital de Bellevue tenía un servicio para pacientes mentales.

“Alicia Fisher, una enfermera formada por Florence Nightingale”, empezó a mejorar el trato humano del enfermo mental para el tratamiento en una nueva modalidad la de mantenerlos erectos, firmes y en cuarto oscuro, llega a cambiar el trato que prestan a los enfermos mentales en EE. UU.^{2,5}

En el siglo XIX la enfermería moderna aparece en el Instituto de Kaiserwerth, Alemania, fue un centro de formación de diaconisas (termino religioso para mujeres que prestan una función de servicio.) reconocido, la primera diaconisa fue Gertrudis Richard.

Florence Nightingale (1820 – 1910) fue una mujer significativa para la enfermería moderna, sus prácticas de cuidado iniciaron en la guerra de Crimea donde aparece con su lámpara encendida haciendo el recorrido en el hospital militar² Consolidándose a través del tiempo como la iniciadora de la práctica profesional con una estructura formalizada.

Siglo XX

Clifford Beer, Tras un intento de suicidio pasó tres años en una clínica, después de salir escribió las bases del movimiento de higiene mental y crea el comité para la higiene mental.⁵

Psicoanálisis

Sigmund Freud (1856-1939), fue un medico neurofisiólogo, introdujo el término psicoanálisis, fue la primera persona que explico el comportamiento humano en términos psicológicos y que la conducta puede cambiar. Introdujo a la vez el eje central de su teoría que fue la energía sexual reprimida.⁵

La psiquiatría influenciada por el positivismo seguía el "modelo somático" de las enfermedades mentales, la morfología del cerebro y las explicaciones por la herencia y la organicidad.² Los casos diagnosticados como degeneración, locura moral, simulación, etc. evidenciarían ese abordaje. Sin embargo, pese a que los psiquiatras se declaraban abiertamente "somatistas", era bastante difundido el uso terapéutico de la hipnosis, la sugestión y la psicoterapia (es ejemplo de ello la publicación de *Histeria y Sugestión*, por José Ingenieros).²

Trascendencia de la Guerra Mundial

En la historia de la humanidad la guerra siempre ha estado presente, y las repercusiones de los enfrentamientos sobre la salud mental han sido reconocidas desde tiempo atrás.

Los trastornos mentales que se mencionan en algunas fuentes literarias son, vent du boulet, síndrome del corazón del soldado, choque de las trincheras, fatiga de combate, neurosis de guerra, Shell shock, etc.⁶

A partir de 1946 se aprueba la ley nacional de salud mental con la que el congreso otorgo un presupuesto para la investigación académica en salud mental y extensión de la cobertura.²

Psicofármacos o Psicotrópicos.

Alrededor de los años 50 se introdujo a la práctica clínica fármacos como sales de litio, Jhon Cade 1949, se descubrieron otros como la cloropramacina y la imipramina, en 1950, como tratamiento para depresión.² En Europa, España realizó una descripción acerca de sustancias psicoactivas como tratamiento a los problemas psiquiátricos, cuyos autores fueron Francisco López Muñoz y Cecilio Alanco de la Universidad de Alcalá, en el primer libro de neuropsicofarmacología.²

Desarrollo de la asistencia de la psiquiatría en México.

Los antecedentes históricos marcan a México como el pionero de la asistencia al enfermo mental.² durante la época precolombina en México surgió algo similar a la grecorromana, relacionaron los elementos naturales del universo con la del hombre, ligados en un vínculo psicológico que repercutían en el continuo de salud de la persona.²

Esta conexión se conformaba del “Tonalli”, ubicado en la cabeza, correlacionaba la fuerza hombre y cosmos, la “Teyolia” representaba el corazón y símil a la cultura grecorromana, el corazón era el encargado de los sentimientos.² Así como el llamado “Ihivotl” que tenía relación con las secreciones que emite el cuerpo como relacionado con los valores y pasiones, funcionando de manera positiva en una persona que obraba correctamente haciendo referencia al continuo de salud.²

En 1566 Fray Bernardino Álvarez fundó el hospital de San Hipólito, primero en su género dedicado al cuidado de los enfermos mentales en las Américas. En 1910, unos meses antes de que estallara la Revolución mexicana, el presidente Porfirio Díaz inauguró en los terrenos de la hacienda La Castañeda, en el sur de la Ciudad de México, el manicomio general.² La Castañeda es aún considerada la cuna de la psiquiatría en México.²

Los tratamientos que se emplearon fueron “choque insulínico de Sakel, electrochoque de Cerlelli y Bini y la lobotomía de Edgar Moris.”²

En 1933, inicio la primera generación de médicos neuropsiquiatras.²

En 1952, siendo Raúl Fournier Villada Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México y un promotor de la medicina psicológica, se separaron los programas de enseñanza de la neurología y la psiquiatría, convirtiéndose cada una en disciplinas independientes.² Fue en esta época que se estableció el primer curso formal de adiestramiento en Psiquiatría, con reconocimiento de la Escuela de Graduados de la UNAM.²

Con relación a enfermería, el organigrama que operaba dentro de cada pabellón estaba constituido por la jefe de enfermeras llamada primera, subjefe de enfermeras llamada segunda y siete enfermeras las cuales portaban en una cofia blanca un distintivo con barras dependiendo del grado y uniforme blanco impecable.²

La enfermera realizaba intervenciones asistenciales así como manejo y gestión de la terapia ocupacional.²

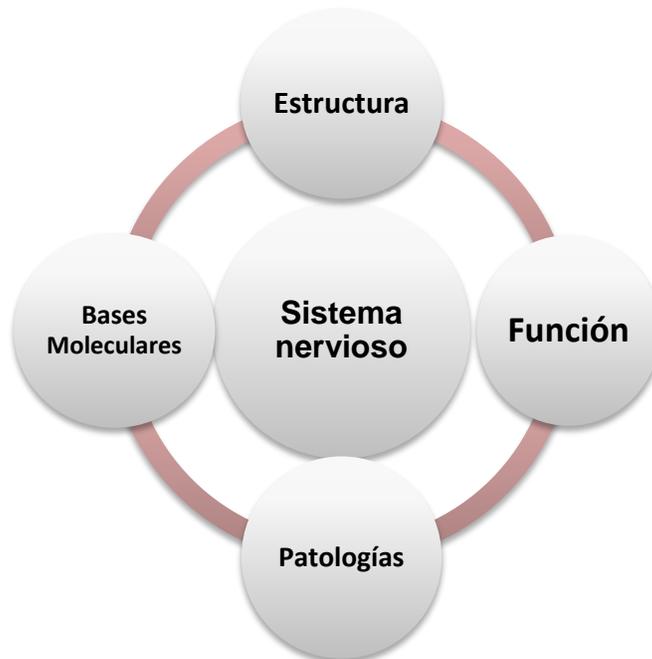
En 1970, Ramón de la Fuente Muñiz, considerado el fundador de la psiquiatría moderna en México, creó el primer servicio abierto de psiquiatría en un hospital general (el Hospital Español de México). En 1979 fundó el Instituto Mexicano de Psiquiatría, ahora Instituto Nacional de Psiquiatría que lleva su nombre, y creó la revista *Salud Mental*, órgano oficial del Instituto, acreditada y reconocida internacionalmente, después de 37 años de publicarse en forma ininterrumpida.²

3.1.2 Fundamentos Teóricos.

Neurociencias

La neurociencia es un conjunto de disciplinas científicas, que estudia el sistema nervioso y sus componentes, así como, de signos patognomónicos de la enfermedad. La investigación en esta área es multidisciplinar en muchos niveles de estudio, que parten de lo molecular a celular, estructuras y funciones, ofreciendo importantes oportunidades en el nivel más alto del sistema nervioso en completo. Durante los últimos 20 años, los avances en la investigación del cerebro han sucedido a un ritmo rápido y creciente y han alcanzado un punto en que la neurociencia puede considerarse justificadamente como el fundamento biomédico de la psiquiatría.⁷

La neurociencia se conforma de disciplinas como Neuroanatomía y neurofisiología, así como, aspectos neurocognitivos y del comportamiento por mencionar algunas y en conjunto tratar de explicar la conducta y su influencia con el medio incluyendo la conducta de otros individuos en sus diferentes niveles de organización.



Neuroanatomía

La Neuroanatomía, es la rama de la anatomía que se encarga del estudio del sistema nervioso. El sistema nervioso tiene un peso aproximado del 3% del peso corporal total, a pesar de ser un sistema pequeño, es uno de los más complejos del organismo.⁸

El S.N consiste en una red compleja y altamente organizada de dos principales células (neuronas y neuroglía) y que cuenta con estructuras altamente intrincadas que lo dividen en 2 partes.⁸

✚ Sistema Nervioso Central

Conformado principalmente por encéfalo y médula.

✚ Sistema Nervioso Periférico

Conformado principalmente por ganglios, plexos, nervios craneales y raquídeos

✚ Sistema nervioso autónomo (Simpático y parasimpático)

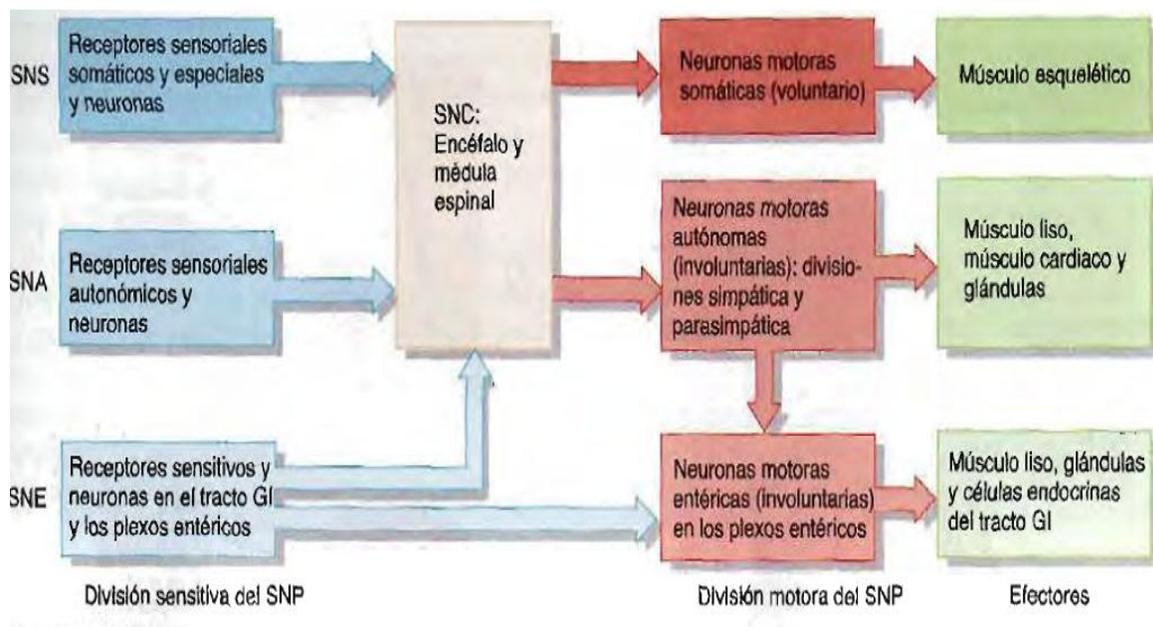


Imagen 1. Esquema organizacional del sistema nervioso. (SNS “sistema nervioso somático”), (SNA “sistema nervioso autónomo”), (SNE “sistema nervioso entérico”).⁸

Anatomía Funcional de la Neurona:

La neurona es la unidad fundamental del S.N, es un tipo de célula especializada que lleva acabo funciones de procesamiento de información, existen cientos de tipo, las cuales cada una se ocupa de unas funciones especiales. A diferencia de otras células, las neuronas no se dividen hasta haber alcanzado su madurez.⁷

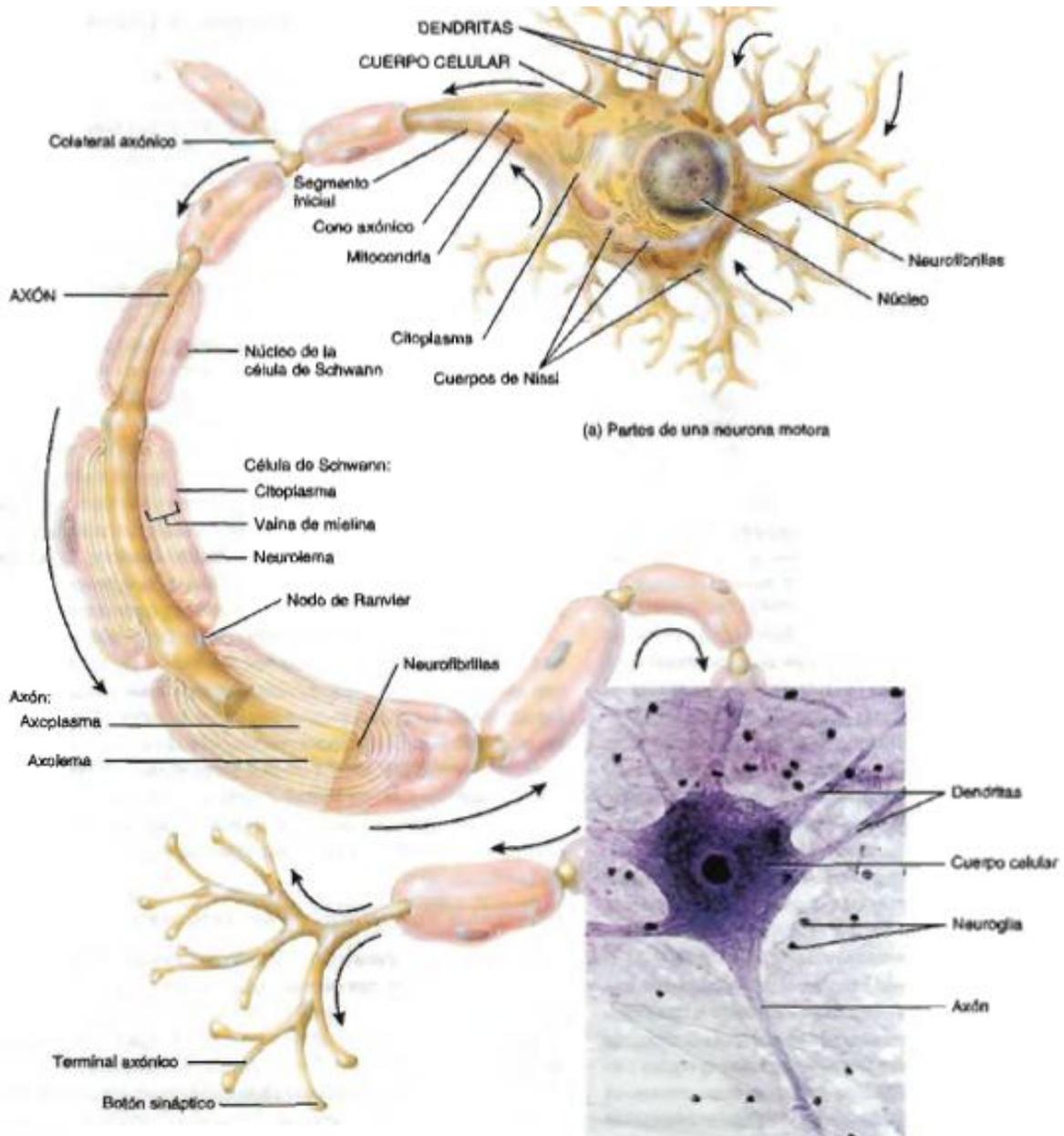


Imagen 2.⁸ (tortora) La neurona puede dividirse en 4 componentes distintos: el cuerpo celular (o soma), las dendritas, el axón y la terminación pre sináptica.⁷

Clasificación:

Morfología		Numero de prolongaciones Nerviosas	Longitud de Axón	Función
Piramidales	3 y 5 capa de corteza cerebral	Monopolares	Logiaxiónicas	Aferentes Sensitivas
Piriformes	Corteza de Cerebelo	Bipolares		Eferentes Motoras
Granulosas	Corteza de Cerebelo	Multipolares	Breveaxiónicas	Neuronas: Intercalares Internunciales Interneuronas
Estrelladas		Pseudomonopolares		
Amorfas o Fusiformes				

Tabla 3.¹¹ Esquematiza las neuronas con base a su clasificación.

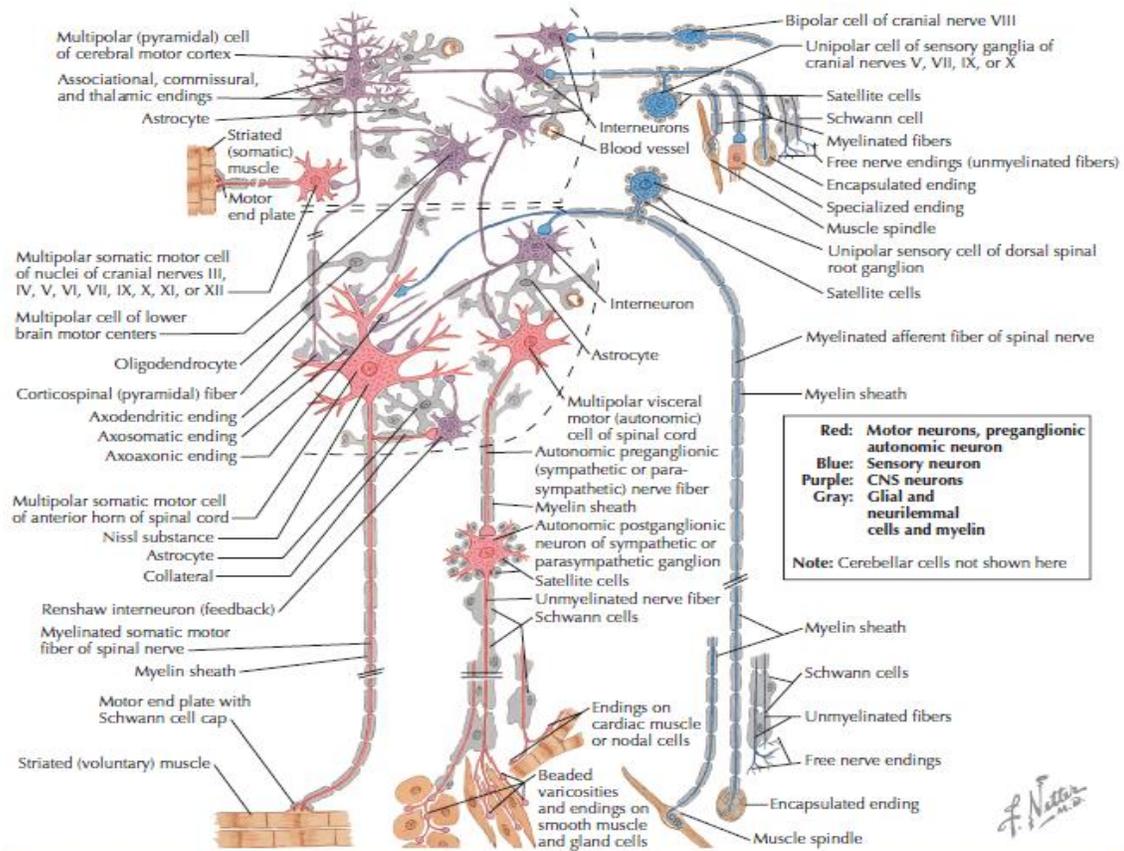


Imagen 3. Clasificación de las neuronas y su relación.¹⁰

Neuroglía

Como antecedente el médico alemán Rudolf Virchow fue quien acuñó el término “neuroglía”, en 1858, para referirse al “pegamento del cerebro” que se ubicaba entre las neuronas y las mantenía unidas.¹² La glía es un grupo de células abundante en el sistema nervioso, principalmente en el cerebro. La función de la glía es compleja proporciona sostén al sistema nervioso y contribuye en la formación, operación y modulación de circuitos sinápticos.¹¹

Estructura	Relevancia
Astrocito fibroso	Se localiza en la sustancia blanca. Presenta podocitos. Proporcionan sostén a las neuronas. Proporcionan un marco sostén, son aislantes eléctricos, limitan la propagación de los neurotransmisores.
Astrocito protoplasmático	Se localiza en la sustancia gris. Sus prolongaciones sostienen a las neuronas. Almacenan glucógeno, función fagocítica, ocupan el lugar de las neuronas muertas, Regula difusión de sustancias del torrente sanguíneo al parénquima cerebral (O ₂ y Glucosa), producen sustancias tróficas.
Microglía	Macrófago que se define como un monolito extravascular encargado del proceso de fagocitosis. Proporciona el sostén inmunológico al sistema nervioso.
Oligodendrocitos	Célula productora de Mielina en el S.N.C. Forma parte de las células endoteliales. Tapiza las cavidades ventriculares y transportan y absorben líquido cefalorraquídeo.
Tanicitos	Forma parte de células endoteliales, Regula concentraciones hormonales en el líquido cerebroespinal Transporta sustancias del L.C.R hasta el sistema hipofisoptal.

Tabla 4.¹¹ Contiene las estructuras que constituyen la glía y su relevancia anatómica funcional.

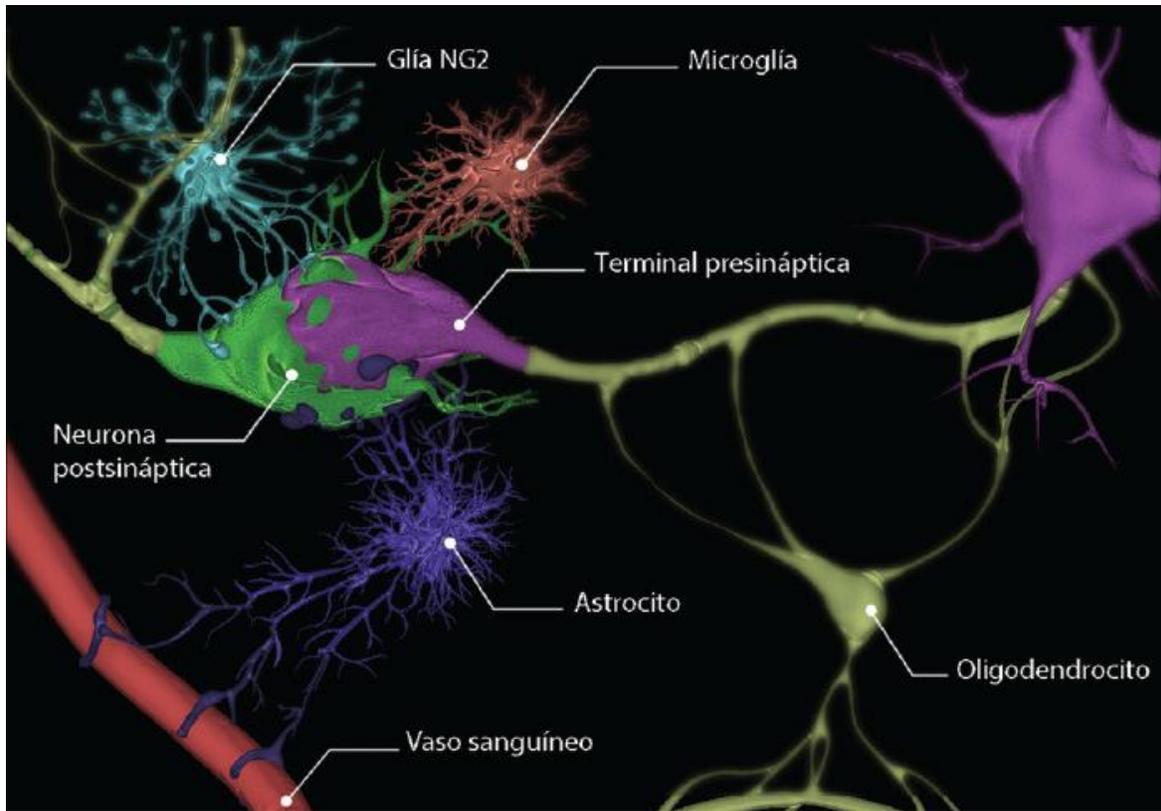


Imagen 4. El cerebro consta, además de las neuronas, de la glía. Las células gliales incluyen principalmente a la Microglía, Oligodendrocitos, Astrocitos y glía NG2.¹²

La glía además de su función estructural y de sostén, sostiene respuesta y modulación de la actividad neuronal denominado, gliotransmisión, que consiste en una sinapsis tripartita que constituye la comunicación nerviosa y el procesamiento de la información.¹²

Sistema Nervioso.

Sistema Nervioso Central

Los componentes del sistema nervioso central están formados por el Encéfalo y la Medula Espinal. Que está protegido por el cráneo y la columna vertebral. ⁹

Encéfalo	
Estructura	Composición
Telencéfalo	Hemisferios cerebrales Núcleos Basales.
Diencéfalo	Epitálamo, Tálamo Dorsal, Hipotálamo, Subtálamo
Tallo Cerebral	Mesencéfalo, Puente, Medula
Cerebelo	Lóbulos anterior, posterior y Floculo nodular.
Médula espinal	
Se compone de tractos ascendentes, descendentes e Interneuronas. Se divide en segmentos cervicales, torácicos, lumbares, sacros y coccígeos.	

Tabla 5. ¹¹ Componentes del SNC.

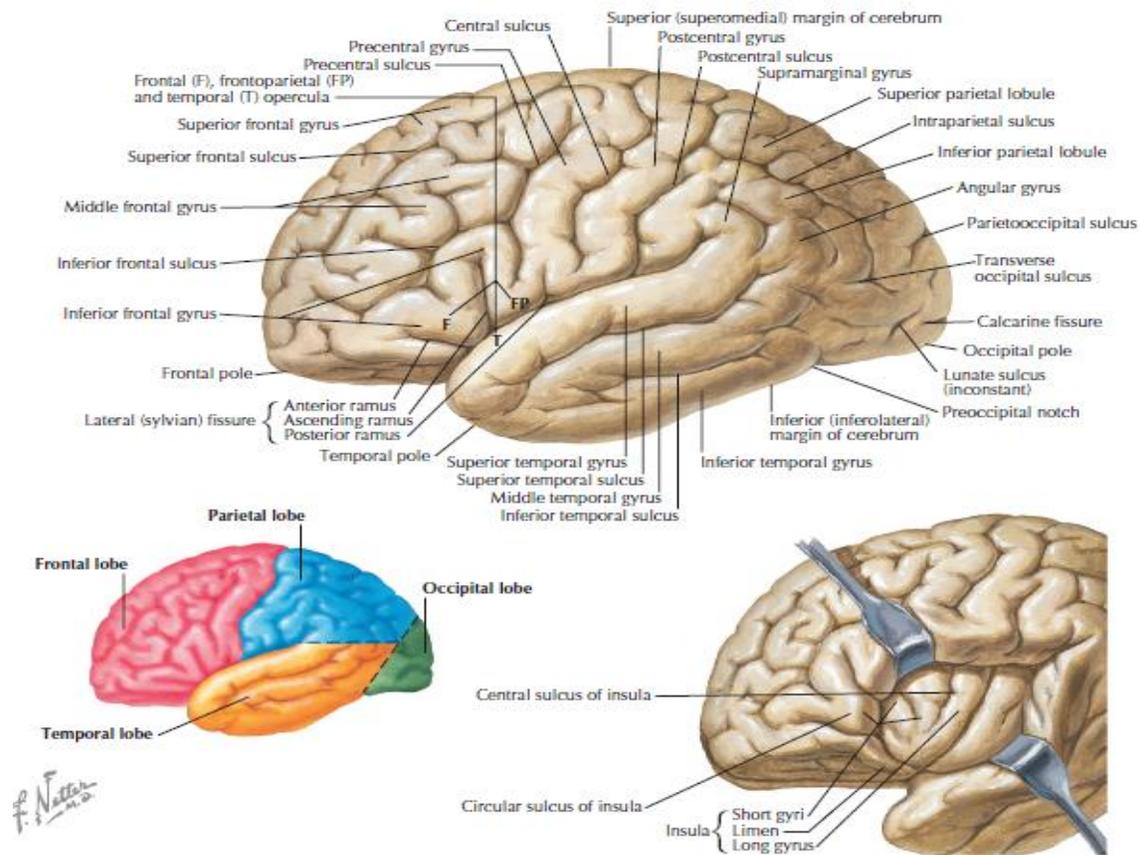


Imagen 5. Superficie anatómica del cerebro: vista lateral. ¹⁰

Hemisferios cerebrales:

Los dos hemisferios cerebrales están separados por la fisura longitudinal y la hoz del cerebro (formada por la duramadre), y están conectados por una gran comisura de sustancia blanca, el cuerpo calloso.¹¹

Lóbulos cerebrales		
Nombre	Descripción	Relevancia
Frontal	Ubicado en la fosa craneal anterior, anterior al surco central y superior a la fisura lateral.	Funciones mentales superiores. Cortezas primeras, suplementarias y promotoras. Área motora de lenguaje. (De Broca).
Temporal	Ubicado en la fosa craneal media anterior al lóbulo occipital e inferior al surco lateral.	Corteza Auditiva primaria y secundaria Corteza asociada a la comprensión del lenguaje (Antes llamada área de Wernicke).
Parietal	Ubicado en la zona posterior al surco central, superior al lóbulo temporal y al surco lateral anterior al lóbulo occipital.	Integración y Orientación sensorial y espacial, visual y auditiva. Corteza primaria de asociación.
Occipital	Ubicado en la fosa craneal posterior, detrás del lóbulo parietal.	Corteza visual primaria y secundaria
Límbico	Ubicado en la cara media de los hemisferios cerebrales. Dividido funcionalmente en: Formación hipocámpica Corteza límbica Complejo amigdalino.	Se asocia a la consolidación de la memoria y a la emoción.
Insular	Profundo al surco lateral, oculto, por el opérculo frontal, parietal y temporal. Formado por circunvalaciones, delimitado por un surco circular y un sirco central.	Controla, vísceras del SNA. Corteza gustativa Corteza olfatoria.

Tabla 6.¹¹ Los hemisferios cerebrales se representas en esta tabla con características de relevancia clínica.

Sistema Nervioso Periférico

El sistema nervioso periférico tiene su origen en las crestas neurales y está constituido por nervios craneales (pares craneales 12) y raquídeos, los plexos y los receptores, así como, así como las células satélites de los ganglios y las células de Schwann (Mielina) de los nervios.¹¹

Sistema Nervioso Autónomo El sistema nervioso autónomo controla glándulas y músculos de órganos internos de forma autónoma o no, a través, de un sistema dual “sistema nervioso parasimpático y simpático”.¹¹

- **Sistema Nervioso Simpático:** Se activa para generar una respuesta al medio.
- **Sistema Nervioso Parasimpático:** Disminuye o inhibe la respuesta, mecanismo opuesto.

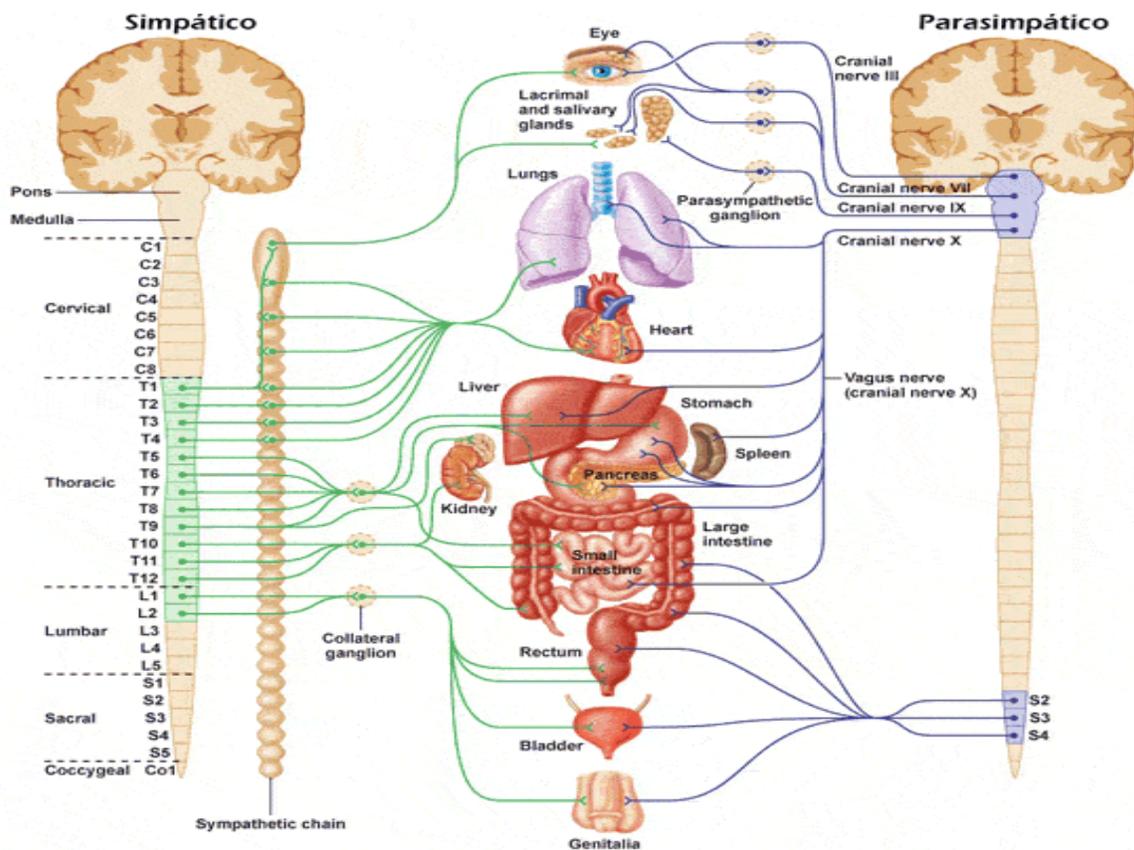


Imagen 6. La imagen muestra cómo se divide el sistema nervioso por estructura y función.

Sistema Límbico.

El sistema límbico es una colección de estructuras profundas en el encéfalo que participan colectivamente en la memoria emocional, el comportamiento y la consolidación de la memoria. Las estructuras del sistema límbico pueden agruparse en el prosencéfalo basal y medial, el lóbulo temporal medial y el lóbulo límbico. Las actividades del sistema límbico se expresan a través del hipotálamo.¹¹

Grupo	Función
Prosencéfalo	Participa en la regulación de la atención adecuada a los estímulos y de la motivación su estimulación produce sentimientos de placer
	Regula la postura corporal y el tono muscular que acompañan al comportamiento y estados emocionales, como el miedo, la tensión y el placer.
Lóbulo temporal medial: formación hipocámpica y uncus.	Funciones del aprendizaje y la memoria, la consolidación de la memoria de corto plazo en memoria de largo plazo y el reconocimiento de lo novedoso.
Lóbulo límbico	Regula el nivel de agresión en estados emocionales y de comportamiento, su estimulación produce rabia y ansiedad.
	Recibe las entradas (input) sensoriales típicas somato sensitivas, vista, olfato, sensación visceral, audición y también recibe estímulos sensitivos sobre el nivel de confort o ansiedad (a partir de fuentes corticales)

Tabla 7. ¹¹ El sistema límbico, es un lóbulo de gran relevancia en el campo de la psiquiatría, la tabla esquematiza sus componentes y su función con relevancia clínica.

La proyección de la amígdala y del hipocampo en el cuerpo estriado (En especial al núcleo acumbens) influye en la actividad motora en tanto que se relaciona con el humor y la emoción.¹¹ Mientras que la estimulación de la amígdala provoca estrés y ansiedad, el estímulo del área septal causa placer y relajación; estos dos sistemas controlan el equilibrio de las respuestas emocionales dependiendo de las circunstancias. ¹¹El sistema límbico consolida la memoria por potenciación a largo plazo, el mismo de consolidación de la memoria.¹¹

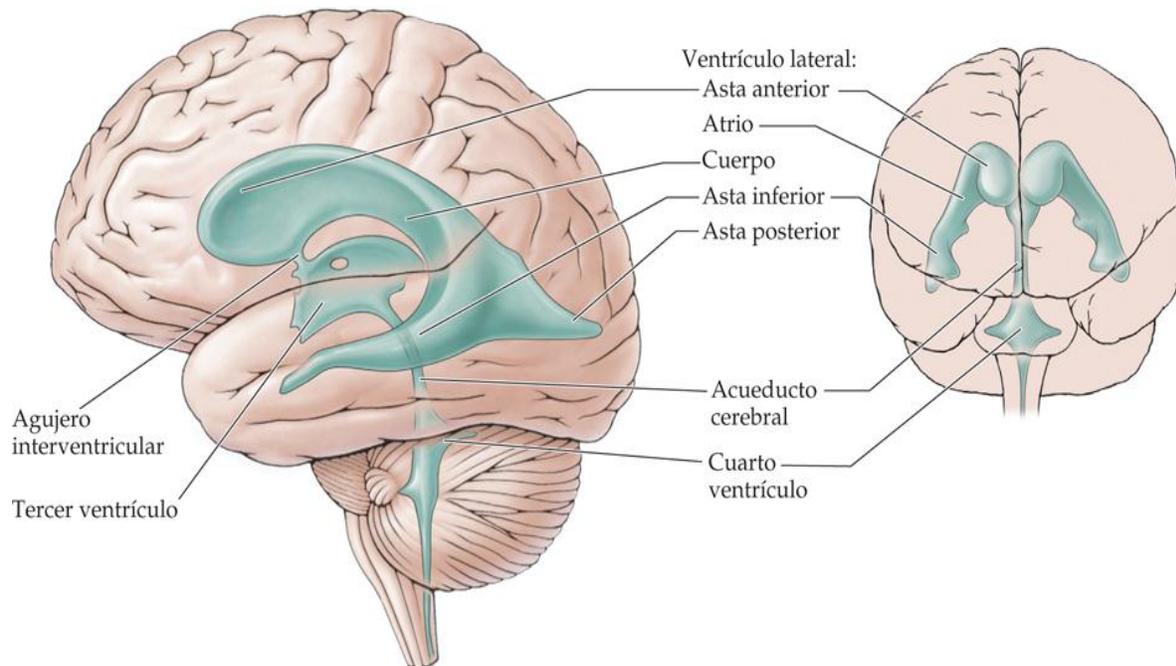
Sistema Ventricular

Tubo neuronal

Durante la cuarta semana de la gestación, el tubo neural se expande y dilata para formar vesículas. La luz del tubo forma el sistema ventricular del encéfalo. ¹¹

Vesícula primaria	Vesícula secundaria	Estructura adulta	Sistema ventricular
Prosencéfalo (encéfalo anterior)	Telencéfalo	Hemisferio cerebrales bulbos olfativos	(2) ventrículos laterales.
	Diencefalo		
Mesencéfalo (encéfalo medio)	Mesencéfalo	Mesencéfalo	Acueducto cerebral
Flexión cefálica			
Romboencéfalo (encéfalo posterior)	Mesencéfalo	Puente Cerebelo	Cuarto ventrículo
	Mielencéfalo	Medula oblongada	
Flexión cervical			
Medula espinal en desarrollo			

Tabla 8. ¹¹ Representa los componentes del tubo neural.



Fuente: John H. Martin: *Neuroanatomía texto y atlas*, 4e: www.accessmedicina.com
Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.

Imagen 7. ¹³ La imagen muestra la ubicación y estructura del sistema ventricular, el cual como relevancia clínica tiene la producción, difusión y drenaje del L.C.R.

Neurotransmisores y neuromoduladores en el cerebro

Sustancia	Localización	Función
Aminas: Las aminas son neurotransmisores sintetizados de moléculas como: tirosina, el triptófano y la histadina. Afectan al aprendizaje, las emociones, el control motor y otras actividades.		
Monoaminas		
Norepinefrina (NE)	Se obtiene normalmente de la dieta, se localiza en el locus cerelus y su efecto es Exitatorio o inhibitorio.	Los niveles fluctúan con el sueño y la vigilia. Implicado en la atribución de un valor recompensador a un estímulo y en la regulación del estado de ánimo. Desempeña un papel en los trastornos afectivos y de ansiedad.
Dopamina (DA)	Se localiza mayoritariamente en el tronco del encéfalo (sobre todo en la sustancia negra) y su efecto es generalmente excitador.	Implicados en el control de los movimientos complejos, la motivación y el conocimiento y en la regulación de las respuestas emocionales. Muchas drogas de abuso (como la cocaína y las anfetaminas) producen la liberación de DA. Implicada en los trastornos del movimiento vistos en la enfermedad del Parkinson y en muchos del déficit de esquizofrenia y en otras formas de psicosis.
Serotonina (5-HT)	Se localiza solo en el cerebro (sobre todo los núcleos del rafe del tronco del encéfalo) y su efecto es principalmente inhibitorio.	Participa en el establecimiento y la modulación de los niveles de actividad general del SNC, sobre todo el ánimo y probablemente en las ilusiones, alucinaciones y en la supresión de la esquizofrenia. Desempeña un papel en los trastornos afectivos y de la ansiedad.
Melatonina	Se sintetiza en la glándula pineal y su efecto está implicado en trastornos afectivos y el ciclo de sueño vigilia.	Induce la estimulación de los pigmentos de las células cutáneas y regula la función reproductora de los animales, su papel en el humano no está claro.
Acetilcolina	Sintetizad por colina. Se localiza en S.N.C y S.N.P, y puede tener un efecto excitador o inhibitorio.	Desempeña un papel en el ciclo sueño vigilia. La enfermedad de Alzheimer se asocia a la disminución de las neuronas que segregan acetilcolina. La miastenia graves el resultado de una reducción de los receptores de la acetilcolina.

Aminoácidos.		
(Glutamato)	Se encuentra en el SNC, donde se almacena en las vesículas sinápticas y se utiliza como neurotransmisor de carácter excitatorio.	Implicado en la esquizofrenia, los receptores del glutamato controlan la apertura al calcio (esencial para la neurotransmisión) entrar en las células nerviosas, propagando los impulsos eléctricos neuronales. Su principal receptor, NMDA. La sobreexposición y puede producir la muerte celular en el ictus y en la enfermedad de Huntington.
Acida gamma – aminobutírico (GABA)	Un derivado del glutamato, principal para la inhibición post sináptica en el SNC.	Los fármacos que aumentan la función GABA, como las benzodiacepinas, se usan para tratar la ansiedad y para inducir el sueño.
Péptidos: Los péptidos son cadenas de aminoácidos que se encuentran en todo el organismo. Hasta la fecha se ha identificado unos 50, pero su papel como neurotransmisor no es bien conocido. A pesar de que aparecen en muy bajas concentraciones en el SNC, son muy potentes. Parecen también desempeñar un papel de segundo mensajero en la neurotransmisión; es decir, modulan los mensajes de los neurotransmisores no péptidos.		
Endorfinas y encefalinas.	Ampliamente distribuidas en el SNC Efecto: Generalmente inhibidor.	Las opiáceas morfina y heroína se unen a los receptores de la endorfina y la encefalina en las neuronas pre sinápticas, bloqueando la liberación de neurotransmisión y reduciendo así el dolor.
Sustancia P	Medula espinal, cerebro y neuronas sensoriales asociadas con el dolor y su efecto generalmente excitador.	Se encuentran en la ruta de la transmisión del dolor. Bloqueándola liberación de sustancia P por la morfina reduce el dolor.
Formación Reticular.		
Es un sistema neuronal de relevancia en la psiquiatría debido a la implicación que estas componen en la fisiopatología de las enfermedades mentales. Las neuronas reticulares modulan la función neuronal mediante proteínas g, en zonas corticales y límbicas. Algunos componentes han sido bien caracterizados en cuanto a sus transmisores (noradrenérgicas, serotoninérgicas, dopaminérgicas y colinérgicas). ⁷		

Tabla 10.^{2, 4} Esquematiza los principales neurotransmisores por localización y función psiquiatría y como anexo la formación reticular, puntualizando su relevancia en el campo de la psiquiatría.

3.1.3 Ritmos Biológicos

La vida en la tierra está adaptada a la rotación de nuestro planeta. Durante muchos años hemos sabido que los organismos vivos, incluidos los humanos, tienen un reloj biológico interno que les ayuda a anticipar y adaptarse al ritmo regular del día.

El reloj biológico, de precisión exquisita, adapta nuestro organismo a las diferentes fases del día, regulando funciones críticas como, comportamiento, niveles hormonales, sueño, temperatura corporal y el metabolismo, además de ser responsables del jet lag (desfase de horario) y los desórdenes afectivos.

Los ritmos biológicos afectan en todas nuestras esferas y aspectos de salud asociándolo con un mayor riesgo de diversas enfermedades. Estos ritmos son fluctuantes en un tiempo relativo, existen diversos marcapasos internos que son autoajustables, ofreciendo perspectivas sobre patologías como el Parkinson o el envejecimiento, entre otros. Se han relacionado con defectos de los relojes biológicos.²

En la música, los tiempos son regulados por compases que determinan el tiempo, ritmo y cadencia de una pieza, análogamente los ritmos biológicos presentan controladores de intervalos que fungen de la misma forma como respuesta al medio, son flexibles contribuyendo a la realización de actividades diarias.

Ejemplo:

De acuerdo con un modelo, el comienzo de un suceso que dura una cantidad de tiempo conocida. Como la duración de la luz ámbar de un semáforo, activa el botón de inicio del controlador de intervalos por evocación de dos respuestas encefálicas²:

- 1) Induce a un conjunto particular de células nerviosas corticales, que se suelen activar a distintos ritmos, para, en su lugar, actuar momentáneamente juntas.

- 2) Obliga a las neuronas de la sustancia negra a liberar el neurotransmisor dopamina.

Ambas actividades estimulan el núcleo estriado para controlar estos patrones de impulsos, hasta después de que las células reanuden sus ritmos de excitación normales asíncronos. Por tanto, las células corticales actúan de forma sincrónica al comienzo del intervalo.²

3.1.4 Ritmos circadianos

En 2017 Jeffrey C.Hall, Michael Rosbash y Michael W. Young ganaron el premio nobel al descubrir los mecanismos moleculares que regulan el ritmo circadiano. “Antes de que la atmosfera tuviera su composición actual, la tierra giraba sobre su eje, y el ciclo de luz y oscuridad tuvo un impacto en los inicios de la vida” así se manifestó Rosbash al ser galardonado.¹⁴

El ritmo circadiano es como una red de relojes internos que coordinan el organismo en un ciclo de 24hrs.² Ya que los fluidos y los tejidos corporales funcionan de acuerdo con los ritmos circadianos, las capacidades físicas, mentales y los estados de ánimo pueden variar ampliamente de un día y otro. Para actuar de acuerdo con el reloj de 24 horas, el sistema circadiano debe tener un indicador del tiempo del entorno.² Ese indicador suele ser la luz del sol, que ajusta el reloj cada día y sincroniza el complejo conjunto de ritmos corporales. Uno de los cronometradores internos más importantes se localiza en el hipotálamo.²

El SNC es el marcapasos del ritmo circadiano; envía mensajes eléctricos y químicos a las otras partes del cerebro, incluyendo al hipotálamo, la hipófisis, la glándula pineal y a otras partes del tronco del encéfalo. Estas estructuras encefálicas envían mensajes hormonales a otros sistemas de control en el organismo, como el corazón, las glándulas suprarrenales, el hígado, los riñones y los intestinos, manteniéndolos regulados con el reloj interno y modulando pensamientos, estados de ánimo, funciones corporales y actividades humanas.²

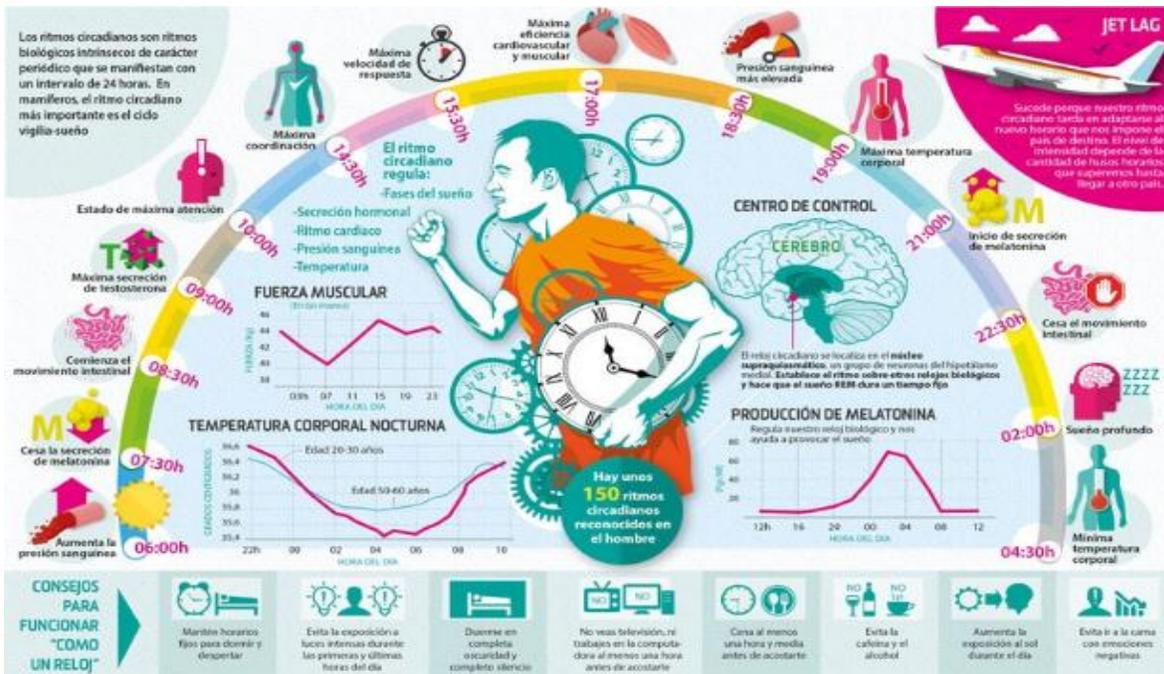


Imagen 8. Representación gráfica de los ritmos circadianos.

3.1.5 Sueño

El sueño, fenómeno fascinante para el ser humano, definirlo suele resultar complejo, por qué, se asocia con la cosmovisión de quien lo defina, pero lo cierto, es que es un proceso fisiológico fundamental o vital de nuestra vida.

El sueño presenta ciertas características conductuales, como la disminución de la conciencia y reactividad a los estímulos externos, se trata de proceso fácilmente reversibles (lo cual lo diferencia de otros estados patológicos como el estupor y el coma), se asocia a inmovilidad y relajación muscular, suele presentarse con una periodicidad circadiana (diaria), durante el sueño los individuos adquieren una postura estereotipada, y la ausencia de sueño (privación), induce distintas alteraciones conductuales y fisiológicas, además de que genera una "deuda" acumulativa de sueño que eventualmente deberá recuperarse.¹⁶ Esta parte de nuestra vida requiere condiciones adecuadas, si estas no son las indicadas, ocurren alteraciones del fenómeno o ciertos trastornos, que podrían ser indicadores de salud en los trastornos mentales.

Las investigaciones actuales han demostrado que el sueño es regulado a través de diversas sustancias y neurotransmisores cerebrales estimulantes: dopamina y norepinefrina, histamina, orexina, glutamato; sustancias y neurotransmisores cerebrales inhibitorias: GABA, adenosina, glicina; y sustancias y neurotransmisores regulatorias: acetilcolina, serotonina y melatonina, que pueden verse afectados en diversas patologías y trastornos.¹⁷

Todas estas variables permiten determinar los estadios del sueño: fase 1 o de sueño superficial con actividad cerebral con patrón alfa combinado con theta de baja amplitud, fase 2 de sueño en que se presenta un bloqueo del ingreso de la información sensorial con actividad cerebral predominantemente theta y con presencia de los husos de sueño y los complejos K, fase 3 donde se evidencia un sueño profundo con actividad cerebral delta y marcada disminución del tono muscular, fase REM (Rapid EyeMovement) con actividad cerebral theta de baja amplitud y atonía muscular. En las fases 3 y REM es cuando se producen las ensoñaciones.¹⁷

La necesidad del sueño fluctúa en cada grupo etario, acorde a las necesidades fisiológicas presentes, el tiempo habitual de sueño es de 8 horas, pero existen distintos factores biológicos y psicosociales que modifican nuestro horario y tiempo habitual de sueño, debido a que hay personas que duermen más o menos de lo antes estipulado. La revisión postula que el sueño está relacionado con los ritmos circadianos debido a los cambios entre luz y oscuridad, así como, trastornos mentales como depresión, entre otras.² Este proceso fisiológico llevado de manera adecuada es necesario para una salud óptima.

3.1.6 Psiconeuroinmunología

Esta rama de las neurociencias es un campo científico interdisciplinar abocada al estudio e investigación de los mecanismos de interacción entre la conducta y los sistemas responsables de mantener homeostático el organismo, los tres sistemas encargados de mantener la homeostasis son: el nervioso, endocrino y el inmune.

La comunicación entre estos sistemas utiliza un lenguaje bioquímico a través de sustancias producidas por esos mismos sistemas, entre las que principalmente se encuentran las hormonas, los neurotransmisores y las citosinas.¹⁸

El condicionamiento de la respuesta inmune está edificado sobre los mismos principios del paradigma del condicionamiento clásico descrito por Iván P. Pavlov en 1928, en el que, un estímulo ambiental que por sí mismo no produce reacción inmunológica alguna (estímulo condicionado, EC), se asocia con sustancias que estimulan o suprimen la función inmune para finalmente, al presentar el EC solo, provoca la respuesta inmunológica apropiada.¹⁹

La relación entre los tres sistemas es compleja y notable. Entre ellas encontramos: funciones localizadas en el cerebro que contribuyen a la emisión de la respuesta inmune; que la superficie de las membranas de algunos inmunocitos contienen receptores para una determinada cantidad de hormonas, neuropéptidos y neurotransmisores; y también que el timo, el bazo, los nódulos linfáticos o la médula ósea, que son controlados por fibras noradrenérgicas del sistema nervioso simpático, están también bajo el control del sistema nervioso autónomo. Los estudios han mostrado cómo factores genéticos, el sistema neuroendocrino, el sistema nervioso, el sistema inmune, las emociones, la personalidad y la conducta, están implicados en las respuestas a las bacterias y las infecciones por virus.¹⁸

Los factores psicosociales pueden tener un profundo efecto sobre el sistema inmunitario de las personas. Los factores estresantes en particular y el estado mental asociado con ellos. Puede deprimir la función inmunitaria hasta el punto de favorecer la vulnerabilidad para casi cualquier antígeno al que se exponga la persona. El sistema nervioso central está implicado en dicha situación.

El cerebro y el sistema inmunitario se envían continuamente señales entre ellos, usando a menudo las mismas rutas, lo que puede explicar cómo el estado de la mente influye en la salud.²

3.1.7 Genética

La complejidad de los fenómenos de salud mental y de trastornos mentales es de gran magnitud y a lo largo de la historia han sido numerosas las teorías que intentaron explicar la influencia de factores genéticos, ambientales y sociales, sus interacciones recíprocas y su importancia relativa.²⁰

La investigación sobre la genética de las enfermedades mentales es continua para demostrar que los factores genéticos y familiares subyacen en la mayoría de las principales enfermedades psiquiátricas.²

La complejidad de un gen que a veces produce un trastorno psiquiátrico, no siempre lo ocasiona la presencia de varios genes diferentes puede ser necesaria para producir trastornos psiquiátricos. Los factores no genéticos también contribuyen al desarrollo de un trastorno, generando discusión y controversia en el campo sobre si el factor genético es determinante, o no, postulando en la revisión como agentes causales multifactoriales para desarrollar un trastorno mental.* art

La interacción genético-ambiental se refiere a situaciones donde el fenotipo puede deberse a efectos de genes, cuya acción, está influida por variaciones en el ambiente. La expresión génica está ligada al contexto medioambiental: los genes marcan los límites de lo posible, los medioambientes determinan lo que se manifiesta en la realidad.²⁰

El personal de enfermería se encuentra a menudo en la situación de responder a preguntas de los pacientes y de sus familiares sobre la genética de la enfermedad mental, y puede, de manera objetiva, comunicar la evidencia hasta la fecha, recordando al mismo tiempo que se trata de una información preliminar. De igual forma, esta información debe ser comunicada con el mayor respeto para la autonomía del paciente y de su familia. Hay que considerar la remisión a un genetista, cuando las preguntas sean persistentes y complejas.²

3.1.8 Trastornos Psiquiátricos.

“Tengo que conocer a la otra persona y a mí mismo objetivamente, para poder ver su realidad, o, más bien, para dejar de lado las ilusiones, mi imagen irracionalmente deformada de ella.” Erich Fromm.

EL ser se compone de aspectos inherentes como emociones y sentimientos a través de sus experiencias forma su cosmovisión y su moldea su forma de afrontar el pasado, el presente y el futuro con base a decisiones de la vida diaria o cotidianas.

Cuando una persona padece un trastorno, el sentimiento o condición se convierte en algo que no le permite seguir con su vida diaria y que empeora a través del tiempo, afectando de distinta manera en todas sus esferas.

DSM IV (Definición):

Síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que parece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo de significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej. La muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una defunción comportamental.⁷

DSM V (Definición):

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente

anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente.²¹

3.1.8.1 Trastorno de Ansiedad.

La ansiedad es un sentimiento inherente al ser humano. Este sentimiento se presenta en nuestras vidas en innumerables circunstancias, cuando afrontamos problemas, al presentar un test o cuando tenemos que tomar una decisión, este grado de ansiedad se podría considerar normal.

La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o con síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.²² En México la ansiedad es considerada la primera causa de consulta psiquiátrica.

Clasificación o tipos de ansiedad: ²¹

- ✚ Trastorno de ansiedad generalizada (6 meses min.)
- ✚ Trastorno de ansiedad por separación
- ✚ Mutismo selectivo
- ✚ Fobia específica
- ✚ Trastorno de ansiedad social
- ✚ Trastorno de pánico
- ✚ Agorafobia
- ✚ Trastorno de ansiedad inducido por sustancias / medicamentos.
- ✚ Trastorno de ansiedad debido a otra afección
- ✚ Otro trastorno de ansiedad especificado

La ansiedad afecta los procesos los procesos del pensamiento, la percepción y el aprendizaje. Llega a provocar confusión y distorsiones de la percepción (Orientación, tiempo y espacio) de la realidad del entorno y de las personas,

interfiriendo con la capacidad de aprendizaje, análisis, concentración y afectando la funcionalidad del individuo, siendo este un problema de carácter multifactorial.

Etiología

La etiología de la ansiedad es multifactorial, se apoya de diferentes teorías que proporcionan distintas perspectivas para su abordaje.²

- ✚ **Teoría genética:** La teoría postula que un factor genético, el gen 5 HTTP (Serotonina), contribuye a la aparición de trastornos de ansiedad.
- ✚ **Teoría biológica:** Postula que la serotonina en específico contribuye del trastorno, cuando este neurotransmisor actúa de manera excesiva en regiones neuroanatómicas como el hipotálamo, tálamo, núcleo del rafe, ganglios basales y sistema límbico.
- ✚ **Teoría psicoanalítica:** Esta teoría tiene como bases fundamentales postulaciones de Sigmund Freud, proponiendo que la ansiedad es el resultado de estímulos y conflictos que afecten de manera importante la conducta de la persona provocando sentimientos negativos o malestar que produzcan ansiedad.
- ✚ **Teoría cognitivo – conductual:** Esta teoría fue elaborada por Aron Beck y postula que la ansiedad es una respuesta que se aprende de manera condicionada a situaciones de estrés como el peligro.
- ✚ **Teoría sociocultural:** Esta teoría postula un autoconcepto bajo durante el desarrollo de su personalidad.

Diagnóstico.

Las valoración a la persona constituyen desde pruebas físicas a pruebas de laboratorio, siempre que se sospeche de este trastorno para determinar su posible asociación. Si el trastorno de ansiedad se diagnostica, se establece el patrón de síntomas y sus condiciones coexistentes como depresión o abuso de sustancias.

Los cuadros clínicos que presentan ansiedad patológica más frecuentemente son: las crisis de angustia, la ansiedad generalizada y los trastornos fóbicos.

Síntomas clínicos.

La ansiedad fluctúa en intervalos denominados niveles de ansiedad.²

Normal	Moderada
Euforia	Grave
Leve	Estado de angustia

1.- Las manifestaciones o sensaciones somáticas. Dentro de las que podemos señalar las siguientes: ²²

Aumento de la tensión muscular	Midriasis
Mareos	Palpitaciones
Sensación de “cabeza vacía”	Parestesias temblor
Sudoración	Molestias digestivas
Hiperreflexia	Incontinencia urinaria
Fluctuaciones de la T/A	Diarrea
Taquicardia	Síncope

2.- Los síntomas psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos) como: ²²

Intranquilidad	Ideas catastróficas
Inquietud	Deseo de huir
Nerviosismo	Temor a perder la razón o control
Preocupación excesiva	Miedos irracionales
Preocupación desproporcionada	Sensación de muerte inminente

Criterios de diagnóstico según el DSM V de trastorno de ansiedad generalizado: ²¹

Criterios de diagnóstico “Trastorno de ansiedad generalizada”. 300.02 (F41.1) ²¹	
A	Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses en relación con diversos sucesos o actividades o actividades. (como en la actividad laboral o escolar).
B	Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
C	La ansiedad y la preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

D	La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
E	La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
F	La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Criterios de diagnóstico “Fobia específica”²¹	
A	Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej. Volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre.)
B	El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
C	El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
D	El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
E	El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
F	El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
G	La alteración no se explica mejor los síntomas de otros trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como el trastorno de la ansiedad social.
Codificación y registro.²¹	
Especificar si (basándose en el estímulo fóbico) :	
300.29 (F40.218) Animal (p. ej., arañas, insectos, perros)	300.29 (F40.228) Entorno natural (p. ej., alturas, tormentas, agua)
300.29 (F40.23x) Sangre inyección herida (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos)	

Nota de codificación:

Seleccionar el código CIE-10-MC específico como sigue: F40.230 miedo a la sangre; F40.231 miedo a las inyecciones y transfusiones; F40.232 miedo a otra atención médica; o F40.233 miedo a una lesión.

300.29 (F40.248) Situacional (p. ej., avión, ascensor, sitios cerrados)

300.29 (F40.298) Otra (p. ej., situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos; en niños, p. ej., sonidos ruidosos o personajes disfrazados).

Cuando está presente más de un estímulo fóbico, se debe hacer constar todos los códigos CIE-10-MC aplicables (p. ej., miedo a las arañas y a viajar en avión, F40.218 fobia específica, animal y F40.248 fobia específica, situacional)

Criterios de diagnóstico “Trastorno de ansiedad inducido por una sustancia / medicamento”.²¹

A	Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico
B	Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física los análisis de laboratorio de 1 y 2:
1	Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
2	La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
C	El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno de ansiedad independiente pueden incluir lo siguiente: Los síntomas anteceden al inicio del consumo de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).
D	El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
F	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar

Con inicio durante la intoxicación: Este especificador se aplica si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.

Con inicio durante la abstinencia: Este especificador se aplica si se cumplen los criterios de abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante, o poco después, de la retirada.

CIE 10 - MC				
CIE - 9 - MC		Con trastorno leve consumo leve	Con trastorno por consumo moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Alcohol	291.89	F10.180	F 10.280	F 10.980
Cafeína	292.89	F15.180	F 15.280	F 15.980
Cannabis	292.89	F12.180	F 12.280	F 12.980
Fenciclidina	292.89	F16.180	F 16.280	F 16.980
Otro. Alucinógeno	292.89	F16.180	F 16.280	F 16.980
Inhalante	292.89	F18.180	F 18.280	F 1.980
Opiáceo	292.89	F11.180	F 11.280	F 10.980
Sedante, hipnótico o ansiolítico	292.89	F13.180	F 13.280	F 13.980
Anfetamina (u otro estimulante)	292.89	F15.180	F 15.280	F 15.980
cocaína	292.89	F14.180	F 14.280	F 14.980
Otras sustancia (o sustancia desconocida)	292.89	F19.180	F 19.280	F 19.980

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica 293.84 (F06.4)²¹	
A	Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
Otro trastorno de ansiedad especificado	
B	Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
C	La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental
D	El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional
E	El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Otro trastorno de ansiedad especificado 300.09 (F41.8):

Algunos ejemplos de presentaciones que se puede especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:²¹

- ✚ **Ataques sintomáticos limitados**
- ✚ **Ansiedad generalizada que no se produce en mayor número de días que los que no está presente**
- ✚ **Khyâl cap (ataque del viento)**
- ✚ **Ataque de nervios**

Otro trastorno de ansiedad no especificado 300.00 (F41.9):

Según el DSM V, la categoría del trastorno de ansiedad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).²¹

Tratamiento

Terapias:

- ✚ Terapia interactivas (psicoterapia)
- ✚ Terapia alternativas y conductuales
- ✚ Ejercicio
- ✚ Meditación
- ✚ Terapia de implosión
- ✚ Hipnosis
- ✚ Desensibilización sistemática
- ✚ Ejercicios de relajación.

Farmacológica:

Los psicótopos están, normalmente reservados para casos de ansiedad con síntomas moderados a graves, especialmente, cuando el trastorno altera notablemente la función del paciente.²

En el tratamiento farmacológico se emplean normalmente benzodiazepinas, antidepresivos, ansiolíticos, betabloqueantes y en algunos casos neurolepticos.²

Benzodiazepinas	
Nombre genérico	Dosis terapéutica mg/día
Alprazolam	0.5 a 8
Clonazepam	0.5 a 20
Diazepam	2 a 40
Lorazepam	1.0 a 10

ISRS, IRNS y Atípicos	
Nombre genérico	Dosis terapéutica mg/día
Fluoxetina	20 – 50
Citalopram	10 a 60
Fluvoxamina	50 a 300
Venlafaxina	75 a 350

Betabloqueantes	
Nombre genérico	Dosis terapéutica mg/día
Atenolol	50 a 200
Propranolol	40 a 120

Antihistamínicos	
Nombre genérico	Dosis terapéutica mg/día
Difenhidramina	25 a 300
Clorhidrato de hidroxina	10 a 100
Pamoato de hidroxina	25 a 100

3.1.8.2 Trastorno Depresivo.

Es un trastorno que se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría considerarse de una afectación global psíquica y física, haciendo énfasis en la esfera afectiva.²

Etiología

La causa del trastorno depresivo es incierta, existen diferentes teorías, sin embargo con base a la revisión previa, un trastorno mental de cualquier índole es ocasionado por agentes multifactoriales desencadenantes.²

- ✚ Teorías psicosociales: Tratan de explicar la vida mental de las personas a través de su cosmovisión y sus relaciones interpersonales.
- ✚ Teoría interpersonal: explica el modo en que una persona con depresión vive el duelo, a través de distintos enfoques psicodinámicos aborda el modo de como las personas afrontas las tareas del desarrollo y el estrés (enfoque ambiental).
- ✚ Teoría biológica: Explica que existe una atribución genética que predispone a la persona a padecer el trastorno depresivo.

Diagnostico (Se consideran los criterios de diagnóstico con base al DSM V.)

Criterios de diagnóstico “Trastorno depresivo mayor.”²¹	
A	Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.
1	Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
2	Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
3	Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución

	del apetito caso todos los días	
4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.	
5	Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.	
6	Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	
7	Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el Autorreproche o culpa por estar enfermo).	
8	Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).	
9	Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.	
B	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	
C	El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.	
D	El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.	
E	Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.	
Especificar de gravedad / curso		
Leve	Moderado	Grave
Especificar		
Con ansiedad		
Con características mixtas		
Con características melancólicas		
Con características atípicas		
Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo		
Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo		
Con catatonía		
Con inicio en el periparto		
Con patrón estacional		
Codificación y registro.		
Especificador de gravedad/ curso	Episodio único	Episodio recurrente
Leve	296.21	296.31
Moderado	296.22	296.32
Grave	296.23	296.33
Con características psicóticas	296.24	296.34
En remisión parcial	296.25	296.35
En remisión total	296.26	296.36
No especificado	296.20	296.30

Criterios de diagnóstico Trastorno depresivo persistente (Distimia) 300.4 (F34.1)²¹		
En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.		
A	Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.	
B	Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Poco apetito o sobrealimentación 2. Insomnio o hipersomnia 3. Poca energía o fatiga 4. Baja autoestima 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. 6. Sentimientos de desesperanza. 	
C	Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.	
D	Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años	
E	Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.	
F	La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.	
H	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras aéreas importantes funcionamiento.	
Especificar de gravedad actual		
Leve	Moderado	Grave
Especificar		
Con ansiedad		
Con características mixtas		
Con características melancólicas		
Con características atípicas		
Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo		
Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo		
Con catatonía		
Con inicio en el periparto		
Especificar sí:		
En remisión parcial		
En remisión total		
Especificar sí:		
Inicio temprano		
Inicio tardío		
Especificar sí (durante la mayor parte de los dos años más recientes del		

trastorno depresivo persistente)	
Con síndrome distímico puro: No se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.	
Con episodio de depresión mayor persistente: Se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante los dos años anteriores.	
Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual: Actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido períodos de al menos 8 semanas en por lo menos los dos años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio de depresión mayor completo.	
Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual: Actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.	

Criterios de diagnóstico “Trastorno disfórico premenstrual”. 625.4 (N94.3)²¹	
A	En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del trastorno disfórico pre menstrual. Inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.
B	Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes:
1	Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor; de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al re-chazo).
2	Irritabilidad intensa, o enfado o aumento de los conflictos interpersonales.
3	Estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
4	Ansiedad, tensión, y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.
C	Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de 5 síntomas cuando se combinan con los síntomas del criterio B
1	Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).
2	Dificultad subjetiva de concentración.
3	Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
4	Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
5	Hipersomnia o insomnio
6	Sensación de estar agobiada o sin control
7	Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso.
D	Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la

	productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).
E	La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad.
F	El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos.
G	Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej. Hipertiroidismo).
Procedimiento de registro.	
Si los síntomas no se han confirmado mediante evaluaciones diarias prospectivas de al menos dos ciclos sintomáticos, se debería indicar “provisional” después del nombre del diagnóstico (es decir, “trastorno disfórico premenstrual, provisional”).	

Criterios de diagnóstico “Trastorno depresivo inducido por una sustancia / medicamento”.²¹				
A	Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable de interés o placer por todas o casi todas las actividades			
B	Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de 1 y 2:			
1	Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.			
2	La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.			
C	El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente pueden incluir lo siguiente:			
Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).				
Especificar				
Con inicio durante la intoxicación: Si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.				
Con inicio durante la abstinencia: Si se cumplen los criterios de abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante, o poco después, de la retirada				
CIE 10 - MC				
CIE – 9 - MC		Con trastorno leve consumo leve	Con trastorno por consumo moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Alcohol	291.89	F10.14	F 10.24	F 10.94
Fenciclidina	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Otro.	292.84	F16.14	F16.24	F16.94

Alucinógeno				
Inhalante	292.84	F18.14	F18.24	F18.94
Opiáceo	292.84	F11.14	F11.24	F11.94
Sedante, hipnótico o ansiolítico	292.84	F13.14	F13.24	F13.94
Anfetamina (u otro estimulante)	292.84	F15.14	F15.24	F15.94
cocaína	292.84	F14.14	F14.24	F14.94
Otras sustancia (o sustancia desconocida)	292.84	F19.14	F19.24	F19.94

“ Trastorno depresivo debido a otra afección médica” ²¹	
A	Un periodo importante y persistente de estado de ánimo deprimido o de una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.
B	Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
C	La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica).
D	El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional
E	El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Otro trastorno depresivo específico (311 (F32.8)).

Algunos ejemplos de presentaciones que se puede especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes: ²¹

1. **Depresión breve recurrente:** Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.

2. **Episodio depresivo de corta duración (4–13 días):** Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.
3. **Episodio depresivo con síntomas insuficientes:** Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para depresión breve recurrente.

Tratamiento

Terapias:

1. Psicoterapia dinámica breve
2. Terapia conductual
3. Terapia cognoscitiva
4. Psicoterapia interpersonal
5. Terapia marital o familiar

Terapia electroconvulsiva: la Terapia Electroconvulsiva (TEC) es una técnica de tratamiento que se realiza mediante la electricidad al inducir una activación de las neuronas del sistema nervioso central, que debe ser repetida un determinado número de veces, para el tratamiento de algunas enfermedades psiquiátricas.²

La principal indicación de TEC es la depresión.²

Farmacológica:

En el tratamiento farmacológico se emplean 3 clases principales de antidepresores: tricíclicos.²

Antidepresores Tricíclicos	
Modifican la reacción del encéfalo a los neurotransmisores noradrenalina y serotonina. Efectos secundarios: aumento de peso, resequeadad bucal, nauseas, diarrea o estreñimiento, somnolencia y problemas cardiovasculares	
Nombre genérico	Dosis terapéutica mg/día
Imipramina	50 a 100 a 250 a 300
Amitripina	75 a 300
Doxepina	50 a 100 a 300
Desipramina	100 a 300
Nortriptilina	75 a 150

Antidepresores IMAO	
Inhiben irreversiblemente las dos formas enzimáticas (A y B) de la MAO. Efectos secundarios: Hipertensión, aumento de peso, resequeadad bucal, nauseas, diarrea o estreñimiento, somnolencia.	
Nombre genérico	Dosis terapéutica mg/día
Fenelcina	45 a 60
Tranilcipromina	20 a 40

Antidepresores ISRS	
Inhiben la recaptación de dos aminas 5-ht y NA Efectos adversos: Efectos anticolinérgicos, efectos hipotensores y cardiovasculares, efecto más común somnolencia.	
Nombre genérico	Dosis terapéutica mg/día
Fluoxetina	20
Sertralina	50 a 150
Paroxetina	20 a 50
Fluvoxetina	100

3.1.8.3 Trastorno relacionados con sustancias y trastornos adictivos

El ser humano, a través del tiempo, tiene múltiples referencias de consumo y abuso de sustancias psicoactivas como el alcohol, opio o cannabis etc. Con propósitos tan antiguos como las civilizaciones, hicieron uso de las sustancias con fines religiosos o recreativos.

Cuando se habla de sustancias psicoactivas los términos empleados pueden causar confusión debido a su conexión o unilateralidad, pero la literatura según el DSM V, exhorta al trastorno a ser más específico y concreto.

El término “adicción” es referido como una enfermedad crónica y neurobiológica, con multifactores determinantes, como, genéticos, psicosociales y ambientales. Con manifestaciones conductuales caracterizadas por problema en el control de uso de sustancias de manera compulsiva o craving (deseo de consumo).²³

Otro término a considerar es la dependencia física la cual se entiende "un estado de adaptación que se manifiesta para cada tipo de droga por un síndrome de abstinencia que se puede producir por un cese abrupto, reducción rápida de la dosis, disminución de los niveles de la droga en sangre y/o administración de un antagonista".²³

El DSM V no considera adicción y dependencia como términos diagnósticos.

Los trastornos por el uso de sustancias generalmente implican patrones de comportamiento en los que las personas continúan consumiendo una sustancia a pesar de experimentar problemas derivados de ello.

Intoxicación por Sustancias

Se caracteriza por presentar un conjunto de síntomas reversibles que varían en función de la sustancia consumida. Incluye la presencia de cambios conductuales como irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognitivo, social y laboral, que se presentan durante el consumo o poco tiempo después.

Abstinencia de Sustancias

Se caracteriza por presentar un conjunto de síntomas a causa de la interrupción o reducción de su consumo masivo y prolongado. Los síntomas son específicos del tipo de sustancia y causan malestar significativo y deterioro laboral, social y familiar del individuo.²¹

Trastornos Mentales Inducidos por Sustancias

- ✚ Delirium inducido por sustancias.
- ✚ Demencia persistente.
- ✚ Trastorno amnésico persistente.
- ✚ Trastorno psicótico.
- ✚ Trastorno del estado de ánimo.
- ✚ Trastorno de ansiedad.
- ✚ Trastornos sexuales.
- ✚ Trastornos del sueño.

Otros Trastornos Relacionados con Sustancias

- ✚ Trastornos relacionados con el alcohol.
- ✚ Trastornos relacionados con alucinógenos.
- ✚ Trastornos relacionados con anfetaminas.
- ✚ Trastornos relacionados con cafeína.
- ✚ Trastornos relacionados con cocaína.
- ✚ Trastornos relacionados con Fenciclidina.
- ✚ Trastornos relacionados con inhalantes.
- ✚ Trastornos relacionados con nicotina.
- ✚ Trastornos relacionados con opiáceos.
- ✚ Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

3.1.9 Proceso de Enfermería.

3.1.9.1 Pensamiento crítico

El pensamiento crítico es un proceso intencionado, un criterio autorregulado que produce interpretaciones, análisis, evaluación e inferencia, así como una

Explicación de las consideraciones conceptuales, metodológicas, criteriológicas, contextuales o sobre evidencias, en las que se basa dicho criterio».

En el contexto enfermero, la National League for Nursing (NLN) ha resaltado que “el pensamiento crítico en la práctica de la enfermería es un proceso de razonamiento reflexivo específico de la disciplina que orienta al profesional de enfermería para generar, aplicar y evaluar enfoques de cara a abordar la atención a los pacientes y las inquietudes profesionales”.²⁴

El pensamiento crítico impulsa de forma cognitiva la actividad artística intelectual de la creatividad.²⁴

Los profesionales de enfermería usan el pensamiento crítico En el pensamiento crítico, el profesional de enfermería diferencia las declaraciones de los hechos, la inferencia, el juicio y la opinión y para ayudarse a analizar situaciones y establecer qué premisas son válidas.²⁴

Cuando se aplica un pensamiento intencionado dentro del contexto de la enfermería, se crea una relación entre las competencias, las actitudes y las normas asociadas con el pensamiento crítico y el proceso de enfermería, el proceso de resolución de problemas y el de toma de decisiones²⁴

3.1.9.2 Proceso de Enfermería

Definición

El proceso de enfermería es un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería.²⁴

El proceso de enfermería es un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería individualizada. Las fases del proceso de enfermería son valoración, diagnóstico, planificación, aplicación y evaluación.²⁴

Objetivo

Identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades.

El proceso de enfermería es cíclico; es decir, que sus componentes siguen una secuencia lógica, pero puede intervenir más de un componente a la vez. Al final del primer ciclo, la asistencia puede terminar si los objetivos se han alcanzado, o el ciclo puede continuar con una re evaluación, o el plan asistencia puede modificarse.²⁴

Características

- ✚ Naturaleza cíclica y dinámica.
- ✚ Sentimiento del paciente: ser el centro de todo.
- ✚ Enfoque en la resolución de los problemas y la toma de decisiones.
- ✚ Estilo interpersonal y colaborador.
- ✚ Aplicabilidad universal.
- ✚ Uso del pensamiento crítico.

Etapas del proceso atención de enfermería:

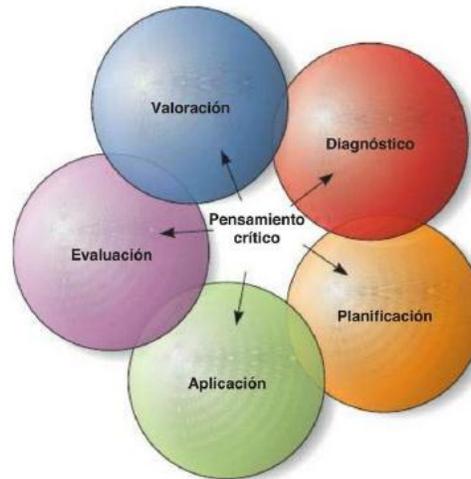


Imagen 10. Las cinco fases solapadas del proceso de enfermería. Cada fase depende de la precisión de las o tras fases Cada una de ellas implica un pensamiento crítico²⁴

Valoración

La valoración es el primer paso de la identificación de problemas, donde se reúne la información sobre un individuo y/o grupo, con la finalidad de identificar diagnósticos de enfermería o problemas y necesidades de cuidados. *artLos factores son importantes en la valoración del enfermo, con el objetivo de formular los diagnósticos enfermería y planear y proporcionar la atención para los cuidados de enfermería en la salud mental. ²

Tipos de valoración

- ✚ **Inicial:** Se realiza en el momento especificado después del ingreso en una institución de salud, con el objetivo de establecer una base datos completa para la identificación del problema.
- ✚ **Focalizada:** Proceso integrado en la asistencia de enfermería, con la finalidad de determinar el estado de un problema identificado en la primera valoración.

- ✚ **Urgente:** Durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente, con el objetivo de identificar problemas peligrosos para la vida o que pasaron por alto.
- ✚ **Revaloración:** Al cabo de un tiempo varios meses después de la valoración inicial, con el objetivo de comparar el estado actual del paciente con los datos basales obtenidos de manera previa.

Proceso sistemático de recogida de datos:

Obtención de datos.

Es el proceso de adquisición de la información sobre el estado de salud del paciente.²⁴

- ✚ **Subjetivo** (síntomas o datos recubiertos): Son los transmitidos por el paciente y solo él puede describir (dolor, prurito...).
- ✚ **Objetivo** (signos o datos manifestados): Son los datos que se observan realizada por la persona que recoge los datos. (Eritema, vesículas).

Métodos de recogida de datos:

- ✚ **Observación:** La observación es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado.
- ✚ **Entrevistas:** es una comunicación planificada o una conversación con un objetivo, por ejemplo, para obtener o dar información, identificar problemas mutuos, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo o dar consejo o tratamiento. Un ejemplo es la anamnesis de enfermería que forma parte de la valoración del ingreso.
- ✚ **Exploración física:** Es un método sistemático, que usa la observación y técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

Estadios de una entrevista:

Una entrevista tiene tres estadios principales: la apertura o introducción, el cuerpo o desarrollo y el cierre.²⁴

- ✚ **Apertura:** Se considera parte angular de la entrevista, porque lo que se dice y se hace en ese momento establece el tono para el resto de lo misma con el objetivo de establecer una buena relación y orientar al entrevistado.²⁴ se puede aplicar técnicas de diálogo como el “rappot”.
- ✚ **Cuerpo:** En esta etapa de la entrevista, el paciente expresa lo que piensa, siente y percibe en respuesta a las preguntas del profesional de enfermería.
- ✚ **Cierre:** Una vez obtenida la información relevante, esta fase es de suma importancia para mantener una relación de confianza y crecimiento para futuras interacciones.

Validación de datos

La validación es el acto de “comprobar dos veces” o verificar los datos para confirmar que son precisos y objetivos. Este paso garantiza que la información sea correcta y completa.²⁴

Registrar datos

El profesional de enfermería registra los datos del paciente. El registro preciso es fundamental, y debe incluir todos los datos recogidos sobre el estado de salud del paciente. Para aumentar la precisión, el profesional de enfermería registra los datos subjetivos con las propias palabras del paciente entre comillas.²⁴

Identificación de los problemas

Expediente clínico: es un documento legal que maneja el equipo de salud, en el cual se concentra la historia clínica del paciente.

Registros de enfermería al problema.

Diagnóstico de enfermería

El término diagnosticar se refiere al proceso de razonamiento mientras que el término diagnóstico es una declaración o conclusión respecto a la naturaleza del fenómeno. Los nombres estandarizados de la NANDA para los diagnósticos se llaman etiquetas diagnósticas, y la declaración del problema del paciente, que consiste en la etiqueta en la etiqueta diagnóstica más la etiología, se llama diagnóstico de enfermería.²⁴

El diagnóstico de enfermería proporciona la base para seleccionar las intervenciones de enfermería para conseguir resultados de los que el profesional de enfermería es responsable considerando como foco el problema del paciente o su situación.²⁴

Estados de los diagnósticos

Las clases de diagnósticos de enfermería de acuerdo con el estado son: actual, promoción de la salud, riesgo y bienestar.²⁴

- ✚ **Diagnóstico actual:** Es un problema del paciente que está presente en el momento de la valoración de enfermería.
- ✚ **Diagnóstico de promoción a la salud:** Está relacionado con la preparación de los pacientes para aplicar conductas que mejoren su estado de salud.
- ✚ **Diagnóstico de riesgo:** Es un juicio clínico de que un problema no existe, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que aparezca a no ser que el profesional de enfermería intervenga.
- ✚ **Diagnóstico del bienestar:** Describe las respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familia o comunidad.

Tipos de diagnósticos

Gordon planteó el formato **P.E.S** para enunciar y confirmar diagnósticos.

- ✚ **(P)** es el problema
- ✚ **(E)** la causa o etiología
- ✚ **(S)** los signos y síntomas

Este formato P.E.S es valioso porque identifica el problema y su etiología, además añade el concepto de validación, por la inclusión de los signos y síntomas.

- ✚ **Diagnóstico Real:** Estado que está presente, que existe, validado por signos y síntomas “mayores”.
- ✚ **Diagnósticos de riesgo:** Describe la vulnerabilidad o susceptibilidad de la persona. Validados por los factores contribuyentes (riesgo).
- ✚ **Diagnóstico potencial:** Describe un problema que la enfermera sospecha que puede estar presente pero que requiere una recogida de datos, adicional, para destacar o confirmar su presencia, (no hay unos factores reales).

Problemas interdisciplinarios

Describe un problema potencial o real que aparecer como complicación fisiológica.
Relacionado con:

- ✚ Enfermedades primarias: enfermedad base (enfermedad secundaria se produce después).
- ✚ Pruebas diagnósticas

Destrezas necesarias para el diagnóstico.

- ✚ Conocimiento de los resultados de los seres humanos.
- ✚ Conocimientos de los elementos del diagnóstico de enfermería.
- ✚ Conocimiento de la taxonomía diagnóstica.
- ✚ Conocer y reconocer los datos identificados.
- ✚ Contar con la posibilidad de error diagnóstico.

Componentes de los diagnósticos NANDA:

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptados por la NANDA para la formulación descripción diagnóstica, en 1990 su novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene cuatro componentes.

Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o termino que representa un patrón.

- 1) **Definición:** expresa un significado claro o preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- 2) **Características definitorias:** Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, esta es la que nos da significado propiamente del diagnóstico, el título sólo es sugerente.
- 3) **Características definitorias:** Las características que definen los diagnósticos reales, son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas presentes que se han calificado como secundarios, están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se considera evidencia necesaria del problema.
- 4) **Factores etiológicos y contribuyentes o factores d riesgo:** se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que puede influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluye en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo:
 - ✚ Factores fisiopatológicos (biológicos y psicológicos). Shock. Anorexia nerviosa.
 - ✚ Factores de tratamiento (terapias, pruebas, diagnósticos, medicación, etc.)
 - ✚ Factores de medio ambiente como, expuesto a residuos tóxicos, etc.

Planificación

Consiste en elaborar un plan de acción con el fin de prevenir, reducir o solucionar los problemas de salud identificados en el paciente.

Plan de cuidados

En el plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen, es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello.

La finalidad de los planes de cuidado está dirigida a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- ✚ Los cuidados individualizados.
- ✚ La continuidad de los cuidados.
- ✚ La comunicación.
- ✚ La evaluación.

Partes que componen los planes de cuidados.

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- ✚ Diagnósticos de enfermería/ problemas interdependientes.
- ✚ Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado).
- ✚ Ordenes de enfermería (actividades).
- ✚ Evaluación (informe de evaluación).

Ejecución

Es la puesta en práctica de lo planeado en la fase anterior. Las fases de planeación y ejecución tiene una relación muy estrecha y en la práctica se puede encontrar dificultad en marcar la diferencia, la clave está en que durante la planificación se proponen las actividades, y en la ejecución se ponen en práctica, en los registros del plan de cuidados se anotaran las respuestas del paciente a las actividades de enfermería.

Evaluación

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

La identificación de los resultados esperados, que da dirección y enfoque al proceso de atención de enfermería y provee la base para la valoración de la efectividad de las intervenciones de enfermería a las que se recurre. Los resultados esperados también se conocen como criterios de los resultados u objetivos, y contienen información específica (modificadores) y factores temporales (fecha límite), de tal manera que son cuantificables y pueden valorarse y revisarse al tiempo que evoluciona la persona.

Para mantener un enfoque de planeación de cuidados centrado en el enfermo, que cuente con una conexión directa entre los resultados esperados y las intervenciones, esta obra no incluye una sección independiente que detalle. Las metas terapéuticas para cada diagnóstico de enfermería.²

Interacciones enfermera – paciente

La comunicación terapéutica efectiva entre una enfermera y un paciente es un proceso consciente y dirigido a partir de objetivos, que difiere en buena medida de la interacción casual o social. La comunicación terapéutica se basa en la naturaleza objetiva y de interés genuino de los cuidados de enfermería. Es un instrumento casual con el cual es posible:

- ✚ Desarrollar la confianza
- ✚ Efectuar un cambio
- ✚ Promover la salud
- ✚ Proveer límites
- ✚ Proporcionar reforzamiento
- ✚ Orientar
- ✚ Identificarse y trabajar para los objetivos
- ✚ Aportar otros tipos de cuidados de enfermería.

Las conversaciones terapéuticas se orientan con base en objetivos y se utilizan como intervenciones de enfermería para cumplir la finalidad terapéutica. La comunicación con un paciente puede variar desde sentarse a su lado en silencio hasta hablarle de manera estructurada y elegida de manera cuidadosa (es decir, mediante técnicas de modificación conductual).²

Patrones de Marjory Gordon

Marjory Gordon define los patrones como una respuesta o grupo de respuestas que describen un grado de función corporal, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se presenta de manera secuencial y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales. Se deben evitar las connotaciones morales (bueno- malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado de patrón.²⁵

Los 11 patrones son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, no deben ser entendidos de forma aislada; la interrelación que se da entre ellos es lógica, las personas somos un todo sin compartimentar, todo influye en todo (el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, las creencias.). Algunos patrones comparten información y ciertos datos pueden estar presentes en más de un patrón, no siendo necesario registrarlos de forma repetida.²⁵

Las alteraciones psicopatológicas y psiquiátricas contempladas en los patrones de salud abarcan los siguientes campos: conciencia, atención, orientación, memoria, percepción, pensamiento, lenguaje, motricidad, alimentación, ansiedad, reacciones somatoformes, psicomotricidad, sueño y psicosexualidad, considerando distintos aspectos psicopatológicos y psiquiátricos.²⁵

Patrones de salud de Marjory Gordon:

1. Percepcion / Manejo de salud

¿Cómo se valora?	Aspectos psicopatologicos a considerar
Aspecto personal	Adecuado, descuidado, extravagante
Actitud frente a la enfermedad	Aceptación, rechazo, sobrevaloración
Adaptación al régimen terapéutico	Si/No
Conciencia de enfermedad	Si/No

2. Nutrición / Metabólico

¿Cómo se valora?	Aspectos psicopatologicos a considerar
Habitos de comida y liquidos, uso de nutrientes	Anorexia, Bulimia, soledad, tristeza, Pensamientos distorcionados

3. Eliminación

¿Cómo se valora?	Aspectos psicopatologicos a considerar
Funcion excretora (vesical, intestinal y cutanea) uso de laxantes.	Estreñimiento, incontinencia, flatulencia, diarrea, sistemas de ayuda, retencion, disuria, nicturia, etc.

4. Actividad / Ejercicio

¿Cómo se valora?	Aspectos psicopatologicos a considerar
Ocio, autonomía en vida cotidiana, comportamiento motriz, factores fisiológicos.	Crisis de angustia, t afectivos, psicosis, trastornos psicomotores.

5. Sueño / Descanso

¿Cómo se valora?	Aspectos psicopatologicos a considerar
Habitos de sueño, descanso, horas, la edad, pesadillas	Ansiedad/estrés, t. afectivos y alteraciones cognitivo – perceptivas.

6. Cognitivo / Perceptivo (De gran relevancia en Psiquiatría)

¿Cómo se valora?	Aspectos psicopatologicos a considerar
En enfermería psiquiatrica es de gran relevancia	
Conciencia, oorientacion espacio/tiempo, persona, percepcion,	Demencias, psicosis, intoxicaciones, t. afectivos, ideas de suicidios,

memoria, inteligencia, pensamiento: contenido y curso, language.	pensamientos ditorsionados
---	----------------------------

7. Autopercepcion / Autoconcepto

¿Cómo se valora?	Aspectos psicopatologicos a considerar
Autodescripcion, competencia personal, sentimientos, comportamientos, identidad personal	Estrés, sentimientos de amenaza, inferioridad, desamparo e ideas suicidas.

8. Rol / Relaciones

¿Cómo se valora?	Aspectos psicopatologicos a considerar
Estructura y roles familiares, laborales y sociales, responsabilidades personales, factores sociolinguisticos y fisiologicos.	Enfermedad fisica o metnal, estrés, miedo, ira, agresividad.

9. Sexualidad / Reproducción

¿Cómo se valora?	Aspectos psicopatologicos a considerar
Cambios reales o percibidos, sentimientos frente a ellos, conductas alteradas	Ansiedad, miedo, culpabilidad, parafilias, pesamientos delirantes, identidad sexual etc.

10. Adaptacion / tolerancia

¿Cómo se valora?	Aspectos psicopatologicos a considerar
Resistencias a los cambios, control al estrés, soporte familair	Miedos, pensamientos obsesivos, incapacidad personal, traumas previos, rabia, impotencia.

11. Valores y creencias

¿Cómo se valora?	Aspectos psicopatologicos a considerar
Lo que una persona considere importante en su vida	Psicosis, t. afectivos, miedos.

Capítulo 4

4.1 Propuesta de PE

4.1.1 Valoración a través de patrones de salud de Marjory Gordon con enfoque en Psiquiatría.

Nombre: _____

Registro: _____ Edad _____ Género: **(M)** **(F)**

Originario: _____ Residente: _____

Estado Civil: _____ Religión: _____ Ocupación: _____

Fecha de Ingreso (Instituto): _____ Servicio: _____

Fecha de Ingreso (Servicio): _____ No de Cama: _____

Diagnóstico Médico (Actual): _____

Cuidador Primario: _____

Signos vitales										
FECHA:						DIAS DE ESTANCIA:				
HORA	FC	FR	T/A mm/Hg	T (°C)	SPO2 (%)	GLUCEMIA CAPILAR (mg/dl).	EVA	PUPILAS	URESIS	ESTADO DE CONCIENCIA
7:00										
8:00	89	21	110/80	36.2	97%	86mg/dl	0	SCR	550 ml	ALERTA
9:00										
10:00										
11:00	77	21	120/80	36.2	96%		0	SCR	120 ml	ALERTA
12:00										
13:00										
14:00	64	19	110/60	36.5	98%	80mg/dl	0	SCR	320 ml	ALERTA
15:00										
16:00										
17:00	78	19	120/70	36.2	95%		0	SCR	550 ml	ALERTA
18:00										
19:00										
20:00	84	19	120/70	36	97%	80mg/dl	0	SCR	550 ml	ALERTA
21:00										
22:00										

La tabla (S.V) con la gestión de los signos vitales, se registró con el fin de ejemplificar de manera correcta su registro.

1. Patrón de percepción – control de la salud

Antecedentes psiquiátricos familiares.			
Trastorno	SI	NO	Familiar
Depresión			
Trastorno de ansiedad			
Trastorno por uso de sustancias			
Esquizofrenia			

Antecedentes patológicos personales.			
Enfermedad	Estudio	+/-	Fecha
1			
2			
3			
Antecedentes no patológicos personales			
Intervenciones Quirúrgicas	localización	Fecha	
1			
2			
3			
Antecedentes psiquiátricos personales.			
Trastorno mental			Fecha
1			
2			
3			

Antecedentes Gineco obstétricos		
Menarquía	FUM	Menopausia
Antecedentes ginecológicos		
Antecedente	Observaciones	
1		
2		
3		
Embarazos y partos		
1	Total de embarazos	
2	Abortos	
3	No de partos	
4	Nacidos vivos	
5	Vivos actualmente	

Factores de riesgo.		
Factor	SI	NO
Uso y Abuso de sustancias		
Enfermedad Neurológica		
Dinámica familiar alterada		
Estrés		

Historia de la enfermedad actual
<p>Padecimiento actual:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Consciencia de la enfermedad: (SI) (NO)</p> <p>Factores positivos: (Redes de apoyo)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Factores negativos: (Pensamientos y hábitos negativos)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Objetivos a corto y largo plazo: (Actitud frente a la enfermedad)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Aceptación () Rechazo () Sobrevaloración ()</p>

Hábitos de higiene	
Servicios públicos	
Comunidad	(NO) (SI) Especificar: _____
Vivienda	(NO) (SI) Especificar: _____
Habitación	(NO) (SI) Especificar: _____
Zoonosis	(NO) (SI) Especificar: _____
Hacinamiento	(NO) (SI) Especificar: _____

Aspecto personal					
Adecuado		Descuidado		Extravagante	
Comportamiento motor					
Hiperactiva	Normal	inhibido	Agitado	Mov. anormales	Estereotipias
Otros Especificar:					

Esquema de vacunación		
	Vacunas	Fecha
1		
2		
3		
4		

Tratamiento farmacológico actual					
	FÁRMACO	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS TERAPEÚTICA (MG/KG DE PESO)	CLASIFICACIÓN TERAPEÚTICA
1					
2					
3					
4					
Apego al tratamiento terapéutico				SI	NO

Pruebas diagnósticas.	
Exámenes de laboratorio. (BH, QS, ES, EGO, ETC.)	Datos relevantes
Exámenes de gabinete (RX, TC, Ultrasonido, EKG, etc.)	Datos relevantes

2. Patrón nutricional metabólico

Peso	Talla	IMC	Perímetros	Cefálico	Torácico	Abdominal	
Alergias							
Criterios						SI	NO
¿Realiza diariamente hábitos y costumbres en su alimentación?							
¿Considera normales sus hábitos alimenticios?							
¿Qué sentimiento tiene normalmente al comer?							
¿Sigue restricciones dietéticas? Especificar:							
¿Realiza ayunos prolongados? Especificar con qué frecuencia:							
Se provoca vomito Especificar con qué frecuencia:							
Se excede en cantidad y número de dietas Especificar con qué frecuencia:							
Relaciona su alimentación con pensamientos distorsionados Especificar ¿cuál?							
¿Comer le genera ansiedad?							
¿Comer le proporciona calma?							
A observado variaciones en su peso Especificar:							
¿Presenta algún problema para deglutir?							
Requiere algún dispositivo auxiliar de nutrición (SNG, SOG, etc.) Especificar:							
Requiere apoyo y asistencia para comer. Especificar:							
Indicios							
Anorexia			Pregorexia				
Bulimia			Permarexia				
Reflujo gastroesofágico			Manorexia				
Obesidad			Disfagia				

3. Patrón eliminación

Indique si hay alteraciones al orinar, evacuar y sudoración excesiva:

Urinario.			
Factor	SI	NO	Frecuencia
Anuria			
Disuria			
Polaquiuria			
Tenesmo			
Oliguria			
Poliuria			
Hematuria			
Glucosuria			
Proteinuria			
Coluria			
Nicturia			
Incontinencia			
Sistemas de ayuda (protector sanitario, etc.)			

Intestinal						
Escala de Bristol						
1	2	3	4	5	6	7
Frecuencia:						

Cutánea		
Factor	SI	NO
Diaforesis		
Xerosis		

4. Patrón de actividad/ejercicio

Indique si hay dificultades en la movilidad, o en la realización de las actividades de la vida diaria:		
Actividades de autocuidado		
Especificar:		
<hr/> <hr/>		
Requiere apoyo:		
<hr/> <hr/>		
Actividades recreativas		
Especificar:		
<hr/> <hr/>		
Terapia ocupacional		
Especificar:		
<hr/> <hr/>		
Actividades deportivas		
Especificar	SI	NO
<hr/> <hr/>		

5. Patrón de sueño – descanso

Criterios			SI	NO
¿Considera normales sus hábitos de descanso? Especificar:				
¿Realiza prácticas o costumbres para conciliar el sueño? Especificar:				
¿Cuánto tiempo tarda en conciliar el sueño?				
5 min.	15 a 20 min.	Más de 20 min.		
¿Cuántas horas de sueño tiene en 24 horas? Especificar:				
¿Presenta dificultades para conciliar el sueño? Especificar y con qué frecuencia:				
¿Dormir le genera ansiedad? Especificar la situación:				
¿Siente miedo antes o después de conciliar el sueño? Especificar:				
¿La oscuridad o espacios oscuros le generan miedo? Especificar:				
¿Habitualmente sueña?				
¿Los sueños habituales son pesadillas?				
¿Despierta de manera súbita gritando o agitado? Especificar frecuencia:				
¿Despierta de manera precoz con desesperación? Especificar frecuencia:				
¿Pensamientos o sentimientos le impiden conciliar el sueño? Especificar y con qué frecuencia:				
¿Sentimiento de soledad antes o después de conciliar el sueño?				
Requiere de algún dispositivo, medicamento o sustancia para conciliar el sueño Especificar:				
La temperatura del ambiente es importante para dormir Especificar:				
Calidad de sueño				
Indique en una escala del 0 al 10 como considera la persona su calidad de sueño.				
Fatiga		Poco reparador		Reparador
0, 1, 2,		4, 5, 6, 7		8, 9, 10
Indicios*				
Ansiedad			Depresión	
Estrés			Parasomnias / Hipersomnias	
Fobias			C. irritable	

6. Patrón cognitivo – perceptivo

Estado de conciencia					
Alerta	Somnoliento	Estupor	Coma		
Confuso u obnubilado (especificar):					
Escala de Glasgow		TOTAL			
Funciones cerebrales superiores					
Escala "MMSE"		TOTAL			
Alteraciones cognitivas				SI	NO
Memoria (Corto, largo plazo y de fijación) Especificar:					
Concentración Especificar:					
Razonamiento Especificar:					
Pares craneales alterados					
No.	Par craneal	Hallazgos			
Ejemplo					
I	Olfatorio	Anosmia			
X	Vago	Dificultades de deglución			
Reflejos Osteotendinosos					
Arreflexia	Hiporreflexia	Normal	Hiperreflexia	Clonus	
0	+ /++++	++ /++++	+++ /++++	++++ /++++	
				Patológico	
Valoración motora					
Escala Daniels		TOTAL			
Ideologías y pensamiento					
Contenido					
Normal	Ideas de muerte	Ideas suicidas	Ideas obsesivas	Ideas de daño/referencia	Ideas místico/religiosas
Otros (especificar):					
Curso					
Inhibido	Intrusivo	Verborrea	Irritable	incoherente	
Otros (especificar):					
Alteraciones perceptivos					
Tipos				Si	NO
Auditiva Especificar:					
Visual: Especificar:					
Otros Especificar:					

7. Patrón de autoimagen y auto concepto

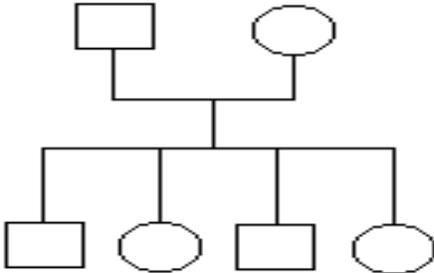
Valoración del estado de ánimo (Descripción paciente):

Descripción de sí mismo (Paciente):

Perdidas de parte del cuerpo Especificar:	SI	NO
Escala BPRS	TOTAL	

Observaciones			
Estado de ánimo	Emociones		
Disfórico	Tristeza		
Elevado	Felicidad		
Eutímico	Sorpresa		
Expansivo	Miedo		
Irritable	Ira		
Coopera en su autocuidado Especificar:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> </table>	SI	NO
SI	NO		

8. Patrón del rol – relaciones.

TRAYECTORIA PERSONAL					
Especificar: (Datos relevantes)					
<hr/> <hr/> <hr/>					
NIVEL DE ESTUDIOS					
Primaria	Secundaria	Preparatoria	Universidad	Maestría	Doctorado
Especificar: _____					
<hr/> <hr/>					
ACONTECIMIENTOS VITALES “DESTACADOS”					
<hr/> <hr/> <hr/>					
SITUACION SOCIOFAMILIAR					
Genograma					
<p>Hombre </p> <p>Mujer </p>					
Personas significativas para la persona, especificar ¿Quiénes?:					
<hr/> <hr/>					
Personas con las que convive diariamente, especificar ¿Quiénes?:					
<hr/> <hr/>					
Personas con las que actualmente vive, especificar:					
<hr/> <hr/>					
Personas las cuales considera amigos, especificar ¿Quiénes?:					
<hr/> <hr/>					

Personas que dependen del usuario, especificar:		

Existencia de abandona en el usuario	SI	NO
Especificar:		
SITUACION LABORAL ECONOMICA		
Especificar:		

SITUACION LEGAL		
Especificar:		

9. Patrón de sexualidad – reproducción

Criterios “Mujer”	SI	NO
Revisar “Antecedentes Gineco - Obstétricos”		
Realiza practica de autoexploración mamaria Especificar:		
Se ha practicado una citología vaginal Especificar:		
Utiliza algún método de planificación familiar Especificar:		

Criterios “Hombre”	SI	NO
Realiza practica de autoexploración testicular		
Se ha practica un examen de próstata Especificar:		
Ha presentado problemas de la próstata		

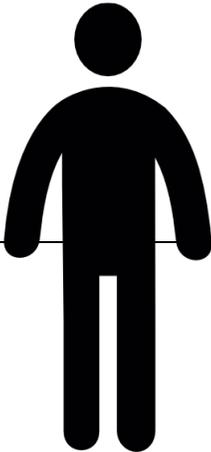
Criterios “Generales”	SI	NO
Realiza prácticas sexuales seguras Si es no especificar:		
¿Considera normales sus prácticas sexuales?		
¿Qué tipo de preservativo usa habitualmente?		
Barrera	Químico	Hormonal
¿Ha padecido de enfermedades de transmisión sexual? Especificar:		
¿Ha realizado prácticas sexuales de riesgo? Especificar y con qué frecuencia:		
¿Existen inquietudes relacionadas con el sexo? ¿Cuáles? Especificar:		
¿Considera satisfactorias sus prácticas sexuales?		
Indicios		
Identidad sexual	Sentimiento de culpa	
Pensamiento delirantes	Parafilias	
violencia	Abuso sexual	

10. Patrón de adaptación tolerancia al estrés

Criterios "Generales"	SI	NO
¿Los cambios en su vida le generan ansiedad e impotencia? Especificar:		
¿Identifica momentos que le causan molestias? Especificar:		
¿Cuál es su respuesta personal ante una situación causante de estrés?		
Especificar: _____ _____		
¿Cuenta con estrategias de afrontamiento? Especificar:		
¿Las estrategias elegidas son favorables?		
¿Cuenta con apoyo externo? Especificar		

11. Patrón de valores y creencias.

Criterios "Generales"	SI	NO
¿Qué es importante en su vida?		
_____ _____ _____ _____		
¿Nota cambios relevantes sobre sus valores y creencias? Especificar:		
Mitos y creencias de la persona o familia relacionados con el cuidado Especificar:		

1. VALORACION MOTORA				
M.S I		D	Escala de Daniels	
			Sin respuesta muscular	0
			El músculo realiza una contracción palpable aunque no se evidencie movimiento.	1
			El músculo realiza todo el movimiento sin gravedad/sin resistencia.	2
M.I I		D	El músculo realiza todo el movimiento contra gravedad/sin resistencia.	3
			El músculo realiza movimiento en toda amplitud contra gravedad + resistencia moderada.	4
			El músculo soporta resistencia manual máxima, movimientos completos, contra gravedad.	5
Reposo			TOTAL	
Reposo absoluto: +++ Reposo relativo: ++ Sin reposo: +				

2. ESCALA DOWNTON "RIESGO DE CAIDAS."		
CRITERIO DE EVALUACION	VARIABLES	PUNTAJE
Caídas previas	SI	1
	NO	0
Medicamentos	Tranquilizantes, sedantes.	1
	Diuréticos hipotensores no diuréticos.	1
	Anti parkinsonianos, antidepresivos, otros.	1
Déficit sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales o auditivas	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
	Agitación Psicomotora	1
Deambulacion	Normal	0
	Asistida con elementos de apoyo	1
	Reposo absoluto postrado.	1
TOTAL PUNTAJE		

Alto Riesgo	3 – más
Mediano Riesgo	2
Bajo Riesgo	0 - 1

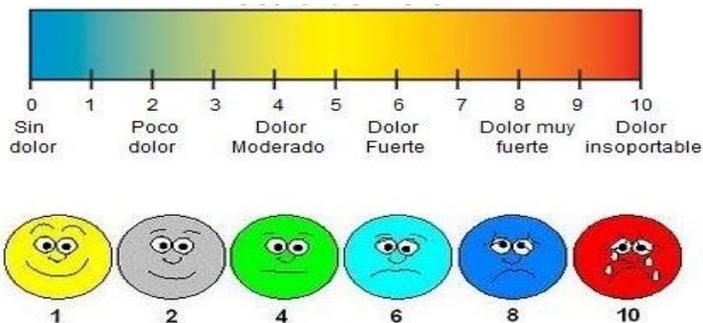
3. ESCALA DE BRADEN (UPP)				
PUNTOS	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada
	No responde a estímulos dolorosos	Responde solamente a estímulos dolorosos	Responde a órdenes verbales	Sin déficit sensorial
Humedad	Completamente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
	Casi constantemente	Es necesario el cambio de sábanas por turno	Es necesario el cambio de sábanas cada 12hrs.	Piel normalmente seca.
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
	No realiza ni ligeros cambios de posición.	Realiza ligeros cambios de posición de forma ocasional.	Realiza ligeros cambios de forma frecuente.	Realiza cambio de forma autónoma
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
	Rara vez como más de un tercio del plato	Rara vez como más de la mitad del plato	Normalmente come más de la mitad del plato	Come la mayoría de los platos enteros.
Fricción y deslizamiento	Es un problema	Es problema potencial	Sin problema aparente	
	Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible	Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sábanas ligeramente	Se mueve automáticamente.	
TOTAL				

Alto Riesgo	<13
Mediano Riesgo	14
Bajo Riesgo	>14

4. ESCALA DE GLASGOW	
CRITERIO DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
Respuesta ocular	
Espontánea	4
A estímulos verbales	3
Al dolor	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta verbal	
Orientado	5
Desorientado/confuso	4
Incoherente	3
Sonidos incomprensibles	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta motora	
Obedece ordenes	6
Localiza el dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3
Extensión anormal	2
Ausencia de respuesta	1
TOTAL	

5. ESCALA DE RAMSAY	
CRITERIO DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
Ansioso, Agitado o intranquilo	1
Cooperador, orientado y tranquilo	2
Respuesta solo a órdenes verbales	3
Dormido. Pero con respuesta a estímulo auditivo leve	4
Dormido. Solo hay respuesta a estímulo intenso táctil	5
No hay respuesta	6
TOTAL	

6. ESCALA DE EVA



ESCALA DEL DOLOR:
 ESCALA VISUAL
 ANALOGA
 ESCALA DE ROSTROS

7. ESCALA DE AGITACIÓN/ SEDACIÓN RICHMOND (RASS)		
PUNTAJE	CATEGORIAS	DESCRIPCIÓN
+4	Combativo	Violento o combativo, con riesgo para el personal
+3	Muy Agitado	Intenta arrancarse los tubos o catéteres o es agresivo con el personal
+2	Agitado	Movimientos descoordinados o desadaptación del respirador.
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos.
0	Alerta y tranquilo	
-1	Somnoliento	Tendencia al sueño, pero es capaz de estar más de 10 segundos despierto (apertura de ojos) a las llamada
-2	Sedación ligera	Menos de 10 segundos despierto (apertura de ojos) a la llamada
-3	Sedación moderada	Movimientos (sin apertura de ojos) a la llamada.
-4	Sedación profunda	No responde a la voz, pero se mueve o abre los ojos, al estímulo físico.
-5	No estimulable	Sin respuesta a la voz o el estímulo físico.
	TOTAL	

8. ESCALA DE BRISTOL

TIPO	1		Pedazos duros y separados, como nueces	Estreñimiento severo
TIPO	2		Consistencia brumosa como una salchicha	Estreñimiento leve
TIPO	3		Forma de salchicha con una superficie agrietada	Normal
TIPO	4		Forma de salchicha, suave y casi como una serpiente	Normal
TIPO	5		Trozos de masa suaves con bordes bien definidos	Falta de fibra
TIPO	6		Consistencia blanda con bordes irregulares	Diarrea leve
TIPO	7		Consistencia líquida sin pedazos sólidos	Diarrea severa

4.1.1.2 Escalas de Valoración en Psiquiatría.

1. Escala breve de apreciación psiquiátrica (BPRS)

Paciente: _____ Fecha _____ Cama _____

Evaluador _____ Expediente _____

Debe evaluarse la presencia y severidad de cada síntoma durante la entrevista, excepto los reactivos 2, 10, 12, 15 y 16 que califican en base al estado del paciente durante las últimas 72 horas. Cuando existan dudas, solicitar información al personal de enfermería o familiares del paciente. La entrevista tiene que tener una duración de 15 a 30 minutos. La severidad se califica del “0 al 4”; el 0 implica normalidad, y el 4 máxima severidad.

1. Preocupaciones somáticas; hipocondriasis delirante (p.e. ausencia de órganos internos).	0	1	2	3	4
*2. Ansiedad psíquica (irritabilidad, inseguridad, aprehensión, temor, terror o pánico). No incluye signos físicos).	0	1	2	3	4
3. Aislamiento emocional (falta de contacto con el entrevistador durante la entrevista).	0	1	2	3	4
4. Desorganización conceptual (trastornos formales del pensamiento: vaguedad, lógica propia, bloqueos, neologismos, incoherencia).	0	1	2	3	4
5. Autodepreciación y sentimientos de culpa (sentimientos de minusvalía e ideas de culpa, culpa delirante).	0	1	2	3	4
6. Ansiedad somática (concomitantes fisiológicos de la ansiedad: malestar abdominal, temblor, sudoración, etc.).	0	1	2	3	4
7. Trastornos motores específicos (conductas bizarras, posturas excéntricas, manerismos, agitación catatónica).	0	1	2	3	4
8. Autoestima exagerada (presunción, autocomplacencia, ideas delirantes de grandeza).	0	1	2	3	4
9. Animo deprimido (desaliento, tristeza, depresión, desesperanza, desamparo).	0	1	2	3	4
*10. Hostilidad (sentimientos o acciones en contra de la gente fuera de la entrevista, violencia física).	0	1	2	3	4

*11. Susplicacia (desconfianza, ideas de referencia, ideas de persecución).	0	1	2	3	4
*12. Alucinaciones (percepciones sin objeto).	0	1	2	3	4
13. Retardo psicomotor (actividad verbal y motora, expresión facial).	0	1	2	3	4
14. Falta de cooperación (actitud del paciente hacia la entrevista y observador).	0	1	2	3	4
*15. Contenido extra, o del pensamiento (ideas de control, influencia, celos, religiosas, sexuales, expansivas, etc. No incluye: grandeza, persecución o culpa).	0	1	2	3	4
*16. Afecto aplanado o inapropiado (reducción en la intensidad de las emociones o incongruencias con la situación o contenido del pensamiento).	0	1	2	3	4
17. Agitación psicomotora (actividad verbal y motora, expresión facial).	0	1	2	3	4
18. Desorientación (obnubilación, confusión o desorientación en persona, lugar y tiempo).	0	1	2	3	4

Evaluar estado en las últimas 72 horas.

Puntaje total: _____

30 o más=intensidad severa, y de 15 a 30=intensidad leve.

2. Estado mental breve (MMS)

Paciente _____ Fecha _____ Cama _____

Evaluador _____ Expediente _____

A continuación se presentan una serie de instrucciones para realizar un examen del estado mental. En todos los casos, las respuestas del sujeto se califican con el número 1 cuando son correctas y con cero, cuando son incorrectas; la calificación debe usarse dentro de los paréntesis que aparecen a la derecha. Al término de cada sección, sume el número de respuestas y anote el resultado en el paréntesis de la izquierda, correspondiente a dicha sección. Finalmente, sume todas las calificaciones de cada apartado para anota la puntuación total.

CALIFICACION		(De un punto por cada respuesta correcta)
MAXIMA	OBTENIDA	ORIENTACION
5	()	<p>Pregunte: ¿qué fecha es hoy? Después complete sólo las partes omitidas; formulando las siguientes preguntas:</p> <p>- ¿En qué año estamos? ()</p> <p>- ¿En qué mes estamos? ()</p> <p>- ¿Qué día del mes es hoy? ()</p> <p>- ¿Qué día de la semana? ()</p> <p>- ¿Qué hora es aproximadamente? ()</p>
5	()	<p>Pregunte: ¿En dónde nos encontramos ahora? (Casa, consultorio, hospital, etc.). Para obtener la información faltante haga las siguientes preguntas:</p> <p>-¿En qué lugar estamos? ()</p> <p>-¿En qué país? ()</p> <p>-¿En qué estado? ()</p> <p>-¿En qué ciudad o población? ()</p> <p>-¿En qué colonia o delegación? ()</p>
REGISTRO		
3	()	<p>Diga al paciente la siguiente instrucción: <i>Ponga mucha atención, le voy a decir una lista de tres palabras y cuando termine quiero que me las repita.</i> Diga claramente las palabras: <i>flor, coche, nariz.</i> Después pida al paciente: <i>Repita las tres palabras.</i> Pida que las recuerde. Solo califique en el primer intento. Cuando el paciente diga que no ha terminado o deje de responder, si no fue capaz de recordar las tres palabras diga: <i>Nuevamente le voy a decir la lista de las tres palabras, cuando termine repita todas las que recuerde.</i> Esta instrucción deberá presentarse hasta que el paciente sea capaz de repetir las tres palabras, o bien hasta 6 ensayos consecutivos. Anote en la línea correspondiente el número de ensayos o de veces que presentó la lista para que el paciente la recordara. (Recuerde que la calificación para éste reactivo se determina por el número de palabras que el paciente fue capaz de recordar en el primer ensayo).</p> <p>Flor ()</p> <p>Coche ()</p> <p>Nariz ()</p> <p>No de ensayos (1-6) _____</p>

ATENCIÓN Y CÁLCULO		
5	()	<p>Pida al paciente: <i>Reste de 4 en 4, a partir de 40. Fíjese bien, se trata de contar para atrás, restando 4 cada vez, por ejemplo: 40-4=36; 36-4=32. Continúe hasta que yo le diga que se detenga. Deténgalo después de cinco substracciones (no proporcione ayuda)</i></p> <p>28 ()</p> <p>24 ()</p> <p>20 ()</p> <p>16 ()</p> <p>12 ()</p>
EVOCACIÓN		
3	()	<p>Pida al paciente: <i>Repita las tres palabras que le pedí que recordara.</i></p> <p>Flor ()</p> <p>Coche ()</p> <p>Nariz ()</p>
LENGUAJE		
2	()	<p><u>Nombrar</u>: muestre al paciente un reloj y pregúntele: <i>¿Cómo se llama esto?</i>. Repita lo mismo con una moneda.</p> <p>Reloj ()</p> <p>Moneda ()</p>
1	()	<p><u>Repetición</u>: Diga al paciente la siguiente instrucción: <i>Le voy a decir una oración, y repítala después de mí, (diga lenta y claramente): No voy si tu no llegas temprano.</i> (Sólo 1 ensayo)</p> <p>()</p>
3	()	<p><u>Comprensión</u>: Coloque una hoja de papel sobre el escritorio y pida al paciente: <i>Tome la hoja de papel con su mano derecha, después dóblela y tírela al piso.</i> Tome la hoja de papel:</p> <p>con su mano derecha ()</p> <p>dóblela ()</p> <p>tírela al piso ()</p>
1	()	<p><u>Lectura</u>: Muestre al paciente la instrucción escrita: CIERRE SUS OJOS. Muestre sólo el letrero. Pida al paciente: <i>Por favor haga lo que dice aquí.</i></p> <p>()</p>
1	()	<p><u>Escritura</u>: Presente al paciente una hoja; puede ser en la que se encuentra la instrucción escrita. Pídale: <i>Escriba en este espacio, un pensamiento que sea una oración con sentido, que tenga sujeto y verbo.</i> (No proporcione ayuda).</p> <p>()</p>
1	()	<p><u>Copia del modelo</u>: Muestre al paciente el modelo de los dos pentágonos cruzados. Pida: <i>Copie por favor, este dibujo en el espacio en blanco de ésta misma hoja.</i> Debe haber 10 ángulos, y dos intersecciones. (No tome en cuenta temblor o rotación).</p>
TOTAL		

3. Escala de depresión de Hamilton

Seleccione de cada reactivo la opción que mejor caracterice al enfermo en el momento de la evaluación.

1. Animo deprimido: Triste, desesperado, desamparado, autodevaluado.	
0	Ausente
1	Estos estados de ánimo se mencionaron en el interrogatorio
2	Estos estados de ánimo se reportaron verbalmente en el interrogatorio
3	Comunica estos estados de ánimo en forma "no verbal", es decir, mediante expresiones faciales, actitudes, tendencia al llanto, etc.
4	Comunica prácticamente sólo estos estados de ánimo, en su comunicación espontánea verbal y no verbal.
Puntaje	

2. Sentimientos de culpa	
0	Ausente
1	Autorreproche, siente que ha defraudado a alguien
2	Ideas de culpa sobre errores pasados. Piensa en ellos repetitivamente y con preocupación.
3	Piensa que la enfermedad actual es un castigo. Delirios de culpa.
4	Escucha voces acusatorias que lo denuncian y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
Puntaje	

3. Suicidio	
0	Ausente
1	Siente que no vale la pena vivir.
2	Desea morir o tiene pensamientos en relación a su propia muerte.
3	Ideas o gestos suicidas.
4	Intentos de suicidio.
Puntaje	

4. Insomnio inicial	
0	Sin dificultad para conciliar el sueño.
1	Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño (más de 1/2 hora).
2	Se queja de dificultad para conciliar el sueño todas las noches.
Puntaje	

5. Insomnio intermedio	
0	Sin dificultad.
1	Se queja de estar inquieto y perturbado durante la noche.
2	Se despierta durante la noche y/o necesita levantarse de la cama (excepto para ir al baño)
Puntaje	

6. Insomnio terminal	
0	Sin dificultad.
1	Se despierta durante la madrugada pero puede volver a dormirse
2	Incapaz de volverse a dormir si se despierta en la madrugada o se levanta de la cama
Puntaje	

7. Trabajo y Actividades	
0	Sin dificultad.
1	Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionándose con sus actividades, su trabajo o pasatiempos.
2	Pérdida del interés en sus actividades, pasatiempos o trabajo, ya sea reportado directamente por el enfermo o deducido indirectamente mediante sus negligencias, indecisiones y/o titubeos (siente que va a hacer un gran esfuerzo para trabajar y/o desempeñar sus actividades).
3	Disminución del tiempo que dedica a sus actividades, o disminución en su productividad. En el hospital se califica con el 3 si el enfermo no dedica cuando menos 3 horas diarias a las actividades rutinarias del servicio; si las hay, hacer un gran esfuerzo para trabajar y/o desempeñar sus actividades).
Puntaje	

8. Retardo	
0	Ausente
1	Ligero retardo durante la entrevista.
2	Obvio retardo durante la entrevista.
3	Entrevista difícil debido al retardo.
4	Estupor completo
Puntaje	

9. Agitación	
0	Ninguna.
1	Jugueteo de objetos (papeles, cabellos, etc.) con las manos
2	Comerse las uñas, jalarse el cabello, morderse los labios, etc
Puntaje	

10. Sentimientos de culpa y preocupación	
0	Ausente
1	Tensión subjetiva e irritabilidad.
2	Preocupación por cosas triviales.
3	Actitud aprehensiva aparente por su expresión al hablar.
4	Expresa miedo o temor espontáneamente
Puntaje	

11. Ansiedad somática	
0	Ausente
1	Leve
2	Moderada
3	Grave
4	Incapacitante
Puntaje	

12. Síntomas somáticos gastrointestinales	
0	Ninguno
1	Pérdida del apetito, pero come sin la insistencia de sus familiares o del personal. Sensación de pesantez en el abdomen.
2	Dificultad para comer, a pesar de la insistencia de los familiares o del personal. Toma laxantes y otros medicamentos para síntomas gastrointestinales.
Puntaje	

13. Síntomas somáticos en general	
0	Ninguno
1	Sensación de pesantez en miembros, espalda o cabeza; dolores de espalda, cabeza o Musculares. Pérdida de energía y fatiga.
2	Todo síntoma físico específico se califica con 2.
Puntaje	

14. Síntomas generales	
0	Ausentes
1	Moderados
2	Graves
Puntaje	

15. Hipocondriasis	
0	Ausente
1	Absorto en su propio cuerpo
2	Preocupación por su salud
3	Quejas frecuentes, peticiones de ayuda constantes, etc.
4	Delirios hipocondriacos
Puntaje	

16. Pérdida de peso	
A: cuando se evalúa por historia.	
0	Sin pérdida de peso.
1	Probable pérdida de peso en relación a la enfermedad actual.
2	Pérdida de peso definitiva según el paciente.
B. cuando se evalúa semanalmente.	
0	Pérdida menor de 0.5 Kg. De peso en la semana.
1	Más de 0.5 Kg.
2	Más de 1 Kg.
Puntaje	

17. Introspección	
0	Reconoce que ha estado deprimido y enfermo.
1	Reconoce su enfermedad pero la atribuye a otras causas como mala alimentación, al clima, a exceso de trabajo, algún virus, etc.,
2	Niega estar enfermo.
Puntaje	

TOTAL _____

0 – 9	Sin depresión
10 – 18	Depresión leve
19 – 25	Depresión moderada
+ de 26	Depresión severa

4. Escala de ansiedad de Hamilton

Paciente _____ Fecha _____ Cama _____

Evaluador _____ Expediente _____

Para cada reactivo, seleccionar el número del código que represente mejor al paciente.

1 = INTENSIDAD LEVE; 2=INTENSIDAD MODERADA; 3=INTENSIDAD GRAVE;
4= INTENSIDAD MAXIMA

Humor ansioso	Preocupación, espera de lo peor, aprehensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	
Tensión	Sensación de tensión, fatiga, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de inquietud, incapacidad de relajarse.	
Miedos	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud.	
Insomnio	Dificultad en conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no reparador con cansancio al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	
Funciones intelectuales	Dificultad de concentración, Memoria pobre.	
Humor depresivo (depresión endógena)	Falta de interés, ya no disfruta de los pasatiempos, depresión, insomnio de la madrugada, variaciones del humor durante el día.	
Síntomas somáticos	Dolores y cansancio, contracciones y espasmos musculares, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz temblorosa, tono muscular aumentado.	

Síntomas somáticos (sensoriales)	Zumbido de oídos, visión borrosa, bochornos, escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	
Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial, pulsaciones vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles, disnea.	
Síntomas respiratorios	Opresión torácica, sensación de asfixia, suspiros, disnea.	
Síntomas gastrointestinales	Dificultad para deglutir, gases, dolor abdominal, sensación de ardor, sensación de plenitud, náusea, vómitos, ruidos abdominales, sensación de vacío, pérdida de peso, estreñimiento.	
Síntomas genitourinarios	Micciones frecuentes, urgencia de micción, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia.	
Síntomas del sistema nervioso autónomo	Boca seca, accesos de rubor, palidez, sudoración excesiva, vértigo, cefalea de tensión, pilo erección.	
Comportamiento durante la entrevista	Agitado, inquieto o dando vueltas, manos temblorosas, ceño fruncido, facies tensa, suspiros o respiración agitada, palidez, pasar saliva.	

TOTAL_____

4.1.2 Diagnósticos, resultados e intervenciones más frecuentes en los trastornos mentales.

En este apartado son considerados los diagnósticos, intervenciones y resultados de mayor frecuencia, con base a la taxonomía NANDA, NIC, NOC, a los trastornos mentales frecuentes (3). Los siguientes elementos postulados se presentan de la siguiente forma: ^{26, 27, 28}

Diagnósticos	NANDA	
Intervenciones	NIC	
Resultados	NOC	

Afrontamiento ineficaz Código: 00069

Dominio: 9 Afrontamiento/ Tolerancia al estrés		Clase: Respuestas de afrontamiento
Definición	Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas y/o incapacidad para utilizar recursos disponibles.	
Factores relacionados (Causas) (E)	Crisis situacionales, Percepción de un nivel inadecuado de control, Recursos disponibles inadecuados, falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación, Incertidumbre, diferencia de género en las estrategias de afrontamiento, Expectativas de pérdida de control/aumento de ansiedad en situaciones sociales o específicas	
Características definitorias (signos y síntomas).	Conducta destructiva a sí mismo y a otros, Mala concentración, abuso de sustancias, expresa incapacidad para el afrontamiento, fatiga, trastornos del patrón del sueño, Dificultad para cubrir expectativas de rol. Dificultad para resolver problemas, Alteración en la participación social, Uso inapropiado de mecanismos de defensa.	

Intervenciones (NIC)	Aumentar el afrontamiento.	Código: 5230
Definición	Actividades	
Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana	Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. - Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. - Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés. - Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente. - Favorecer situaciones que fomenten la autonomía - Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.	

Resultados (NOC)	Afrontamiento de problemas	Código: 1302
Definición	Indicador	Escala de medición
Acciones para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo	130201 Identifica patrones de superación eficaces 130202 Verbaliza sensación de control 130212 Utiliza estrategias de superación efectivas. 130214 Verbaliza la necesidad de asistencia	De grave a ninguna (1-5)

 **Ansiedad Código: 0146**

Dominio: 9 Afrontamiento/ Tolerancia al estrés		Clase: Respuestas de afrontamiento
Definición	Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimientos de aprensión causados por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.	
Factores relacionados (Causas) (E)	Miedo a morir/miedo a la pérdida de control.	
Características definitorias (signos y síntomas).	Fisiológicas: Aumento del pulso, sequedad bucal (Simpático). Tensión facial Cognitivas: Preocupación Rumiación. Miedo a consecuencias inespecíficas. Dificultad para la concentración. Disminución de la habilidad para solucionar Conductuales: Preocupación creciente Aprensión Afectivas: Angustia. Nerviosismo	

Intervenciones (NIC)	Disminución de la ansiedad	Código: 5820
Definición	Actividades	
Minimizar la aprensión, temor o malestar relacionado con una fuente identificada de peligro anticipada.	<ul style="list-style-type: none"> - Hacer un acercamiento tranquilo para que se sienta más seguro. - Definir claramente las expectativas de conducta Intentar entender la perspectiva del paciente en una situación estresante. - Proporcionar información respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Permanecer con él/ella, para darle seguridad Dar órdenes simples Escuchar atentamente 	

Resultados (NOC)	Nivel de Ansiedad	Código: 1211
Definición	Indicador	Escala de medición
Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifiesta surgida de una fuente no identificable.	121115 Ataque de pánico 121121 Aumento frecuencia respiratoria	De grave a ninguna (1-5)

 **Impotencia Código: 732**

Dominio: 9 Afrontamiento/ Tolerancia al estrés		Clase: Respuestas de afrontamiento
Definición	Experiencia de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado	
Factores relacionados (Causas) (E)	Interacciones personales no satisfactorias.	
Características definitorias (signos y síntomas).	Dependencia de los demás, expresa dudas sobre desempeño del rol, expresa frustración por la incapacidad para realizar las tareas previas, expresa falta de control, expresa vergüenza	

Intervenciones (NIC)	Reestructuración cognitiva	Código: 4700
Definición	Actividades	
Animar a un paciente a modificar patrones de pensamiento distorsionados y visiones sobre sí mismo y el mundo por otros más realistas	<p>Señalar estilos disfuncionales de pensamiento (polarizado, generalizaciones, magnificación, personalización, que le impiden conciliar el sueño</p> <p>Ante emociones como miedo, ansiedad y desesperanza ayudar a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificar estresores que percibe que contribuyen a aumentar el estrés. - Interpretaciones erróneas acerca de los estresores comprender que la inhabilidad para obtener conducta deseable, frecuentemente es el resultado de autoevaluaciones negativas aceptar el hecho de que sus propias manifestaciones provocan reacciones emocionales - Comprender que sus dificultades para lograr conductas deseables con frecuencia es el resultado de sus propias manifestaciones irracionales - A modificar sus errores de interpretación , por interpretaciones más realistas de las situaciones, acontecimientos y relaciones 	

Resultados (NOC)	Autocontrol de la depresión	Código: 1409
Definición	Indicador	Escala de medición
Acciones personales para minimizar la tristeza y mantener el interés por los acontecimientos de la vida	140909 Refiere mejoría del estado de ánimo 140911 Sigue un esquema terapéutico	De grave a ninguna (1-5)

 **Deterioro de la interacción social Código: 00052**

Dominio: 7/ Rol/ Relaciones		Clase: 0001
Definición	Deterioro inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo	
Factores relacionados (Causas) (E)	Confrontación con situaciones temidas	
Características definitorias (signos y síntomas).	Malestar observado en situaciones sociales, verbalizado, Observación del uso de conductas de interacción social no exitosas, Interacción disfuncional con compañeros, familia u otros	

Intervenciones (NIC)	Modificación de conducta	Código: 4360
Definición	Actividades	
Promover un cambio de conducta	<p>Fomentar la sustitución de hábitos desadaptados por otros más adaptativos Identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El problema en términos de conducta - La conducta que ha de cambiarse (conducta objetivo) en términos específicos y concretos Desglosar la conducta a cambiar en unidades más pequeñas de conducta medible. <p>Desarrollar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un programa de cambio de conducta - Un método (registros) para registrar la conducta y sus cambios Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación. <p>Favorecer la adquisición de habilidades reforzando sistemáticamente los componentes simples de habilidad</p>	

Resultados (NOC)	Ejecución del rol	Código: 1501
Definición	Indicador	Escala de medición
Congruencia de la conducta de rol del individuo con las expectativas de rol	150101 Capacidad de cumplir expectativas de rol 150104 Ejecución de las conductas de rol social	De grave a ninguna (1-5)

 **Deterioro de la resiliencia personal Código: 00210**

Dominio: 9 Afrontamiento/ Tolerancia al estrés		Clase: Respuestas de afrontamiento
Definición	Reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante situaciones adversa o una crisis	
Factores relacionados (Causas) (E)	factores de vulnerabilidad que incluyen índices que exacerban los efectos negativos de la condición de riesgo	
Características definitorias (signos y síntomas).	Depresión, culpabilidad, aislamiento, baja autoestima, elevación renovada de disstres, vergüenza, aislamiento social, utilización de habilidades de afrontamiento no adecuadas (consumo drogas).	

Intervenciones (NIC)	Facilitar expresión sentimientos de culpa	Código: 5300
Definición	Actividades	
Ayuda a una persona a enfrentarse con sentimientos dolorosos de responsabilidad real o percibida	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar y examinar las situaciones en las que se experimentan o generan sentimientos de culpa - Identificar su comportamiento en la situación de culpa Facilitar la discusión del impacto de la situación sobre las relaciones	

Resultados (NOC)	Afrontamiento de problemas	Código: 1302
Definición	Indicador	Escala de medición
Acciones personales para controlar los efectos estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo	130203 Verbaliza sensación de control 130204 Refiere disminución del estrés	De grave a ninguna (1-5)

⚡ Riesgo de baja autoestima crónica Código: 00224

Dominio: 6 / Autopercepción		Clase: 2/ Autoestima
Definición	Riesgo de larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus propias capacidades	
Factores relacionados (Causas) (E)	trastorno psiquiátrico, fracasos repetidos, repetidos refuerzos negativos	

Intervenciones (NIC)	Potenciación de la autoestima	Código: 5400
Definición	Actividades	
Ayudar a mejorar el juicio personal sobre su propia valía	Determinar locus de control Reforzar los puntos fuertes que reconoce Ayudar a fijar objetivos realistas para conseguir aumentar la autoestima Ayudar a reexaminar las perspectivas negativas sobre si mismo Supervisar la frecuencia de autoevaluaciones negativas Supervisar el nivel de autoestima a largo plazo Animar al paciente a identificar sus virtudes. Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse. Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo. - Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene el grupo de similares sobre los sentimientos de su propia valía. Explorar razones de autocrítica o culpa Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.	

Resultados (NOC)	Autoestima	Código: 1205
Definición	Indicador	Escala de medición
Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo	120502 Aceptación de las propias limitaciones 120511 Nivel de confianza	De grave a ninguna (1-5)

Riesgo de suicidio Código: 00150

Dominio: 11 Seguridad / Protección		Clase: 3/ violencia
Definición	Riesgo de lesión autoinflingida que pone en peligro la vida	
Factores relacionados (Causas) (E)	<p>Conductuales: Impulsividad, Cambios notables de actitud y conducta, Súbita recuperación de una depresión grave.</p> <p>Físicos: Dolor crónico, Enfermedad física, Enfermedad terminal</p> <p>Psicológicos: Culpa, trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias.</p> <p>Situacionales: Entornos no tradicionales (Prisión, centros de reinserción social, etc.), nivel socioeconómico bajo, vivir solo.</p>	

Intervenciones (NIC)	Aumentar el afrontamiento	Código: 5230
Definición	Actividades	
Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar las salidas constructivas a la ira y la hostilidad. - Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente. - Ayudara al paciente a identificar respuestas positivas de los demás. - Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito. . - Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. - Tratar las consecuencias de comportarse con sentimientos de culpa y vergüenza. - Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo. - Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles. - Determinar el riesgo del paciente para hacerse daño. - Alentar a la familia a comunicar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo. 	

Resultados (NOC)	Autocontención de suicidio	Código: 01408
Definición	Indicador	Escala de medición
Capacidad para contenerse de acciones e intentos de suicidio.	140801 Expresa sentimientos 140804 Verbaliza ideas de suicidio; si existen. 140803 Busca ayuda cuando nota sentimientos autodestructivos	De grave a ninguna (1-5)

⚡ Riesgo de automutilación Código: 00069

Dominio: 11 Seguridad / Protección		Clase: 3 / violencia
Definición	Riesgo de presentar una conducta deliberadamente auto lesiva que, para aliviar la tensión, provoca un daño tisular en un intento de causar una lesión no letal.	
Factores relacionados (Causas) (E)	Estado psicótico, incapacidad para expresar verbalmente la tensión. Conflictos familiares de diferentes índoles, trastornos alimenticios o mala imagen corporal, uso de manipulación para establecer relaciones interpersonales, necesidad de una rápida reducción del estrés, mala comunicación con las personas del entorno, trastornos límite de la personalidad, impulso irresistible de autolesionarse, sentimientos de amenaza.	

Intervenciones (NIC)	Manejo de la conducta: autolesión	Código: 5230
Definición	Actividades	
Disminución del riesgo por daños autoinflingidos con la intención de acabar con la vida.	<p>Determinar el motivo /razón de la conducta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retirar los objetos peligrosos del ambiente del paciente. - Instruir al paciente en estrategias de control (entrenamiento de afirmación, entrenamiento de control de impulsos y relajación muscular progresiva,) si procede. - Ayudar al paciente, según sea el nivel de función cognitiva, a identificar y asumir la responsabilidad de las consecuencias de su conducta. - Observar si se producen efectos secundarios derivados de la utilización de fármacos en el paciente y los resultados esperados. - Proporcionar a la familia /seres queridos guías sobre el control de la conducta de autolesión fuera del ambiente de cuidados. 	

Resultados (NOC)	Autocontrol de los impulsos suicidas	Código: 1408
Definición	Indicador	Escala de medición
Capacidad para contenerse de acciones e intentos de suicidio.	140803. Busca ayuda cuando nota sentimientos autodestructivos 140804. Verbaliza ideas de suicidio 140805. Verbaliza control de impulsos 140822. Verbaliza planes de futuro	De grave a ninguna (1-5)

 **Riesgo de intoxicación Código: 00069**

Dominio: 11 Seguridad / Protección		Clase: 3 / violencia
Definición	Aumento del riesgo de exposición accidental o de ingestión de sustancias o productos peligrosos en dosis suficientes para originar una intoxicación.	
Factores relacionados (Causas) (E)	Disponibilidad de drogas ilegales potencialmente contaminadas con aditivos venenosos, grandes cantidades de medicamentos en el hogar, contacto sin protección con metales pesados o productos químicos, insuficiencia de recursos económicos, dificultades cognitivas o emocionales.	

Intervenciones (NIC)	Manejo ambiental: seguridad	Código: 6486
Definición	Actividades	
Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos). - Utilizar dispositivos de protección para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas. - Proporcionar al paciente números telefónicos de urgencias. - Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del paciente. - Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro. 	

Resultados (NOC)	Conductas de seguridad personal	Código: 1911
Definición	Indicador	Escala de medición
Esfuerzos individuales o del cuidador familiar para controlar conductas que podrían causar lesión física.	191113. Evitar el consumo de drogas que se utilizan en relaciones sociales. 191115. Uso de precauciones cuando se consumen fármacos que alteran el nivel de conciencia. 191124. Utiliza precauciones con material inflamable 191126. Se protege de las lesiones	De grave a ninguna (1-5)

Capítulo 5

5.1 Conclusiones

La elaboración de este trabajo me permitió conocer la importancia y la utilidad del proceso enfermero en sus diferentes etapas, destacando la importancia de la valoración focalizada como puente entre el profesional y la persona, de forma creativa y fomentando el pensamiento crítico, con la persona como factor determinante en la atención de enfermería.

El abordaje de los trastornos psiquiátricos, a través del cuidado, me permitió enfrentar situaciones nuevas y desconocidas, donde encontrar la oportunidad en el conflicto, es una herramienta importante para la resolución de problemas, construyendo una cosmovisión nueva acerca de las personas que padecen estos trastornos durante el estudio.

El enfermero (a) que cuida a la persona con trastornos mentales, considero debe contar con una base de fundamentos teóricos que permitan comprender, de forma oportuna, el proceso de atención a la persona, explotando con versatilidad la habilidad del dialogo como herramienta de trabajo, que determine datos relevantes en relación a situaciones y sentimientos que experimentan las personas y sus familias, con apertura a posibilidades infinitas de la relación interpersonal profesional - persona, con la finalidad de crear una historia de recuperación de calidad y exitosa.

Capítulo 6

6.1 Aportes a la disciplina

El proceso enfermero, es una herramienta de gran relevancia que permite proporcionar cuidados de forma lógica y racional. El Lic. En Enfermería gestiona y jerarquiza el proceso de atención con intervenciones que se adecuen en forma precisa y de manera oportuna a los requerimientos presentes.

El PE, constituye relaciones interpersonales entre el profesional y las personas, como binomio evolutivo de salud, creando oportunidades de recuperación exitosa, así como, crecimiento y desarrollo personal en ambas partes. Las observaciones que el enfermero (a) da validez en conjunto con la persona, permiten focalizar y determinar la situación actual y/o cambios en el estado de salud, determinando un panorama de asistencia y cuidados individualizados.

Las diferentes etapas para llevar a cabo una atención de calidad, permite la capacidad de discusión en los cuidados de enfermería, con énfasis en la necesidad de focalizar cada etapa, como la **valoración**, de acuerdo a los requerimientos que las personas y sus padecimientos demanden.

La aplicación de un PE compromete a desarrollar un trabajo profesional y de calidad, con bases científicas que establezcan una guía para la práctica profesional de enfermería como ciencia del cuidado, además de clarificar las metas y objetivos de nuestra profesión a corto, mediano y largo plazo, con pautas para la educación e investigación del cuidado.

Capítulo 7

7.1 Referencias bibliográficas

1. Dr. Miguel Enrique Rentería Rodríguez. Salud mental en México. Nota INCyTU (Méx.) [Revista en la Internet]. 2018 Enero [Citado 2019 Marzo]; Volumen (007): 6 páginas. Disponible en: https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf
2. Louise Rebraca Shives editor. Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental conceptos básicos. 6ta edición. España. S.A MCGRAW – HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA; 2007
3. Anónimo. Un poco de historia. [Revista en la Internet]. 2018 Septiembre [Citado 2019 Marzo]; 10 páginas. Disponible en: <https://www.fundacion-salto.org/wp-content/uploads/2018/09/UN-POCO-DE-HISTORIA.pdf>
4. Francisco Larroyo editor. Diálogos de platón. 13ª edición. México. Editorial Porrúa México. 2009
5. media.timetoast.com [Internet]. 2007 – 2019 [Citado 2019 Marzo]. Disponible en: <https://media.timetoast.com/timelines/antecedentes-de-la-enfermeria-en-salud-mental-y-psiquiatrica-aa9e3b2d-2f5f-44f3-a4d9-820236d4c5eb>
6. Santiago Stucchi – Portocarrero. La primera guerra mundial y su impacto en la psiquiatría. Rev. Neuropsiquiatría [Revista en la Internet]. 2014 [Citado 2019 Marzo]; Volumen (77): 5 páginas. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n3/a02v77n3.pdf>
7. Robert EH, Stuart CY, John AT editores. DSM – IV Tratado de psiquiatría. Tomo 1 3ra edición. España. MASSON 2001.
8. Gerard J.T, Bryan D editores. Principios de Anatomía y Fisiología. 15ª edición. Editorial Panamericana México 2018.
9. Richard S.S editor. Neuroanatomía clínica. 7ª edición. Editorial LIPPINCOTT WILLIAMS AND WILKINS. WOLTERS KLUWER HEALTH España 2014.
10. David LF, MD, PhD, Michael KO'B, M.D., PhD. and Mary E M, PhD editores. 3ª edición. MASSON España 2017.

11. Douglas JG editor. Neuroanatomía de bolsillo. 5ª edición. Editorial LIPPINCOTT WILLIAMS AND WILKINS. WOLTERS KLUWER HEALTH España 2015.
12. Daniel Reyes-Haro, Larissa Bulavina y Tatyana Pivneva. La glía el pegamento de las ideas. La Glía (Méx.). Academia Mexicana de Ciencias [Revista en la Internet]. 2014 Abril [Citado 2019 Marzo]; Volumen (1): 8 páginas. Disponible en: https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/online/Red_Glia.pdf
13. John HM. Neuroanatomía texto y atlas, 4ª edición. Editorial MC GRAW HILL INTERAMERICANA, S.A de C.V. 2013
14. lavanguardia.com [Internet]. 2017 [Citado 2019 Marzo]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/ciencia/20171002/431636515446/premio-nobel-medicina.html>
15. milenio.com [Internet]. 2017 Octubre [Citado 2019 Marzo]. Disponible en: <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/como-andamos-de-salud-mental-los-mexicanos>
16. Carrillo-Mora Paul, Ramírez-Peris Jimena, Magaña-Vázquez Katia. Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2013 Ago [citado 2019 Mar 15]; 56(4): 5-15. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002617422013000400002&lng=es
17. Lira David, Custodio Nilton. Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. Rev. Neuropsiquiatría [Internet]. 2018 Ene [citado 2019 Mar 15]; 81(1): 20-28. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003485972018000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3270>
18. Ramos Linares, V, Rivero Burón, R, Piqueras Rodríguez, JA, García López, LJ, Oblitas Guadalupe, LA PSICONEUROINMUNOLOGÍA: CONEXIONES ENTRE SISTEMA NERVIOSO Y SISTEMA INMUNE. Suma Psicológica [Internet]. 2008; 15 (1): 115 – 141. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604005>

19. Gómez González B, Escobar Izquierdo A. Psiconeuroinmunología: condicionamiento de la respuesta inmune. Rev. Méx. [Revista en la Internet]. 2003 [Citado 2019 Marzo]; 8 paginas Disponible en: <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2014/07/Nm0032-10.pdf>
20. Martínez-Levy Gabriela Ariadna, Vásquez-Medina Josué Alberto, Cruz-Fuentes Carlos Sabás. La variabilidad del genoma del mexicano: Implicaciones y perspectivas para la investigación en psiquiatría genética en México. Salud Ment [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2019 Mar 14]; 33(3): 273-280. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252010000300008&lng=es.
21. American Psychiatric Association editors. Guía de los criterios diagnósticos del DSM – V. 5ª edición. Washington, DC. American Psychiatric Publishing 2014.
22. Guía de Práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el adulto, México; Secretaria de salud 2010. [Citado 2019 Marzo]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf
23. Ibáñez Cuadrado, Ángela editores. Genética de las adicciones. Adicciones, vol. 20, núm. 2. [Revista en la Internet]. 2008, [Citado 2019 Marzo], pp. 103-109. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías Palma de Mallorca, España. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122057001>
24. Audrey Berman, Shirley Snyder, fundamentos de enfermería. 9^{va} edición. Pearson. Madrid. 2013
25. José Luis Álvarez Suarez, Fernanda del Castillo Arévalo, Delia Fernández Fidalgo, Montserrat Muñoz Meléndez editores. Manual de Valoración de Patrones Funcionales. . [Revista en la Internet]. 2010, [Citado 2019 Marzo]; 34 páginas. Disponible en: <https://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>

26. NANDA INTERNACIONAL editor. Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación. Elsevier España. 2015 – 2017.
27. Bulechek K. Howard editor. Clasificación de intervenciones de enfermería NIC. . Elsevier España. 2019
28. Moorhead. Sue editor. Clasificación de resultados de Enfermería NOC. Elsevier España. 2019

Capítulo 8

8.1 Anexos

Glosario de términos en Psiquiatría:

1. **Abreacción:** proceso mediante el cual el material reprimido, especialmente los conflictos y experiencias dolorosas, vuelven a la conciencia.
2. **Abstinencia:** Conjunto de síntomas y signos provocado por la reducción o supresión brusca de la dosis habitual de una droga o medicamento del que se tiene dependencia.
3. **Abulia:** Falta de voluntad o disminución notable de la energía que impide al sujeto emprender una tarea
4. **Acalculia:** Condición del que no sabe realizar cálculos sencillos por no haber aprendido.
5. **Acatasia:** Trastorno del lenguaje que consiste en la alteración de la sintaxis; es decir, del orden de las palabras en la frase; se observa en ciertas alteraciones del cerebro y en algunos enfermos esquizofrénicos.
6. **Acatasia:** Sensación subjetiva de tensión muscular secundaria a antipsicóticos, el paciente está inquieto, se sienta y se para repetidamente.
7. **Acatisia:** Incapacidad para experimentar ciertos enfermos de sentarse o de permanecer sentados como consecuencia de la ansiedad o debido al efecto secundario de los medicamentos que se utilizan para tratar la psicosis.
8. **Acinesia:** falta de movimiento físico, como la esquizofrenia catatónica, o por efecto extrapiramidal de los antipsicóticos.
9. **Adicción:** Dicho de persona, que consume de forma compulsiva una droga o ciertos medicamentos de los que tiene dependencia o muestra una tendencia irrefrenable a realizar ciertas conductas de forma reiterada y excesiva, como las compras, los juegos de azar o el trabajo, a pesar de ser consciente del perjuicio que le depara.
10. **Adinamia:** Debilidad y cansancio mental y físico característico de la neurastenia y la depresión.
11. **Adiadocinecia:** Incapacidad para ejecutar movimientos rápidos alternantes.

- 12. Afasia motora:** alteración en el lenguaje causada por un trastorno cognoscitivo en el cual se mantiene la comprensión, pero la capacidad para emitir el lenguaje está deteriorada.
- 13. Afecto:** Expresión observable de la emoción, que puede ser congruente con la descripción hecha por el paciente.
- 14. Agitación:** Ansiedad intensa asociada con inquietud psicomotriz.
- 15. Agnosia:** Incapacidad para reconocer e interpretar el significado de las experiencias sensoriales.
- 16. Agorafobia:** Trastorno de ansiedad que se caracteriza por la sensación de angustia y miedo ante los espacios públicos.
- 17. Agrafia:** Incapacidad total o parcial para expresar las ideas por escrito a causa de una afección cerebral o de un trastorno mental de causa no orgánica debe nombrarse grafoapraxia, y el término agrafia debe reservarse para los casos en los que el sujeto no sabe escribir o le resulta difícil por una formación deficiente o por falta de costumbre.
- 18. Agresión:** Acción violenta, verbal o física, dirigida a un objeto. Constituye la parte motora de la emoción rabia, ira u hostilidad.
- 19. Alexia:** Incapacidad total o parcial de leer debido a la falta de aprendizaje o de práctica.
- 20. Algofobia:** Temor patológico al dolor
- 21. Aloerotismo:** Actividad sexual en la cual la excitación y el placer se obtienen mediante el cuerpo de otra persona.
- 22. Alogía:** Pobreza de habla, restricción de la cantidad del habla espontánea, el habla puede ser adecuada pero excesivamente concreta, abstracta, repetida.
- 23. Alucinación:** Percepción de un objeto inexistente o que no está presente en el campo perceptivo, que el sujeto puede o no considerar real o que percibe claramente a pesar de no creer en su presencia.
- 24. Alucinación Gustativa:** Percepción falsa del sabor, como el sabor desagradable que causa una crisis uncinada.
- 25. Alucinación Auditiva:** Percepción falsa de un sonido, Generalmente voces, música, etc.

- 26. Alucinación Hipnagógica:** Percepción sensorial falsa que tiene lugar al entrar en el sueño. No se considera signo patognomónico de la enfermedad.
- 27. Alucinación Hipnopómpica:** Percepción falsa que ocurre al salir del sueño
- 28. Alucinación Imperativa:** Percepción falsa de órdenes que el paciente se siente obligado a cumplir.
- 29. Alucinación Somática:** Percepción falsa de que algo le sucede al organismo. De origen visceral en la mayoría de los casos. Se conoce como alucinación cenestésica.
- 30. Alucinación Táctil:** Percepción falsa del tacto o de sensación de superficie, como la del miembro amputado, o la sensación de hormigueo superficial o por debajo de planos anatómicos.
- 31. Alucinación Visual:** Percepción visual falsa de imágenes, pueden ser personas, destellos luminosos o sombras.
- 32. Alucinosis:** Alucinaciones generalmente auditivas que se asocian con el consumo crónico de alcohol y que aparecen con la conciencia clara.
- 33. Amaxofobia:** Temor patológico o conducir un vehículo de motor o a viajar en él.
- 34. Amimia:** Ausencia de la expresión facial.
- Ambivalencia:** Coexistencia en el mismo sujeto de dos impulsos opuestos hacia la misma cosa.
- 35. Amnesia:** Incapacidad total o parcial para recordar experiencias pasadas.
- 36. Amnesia Anterógrada:** Amnesia de los hechos ocurridos después de un punto en el tiempo.
- 37. Amnesia Retrograda:** Amnesia de lo ocurrido después de un punto en el tiempo.
- 38. Amnesia Histórica:** Pérdida de capacidad sensorial como resultado de un conflicto emocional.
- 39. Anancasmo:** Un pensamiento o una preocupación, como una idea fija, un pensamiento o una preocupación que el sujeto no puede reprimir, a pesar de juzgarlo absurdo o de estimar que domina y persiste sin motivo; de forma

exagerada se observa en el trastorno Obsesivo – compulsivo y en el trastorno compulsivo de la personalidad.

- 40. Anancástico:** Dícese de un trastorno de la personalidad que se caracteriza por preocupación o detalles, el orden y la rutina, perfeccionismo, escurpulosidad, rectitud, convencionalismo, rigidez, obstinación y obsesiones, todo de ello de carácter excesivo o desmesurado, aplicado a la personalidad, es sinónimo de obsesivo – compulsivo.
- 41. Anhedonia:** Pérdida del interés y abandono de las actividades habituales.
- 42. Animo Elevando:** Animo más alegre de lo habitual.
- 43. Animo Eutímico:** Animo dentro del rango normal, que implica la ausencia de un ánimo deprimido o elevado.
- 44. Animo Expansivo:** El sujeto expresa sus sentimientos sin inhibiciones, generalmente con una sobre valoración de sus importancias
- 45. Animo Irritable:** El sujeto se enfada fácilmente y se comporta con ira.
- 46. Animo Lábil:** Oscilaciones entre euforia y depresión o ansiedad.
- 47. Anorexia:** Pérdida o disminución del apetito.
- 48. Anosognesia:** Incapacidad del sujeto para reconocer un déficit neurológico como propio.
- 49. Ansiedad:** Sentimiento de aprensión que produce la anticipación del peligro.
- 50. Ansiólisis:** Efecto que producen algunos psicofármacos consistentes en la disminución del nivel de conciencia.
- 51. Apatía:** Tono emocional anodino asociado con desinterés e indiferencia.
- 52. Aplanamiento emocional:** El paciente no tiene reacciones emocionales, expresión emocional y sentimental disminuida. Expresión facial inmutable y pérdida.
- 53. Apraxia:** Incapacidad de llevar a cabo tareas específicas.
- 54. Antisocial:** Trastorno de la personalidad que se caracteriza por desprecio y violación de los derechos de los demás, falta de adaptación a las normas sociales y legales, tendencia a mentir, irritabilidad, agresividad, despreocupación imprudente, irresponsabilidad y ausencia de remordimientos.
- 55. Apraxia:** Incapacidad de llevar a cabo tareas específicas.

- 56. Ataxia:** Fallo de coordinación muscular.
- 57. Atención:** Capacidad para mantenerse centrado en una actividad o capacidad de concentración.
- 58. Avolición:** Incapacidad para desarrollar dar pie por sí mismo al desarrollo de alguna actitud dirigida alcanzar ciertas metas.
- 59. Bipolar:** Trastorno del estado de ánimo en el cual el enfermo oscila entre la alegría y la tristeza de una forma mucho más acentuada que las personas normales; puede cursar con o sin síntomas psicóticos, tales como alucinaciones y delirios.
- 60. Bloqueo:** Interrupción brusca del curso del pensamiento antes de complementar un pensamiento o idea. Después de una breve pausa el sujeto dice no recordar que decía iba a decir.
- 61. Bradicinesia:** Enlentecimiento de la actividad motora con disminución de la cantidad de movimientos normales y espontáneos.
- 62. Bradilalia:** Lentificación del habla, observable en algunas enfermedades neurológicas y trastornos mentales de causa no orgánica.
- 63. Bulimia:** Hambre insaciable e ingesta voraz, seguida de vómito.
- 64. Carebaria:** sensación de pesadez en la cabeza, indicativo de ansiedad, depresión y de ciertos cuadros neurasténicos. También puede deberse a resaca de la intoxicación por abuso de sustancias.
- 65. Catalepsia:** Mantenimiento rígido de una posición corporal durante un periodo de tiempo prolongado sin propósito aparente, que se observa en algunos enfermos esquizofrénicos.
- 66. Cataplejía:** Pérdida bilateral súbita del tono muscular que hace que el sujeto caiga al suelo, generalmente asociada con una emoción intensa, un susto, la ira, la cólera o el miedo.
- 67. Catatonía:** Síndrome esquizofrénico que consiste en estupor, mutismo y rigidez o movimientos estereotipados, manierismos o agitación.
- 68. Catexia:** Cantidad de energía psíquica que se halla unida a una representación mental o a un grupo de representaciones mentales, una parte del cuerpo, un objeto, etc.

- 69. Catarsis:** Exteriorizar o sacar a flote verbal o emocionalmente los trastornos afectivos fuertemente reprimidos.
- 70. Cleptomanía:** Compulsión a robar.
- 71. Compulsión:** Necesidad patológica de actuar según un impulso que, si se resiste, produce ansiedad. Conducta repetitiva en respuesta a una obsesión o que se ejecuta siguiendo ciertas reglas sin otro fin que prevenir que podría ocurrir en el futuro.
- 72. Conductismo:** teoría psicológica que postula que toda conducta, incluso la patológica, es una respuesta aprendida a un estímulo procedente del exterior que la repetición de la conducta se mantiene por que ha sido recompensada y que el comportamiento constituye un intento de adaptación del organismo a su entorno.
- 73. Coprofagia:** ingesta de materia fecal.
- 74. Coprolalia:** Compulsión a proferir expresiones groseras, u obscenas; puede ser una tendencia de carácter obsesivo, un tic o un componente de algunos delirios agudos o crónicos.
- 75. Crepuscular:** Estado de alteración de la conciencia en el cual el enfermo, a causa de una afección en el encéfalo o de un trastorno mental causa no organizada, actúa como si no tuviese conciencia o no fuese plenamente consciente de lo que hace, siguiéndose el episodio de una amnesia total o parcial de lo sucedido.
- 76. Culpa:** Emoción secundaria a la realización de algo que se percibe como malo.
- 77. Delirio:** es un síntoma propio de las psicosis. En psicopatología se define **delirio** como una creencia que se vive con una profunda convicción a pesar de que la evidencia demuestra lo contrario.
- 78. Demencia:** Deterioro cognoscitivo global y orgánico sin obnubilación de la conciencia.
- 79. Despersonalización:** Sensación subjetiva de irrealidad, extrañeza o falta de familiaridad con uno mismo.
- 80. Desrealización:** Sensación subjetiva de que el entorno es extraño o irreal, sensación de cambio de la realidad.

- 81. Dipsomanía:** Compulsión de beber alcohol.
- 82. Disártria:** Dificultad para la articulación, no en la gramática
- 83. Discalculia:** Pérdida de la capacidad de hacer cálculos matemáticos, no causada por ansiedad o por disminución de la concentración.
- 84. Discinecia:** Dificultad para llevar a cabo movimientos voluntarios, como los trastornos extrapiramidales.
- 85. Disgrafía:** Pérdida de la capacidad para escribir, pérdida de la estructura de palabras.
- 86. Disociación:** Mecanismo de defensa inconsciente, que conlleva la separación de un grupo de procesos mentales o conductuales del resto de la actividad psíquica de la persona, puede producir la separación de una idea de sus tonos emocionales acompañante.
- 87. Distonía:** Contracciones lentas y mantenidas del tronco o los miembros. Es inducida por medicación.
- 88. Dromomanía:** Necesidad imperiosa de correr o desplazarse.
- 89. Duelo:** Respuesta normal y saludable de una persona ante una pérdida. Describe las emociones que se sienten cuando pierde a alguien o algo importante para usted.
- 90. Ecolalia:** Repetición psicopatológica por una persona de frases o palabras pronunciadas por otra. Suele entonarse de forma burlona o entrecortada.
- 91. Ecopraxia:** Imitación patológica de los movimientos de una persona por otra.
- 92. Emoción:** Estado de sentimientos complejos, cuyos componentes psíquicos, somáticos y conductuales se relacionan con el afecto y con el ánimo.
- 93. Erotomanía:** Creencia delirante de que alguien está profundamente enamorado del paciente.
- 94. Estereotipia:** Repetición de un patrón fijo de movimientos o de lenguaje.
- 95. Euforia:** Intensa alegría con sentimientos de grandeza.
- 96. Fatiga:** Sentimiento de debilidad, somnolencia o irritabilidad que sigue a un periodo de actividad mental o física.
- 97. Flexibilidad cética:** Estado de una persona a la que se le puede hacer adoptar una postura y la mantiene.

- 98. Fobia:** Miedo persistente, irracional, exagerado e invariablemente patológico frente algún estímulo específico o situación, la consecuencia es la necesidad de evitar el estímulo temido.
- 99. Fuga:** Asunción de una identidad nueva con amnesia de la antigua identidad, a menudo conlleva al vagar o errar por nuevos ambientes.
- 100. Hiperfagia:** Aumento del apetito y de la ingesta de alimentos.
- 101. Hipersomnía:** Exceso de sueño patológico que puede ir desde la simple somnolencia a la letargia.
- 102. Hipocinesia:** Disminución de la actividad motora cognoscitiva, como el retraso psicomotor, enlentecimiento visible del pensamiento, lenguaje y movimientos.
- 103. Hipocondría:** Preocupación excesiva por la propia salud, que no está basada en la patología orgánica real, sino en la mala interpretación de los signos físicos o sensaciones normales.
- 104. Ideas sobre valoradas:** Creencia irracional falsa y mantenida con menos firmeza que un delirio.
- 105. Ideación suicida:** Pensamientos o acciones destinadas a quitarse la vida.
- 106. Ilusión:** Percepción distorsionada de un estímulo sensorial externo real.
- 107. Impulsividad:** Tendencia a obrar o actuar sin haber sido analizada o pensada la acción, los actos escapan del control del sujeto.
- 108. Incoherencia:** Pensamiento que en general resulta incomprensible, pensamientos y palabras sin ninguna conexión lógica o gramatical, que produce un lenguaje desorganizado.
- 109. Insight:** Incapacidad de un sujeto para comprender la causa y el significado de una situación.
- 110. Insomnio:** Falta de sueño o disminución de la capacidad para dormir.
- 111. Inteligencia:** capacidad de entender, recordar, movilizar e integrar de manera constructiva el aprendizaje previo cuando han de afrontarse nuevas situaciones.
- 112. Jamais vu:** Falso sentimiento de extrañeza respecto a una situación ya experimentada.

- 113. Jergafasia:** Las palabras que se emiten son todos neologismos.
- 114. Juicio alterado:** Disminución de la capacidad para valorar correctamente una situación y actuar de forma adecuada.
- 115. Juicio automático:** Ejecución refleja de un acto.
- 116. Juicio crítico:** Capacidad para evaluar, discernir y elegir entre varias opciones en una situación dada.
- 117. Juicio:** Capacidad para valorar correctamente una situación y para actuar en esa ocasión de forma adecuada.
- 118. Logorrera:** Habla extremadamente rápido y no se entiende nada
- 119. Macropsia:** Estado en el que los objetos parecen mayores de lo que son.
- 120. Memoria:** Función por la que la información almacenada en el cerebro se retrotrae a la conciencia.
- 121. Miedo:** Ansiedad causada por un peligro real, reconocido conscientemente.
- 122. Mitomanía:** Compulsión a mentir.
- 123. Mutismo:** forma de negativismo, ausencia del lenguaje hablado que depende de un factor involuntario, sin que existan anomalías estructurales.
- 124. Negativismo:** Resistencia sin motivo a ser movilizad o a obedecer cualquier orden.
- 125. Neologismo:** Palabra nueva, creada por el paciente.
- 126. Neurosis:** Juicio alterado de la realidad, con la creación de una nueva realidad, pero la evaluación de la realidad está intacta, la conducta puede que no viole normas sociales fundamentales, pero es relativamente persistente sin tratamiento.
- 127. Obnulación:** Estado semi - confusional que se caracteriza por disminución del estado de alerta, apatía, entorpecimiento y retardo en las funciones mentales, falta de claridad y lucidez del pensamiento.
- 128. Obsesión:** Persistencia patológica de un pensamiento o sentimiento que no puede ser eliminado de la conciencia mediante la lógica.
- 129. Pantalla amnésica:** Es un recuerdo tolerable por la conciencia que cubre otro doloroso.
- 130. Paramnesia:** Falsificación de la memoria por distorsión del recuerdo.

- 131. Parrespuesta:** Respuesta que no corresponde con la pregunta realizada.
- 132. Pensamiento abstracto:** Capacidad para apreciar matices y emplear metáforas e hipótesis adecuadamente, pensamiento multidireccional.
- 133. Pensamiento concreto:** Pensamiento unidimensional, uso limitado de las metáforas, sin comprensión de los matices del significado del lenguaje.
- 134. Pensamiento ilógico:** El pensamiento contiene contradicciones internas o conclusiones erróneas. Solo es patológico cuando es predominante y no se debe a valores culturales o déficit intelectual.
- 135. Pensamiento pueril:** los contenido del pensamiento son muy simples, elementales superficiales y falta de elaboración.
- 136. Pensamiento:** Flujo e ideas, símbolos y asociaciones dirigidos a un objetivo, que se inician por la existencia de un problema o tarea y que conducen a una conclusión de acuerdo con la realidad. El pensamiento es normal cuando se da una secuencia lógica.
- 137. Percepción:** proceso por el que los estímulos físicos se transforman en información psicológica, proceso mental por el que los estímulos sensoriales pasan a la consciencia.
- 138. Personalidad múltiple:** una persona que parece tener dos o mas personalidades completamente diferentes en distintos momentos.
- 139. Perversión:** Modificación de las tendencias afectivas y morales, que se traducen en comportamientos inmorales y antisociales.
- 140. Piromanía:** Impulsión obsesiva a provocar incendios.
- 141. Pobreza de pensamiento:** Trastorno del pensamiento donde se observa una significativa falta de ideas, repetición de ideas.
- 142. Polifagia:** Sobre ingesta patológica.
- 143. Postura catatónica:** Asunción voluntaria de una postura inadecuada o extraña que suele mantenerse durante periodos prolongados de tiempo.
- 144. Pseudo demencia:** Cuando de origen no orgánico cuya clínica semeja a la de la demencia, la causa más frecuente es la depresión.
- 145. Psicosis:** Incapacidad para distinguir la realidad de la fantasía. Juicio de la realidad alterado, con la creación de una nueva realidad.

- 146. Quiromanía:** Impulsión morbosa a la masturbación.
- 147. Represión:** Mecanismo de defensa caracterizado por el olvido inconscientemente de ideas o instintos intolerables.
- 148. Rigidez catatónica:** Adoptar voluntariamente una postura rígida, que resiste cualquier intento de movilización.
- 149. Risas Inmotivadas:** El paciente se ríe sin que haya un condicionante externo.
- 150. Robo del pensamiento:** Delirio por el que los propios pensamientos son sustraídos de la mente por otras personas o fuerzas externas.
- 151. Sinestesia:** Sensación o alucinación causada por otra sensación. Vg. Un estímulo auditivo desencadena una sensación visual, un sonido experimentado como si fuera visto o experiencia visual se oye.
- 152. Soliloquios:** El paciente habla solo.
- 153. Somatognosia:** Incapacidad del sujeto para reconocer una parte de su cuerpo como propia.
- 154. Somnolencia:** Sueño poco profundo, estado intermedio entre el sueño y la vigilia.
- 155. Sublimación:** Mecanismo de defensa maduro de transformación de conflictos, cambiando tendencias o instintos inferiores en sentimientos elevados.
- 156. Sugestión:** Proceso mental consistente en admitir ideas o ejecutar actos provocados por las palabras de otras personas.
- 157. Tangencialidad:** Incapacidad para asociar pensamientos con un objeto. El paciente nunca alcanza la conclusión deseado desde el punto de partida.
- 158. Temblor:** Alteración rítmica del movimiento que generalmente es más rápido de un golpe por segundo. Suele disminuir durante los movimientos de relación y sueño, y aumenta con la cólera y la tensión.
- 159. Tensión:** Aumento de la actividad psíquica y motora que resulta desagradable.
- 160. Timia o Tímico:** Referente al humor

- 161. Trastorno formal del pensamiento:** alteración en la forma del pensamiento más que en su contenido. El pensamiento se caracteriza por asociaciones laxas, neologismos y construcciones ilógicas. El curso del pensamiento es desordenado y la persona es definida como psicótica
- 162. Trastornos fisiológicos asociados con el ánimo:** Signos de disfunción somática, o signos vegetativos.
- 163. Verborrea:** Discurso copioso, coherente y lógico.
- 164. Volición:** Elección decisión conscientes.
- 165. Voz excesivamente alta o baja:** falta de modulación el volumen del discurso normal, puede reflejar gran variedad de estados patológicos.
- 166. Zoopsias:** Alucinaciones visuales de animales repugnantes.