



ESCUELA DE ENFERMERÍA
DE CRUZ ROJA MEXICANA DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12

PROCESO CUIDADO ENFERMERO “ATENCIÓN A PACIENTE CON
DEPRESIÓN MAYOR “

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA

FLOR CARLINA GORDOA ORTA

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



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.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA DELEGACIÓN
SAN LUIS POTOSÍ

INCORPORADA A LA UNAM

CLAVE 8715/12

PROCESO CUIDADO ENFERMERO “ATENCIÓN A PACIENTE CON
DEPRESIÓN MAYOR “

PRESENTA

FLOR CARLINA GORDOA ORTA

L.E. CLAUDIA GLAFIRA MARTÍNEZ SALDAÑA E.P.

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA DELEGACIÓN SAN LUIS
POTOSÍ

INCORPORADA A LA UNAM

CLAVE 8715/12

*CARTA DE ACEPTACIÓN DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO
PARA LA TITULACIÓN DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA*

Los suscritos miembros del proceso de titulación de

FLOR CARLINA GORDOA ORTA

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

Proceso Cuidado Enfermero “Atención al Paciente con Depresión Mayor”

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea sustentado en Examen de Grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

L.E. Claudia Glafira Martínez Saldaña E.P.

Tutor

M.E.y.A.S. Clara Elena Infante Granja

Presidenta

M.E.y.A.S. Rita de Guadalupe Martínez Rocha L.E.O. Luz Esperanza Hernández Terrazas

Secretaria

Vocal

San Luis Potosí, S.L.P. a _____ de _____ del 2021

I .INDICE

Contenido

I .INDICE	
AGRADECIMIENTO.....	
RESUMEN	
II INTRODUCCION	1
III JUSTIFICACION	3
IV OBJETIVOS	4
4 .1 OBJETIVO GENERAL	4
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
V. MARCO TEORICO	5
5.1. ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINARIA	5
5.2. EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO	7
5.3. PROCESO CUIDADO ENFERMERO	8
5.4.1. Primera Etapa Valoración	9
5.4.2. Segunda Etapa Diagnóstico.....	12
5.4.3. Tercera Etapa Planeación.....	17
5.4.4. Cuarta Etapa Ejecución	19
5.4.6. PROBLEMÁTICA DE LA SALUD DE LA PERSONA	21
5.5. MODELO TEÓRICO DE BETY NEUMANN	31
5.5.1. Modelo de sistemas:	31
FUNDAMENTOS TEÓRICOS	32
VI. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO	33
6.1 VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDON.....	33
6.2 DIAGNOSTICO ENFERMERO.....	38
6.3 PLANIFICACIÓN (INDICADORES DE CALIDAD)	38
6.4. EJECUCIÓN (NIC, GPC, FUNDAMENTACIÓN DE CADA INTERVENCIÓN).....	39
6.5 EVALUACIÓN.....	39
VII. PLAN DE ALTA	44
VIII CONCLUSIONES	47
IX BIBLIOGRAFÍA	49
X GLOSARIO DE TERMINOS	54
XI ANEXO IMÁGENES	57

AGRADECIMIENTO

“La clave de la inmortalidad es vivir una vida que valga la pena recordar”

Bruce lee

Este trabajo ha sido una gran bendición en todos los sentidos tanto personal como profesional como para la escuela de enfermería de Cruz Roja Mexicana incorporada a la UNAM.

Para llegar a cumplir este trabajo siempre alguien detrás de este sueño, como mi familia, maestro.

A ti amigo, consejero de la vida, respeto y admiro, Porque estuviste ahí para enseñarme y transmitirme valores, te entregabas en cuerpo y alma a tu profesión y a tu paciente. Gracias por todo lo que me diste porque de ti me quedan los mejores recuerdos.

Infinitas gracias por tu cariño y tu amistad, amigo.

DR. JOSE ALFREDO ZAMUDIO TREJO

RESUMEN

Introducción: La depresión mayor se caracteriza por una combinación de síntomas como son la dificultad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras, incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un puede ocurrir solo una vez en el curso de la vida de una persona, o mayormente, recurre durante toda su vida.(referencia) según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo. (OMS, 2021).

Esta enfermedad no trasmisible que resulta de la intención de múltiples factores biológicos, sociales e individuales, como lo señala el boletín nacional epidemiológico de enfermedades no trasmisibles de México, destaca factores como ser mujer, dedicarse a las labores del hogar, nivel socioeconómico bajo desempleo, experiencias de violencia. (SALUD, 2021)

Objetivo: Aplicar un proceso cuidado enfermero en paciente con depresión utilizando como método de valoración a Marjory Gordon.

Metodología: Este trabajo se realizó de manera inicial con la identificación de paciente con depresión, posterior a la valoración de patrones funcionales dio lugar a la elaboración de un plan de cuidados utilizando la metodología NANDA, NOC, NIC.

Resultados: Se logra integrar la priorización de los diagnósticos de enfermería, el modelo teórico de Bety Neumann con las intervenciones, así como extraer las recomendaciones en el plan de alta para la paciente del caso clínico elegido.

Conclusiones: Para la atención de los pacientes con depresión se requiere la aplicación del Proceso Cuidado Enfermero, así como la identificación del rol profesional desde el punto de vista del modelo conceptual de sistemas como lo constituye la teoría de Betty Neumann.

Palabras claves: depresión, anhedonia, proceso cuidado enfermero, neurobiología.

II INTRODUCCION

El presente trabajo contiene información referente a la atención de enfermería ante la enfermedad no transmisible como es la depresión; de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una de las enfermedades mentales más prevalentes en la población de todas las comunidades del mundo; los síntomas suelen comenzar a una edad muy temprana y muchas ocasiones no detectables oportunamente.

Analizar este problema y mencionar las causas de esta enfermedad, que afecta a familias y escuelas y provoca inestabilidad, entre sus causas están: bullying, divorcio, violencia intrafamiliar, muerte de personas significativas. Ante esta situación, el equipo de atención primaria debe jugar un papel importante en la búsqueda y diagnóstico de nuevos casos, así como en el seguimiento de los pacientes, por las altas tasas de prevalencia de esta enfermedad ya que la incidencia de esta enfermedad en junio del 2021 fue de 39.5 casos por cada 100 1000 mil habitantes (SALUD, 2021).

En San Luis Potosí durante el 2019 se brindó atención a un total de 1 mil 041 pacientes con un trastorno depresivo y se prevé que en adelante el número crezca significativamente como consecuencia de la pandemia generada por el covid-19 (Potosí, 2021).

Ante este panorama la enfermedad resulta vital para profesional de enfermería el involucramiento, capacitación y sensibilización para el manejo de estos pacientes ya que es necesario ejecutar la metodología del Proceso Cuidado Enfermero individualizando la atención que permita atender las necesidades de la persona afectada por esta patología.

Por otro lado, para guiar la práctica de enfermería es necesario desarrollar marcos conceptuales y teóricos para no perder de vista principal objetivo es el cuidado del paciente; así como la especialización continúa como herramienta general de enfermería, se enfoca en satisfacer las necesidades sociales, físicas y psicológicas de la persona.

El impacto de trabajar con personas con enfermedad mental ayudara a disminuir el estigma social que se tiene ya que se prevé que la depresión será la principal causa en afectar mundialmente de manera similar como las enfermedades crónicas degenerativas.

Con este propósito saber qué síntomas nos recuerdan que nuestra salud emocional y mental se está viendo afectada para que podamos encontrar una solución antes de que sea demasiado tarde.

III JUSTIFICACION

En México el número de casos notificados de depresión en el 2020 ha aumentado significativamente con 66,3 casos por 100.000 habitantes y actualmente se ha reducido en 39,5 casos. (Salud, 2020)

Se conoce que los factores que afectan a todas las personas en el mundo para desencadenar esta condición son genéticos, sociales y biológicos, pero esta información es desconocida por la sociedad y lo que prevalece es más el estigma lo que dificulta que la evolución de la enfermedad tenga éxito en sus primeros años de evolución.

Aunado a la pandemia COVID-19 se puede inferir que los datos estadísticos anteriormente mencionados no hayan disminuido en sí la presencia de la enfermedad, más bien, se presupone sea por la falta de notificación de síntomas por la reducción de espacios consultantes, así como el no apereamiento de las manifestaciones clínicas de esta enfermedad, por lo tanto puede haber un subregistro que no muestre un claro panorama epidemiológico.

Por ello, en los cuidados enfermeros, sigue siendo un reto la capacitación y fortalecimiento profesional que estimule el pensamiento y razonamiento crítico, las intervenciones oportunas, la calidad de la atención a través del uso del método científico que sustente con evidencia nuestra participación en el arte de Cuidar.

Este trabajo pretende, además de diseñar y recomendar cuidados de enfermería específicos para los pacientes con depresión mayor, el promover una adecuada salud mental en la población identificando y trabajando en los factores de riesgo.

De esta manera, las personas con esta enfermedad estarán protegidas de su atención y del estigma social; también se pretende evaluar la implementación de las intervenciones y su impacto en los síntomas emocionales, que la persona comprenda el fenómeno de la depresión y sobre todo, busque grupos de autoayuda así como ser tratado con profesionales del cuidado.

IV OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Aplicar un proceso cuidado enfermero en paciente con depresión utilizando como modelo para valoración los patrones funcionales de Marjory Gordon apoyado por la teoría de Betty Neumann.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Integrar elementos teóricos utilizando las taxonomías NANDA, NIC, NOC
- Implementar el modelo teórico de sistemas por Betty Neumann como abordaje para el Proceso Cuidado Enfermero.
- Diseñar el plan de alta individualizado para la paciente con depresión mayor.

V. MARCO TEORICO

5.1. ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINARIA

La enfermería ha recorrido numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales, como disciplina y como profesión donde tiene como sujeto de atención al hombre, la familia ya la comunidad. Su rol y las tendencias de cuidado de salud son y fueron influenciados por los cambios políticos, sociales, culturales, científicos y por las problemáticas de salud de la comunidad. (Ponti, 10 de marzo 2016)

A través de los años, enfermería ha evolucionado y cambiado conceptos, definiciones donde se estableció como campo científico y se describió en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas subordinadas a la medicina, como un servicio humano amplio, como una vocación aprendida y más recientemente como una disciplina en el área de la salud, que maneja el cuidado de esta durante el transcurso del ciclo vital.

A continuación, se señalan algunos hitos que marcaron el desarrollo de la enfermería como profesión:

- **Prehistoria:** Etapa en la que el hombre vivía agrupado como únicos mecanismos de defensa ante las adversidades del medio y se dedicaba principalmente a la caza y se reconocían como hechicero o bruja mediante ritos mágicos.
- **Edad media baja (siglos XI-XV):** caballeros de la orden de san Juan de Jerusalén, caballeros teutónicos, órdenes religiosas franciscana y otras figuras como parteras, y sus métodos para tratar la enfermedad eran remedios de creencias mediante reliquias, exorcismos y remedios empíricos como enemas, ungüentos. Y mediante la medicina técnica se realizaba disección de cadáveres para estudio de anatomía.
- **Edad media alta:** Mujeres feudales, monjes-sacerdote, médicos, médicos islámicos barberos, sangradores cirujanos, matronas y comadres y sus remedios eran de creencias mediante obras de caridad, remedios empíricos y medicina técnica.
- **Mundo contemporáneo (siglo XIX):** Figuras domésticas, médico de cabecera, comadrona, y la organización de Cruz Roja Internacional y Consejo Internacional de Enfermería. Y sus remedios eran caseros, brebajes, purgas, medicina artesanal como

- aplicación de ventosas, ungüentos, y consejos dietéticos e higiénicos. Y como medicina experimental búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad
- **Enfermería siglo XX:** Cirujanos-sangradores, ministrantes, practicantes, matronas y parteras, enfermeras auxiliares de clínica, técnicos sanitarios. Y sus métodos son mediante auge de la medicina científica, gran desarrollo de técnicas diagnósticas y terapéuticas protagonismo de la cirugía (Martínez Martín & Chamorro Rebollo, 24 abril 2017, #)

Como se le conoce, Florence Nightingale es la primera teórica en enfermería la que determina que el cuidado incluye ser responsable de la salud y atención de otra persona; reconoce que requiere la aplicación de un método que permita la acción organizacional. En el medio educativo, este método es el *Proceso de Atención de Enfermería*.

En la conceptualización de la enfermería, es importante sentar las bases para el reconocimiento como disciplina profesional.

De acuerdo con Potter la enfermería no es simplemente una *hacedora*, sino más bien una profesión que brinda atención de calidad centrada en el paciente, para ello necesita fundamentos, conocimiento teórico y un código ético propio. (Potter, 2015)

Asimismo la disciplina de enfermería invita a trabajar con calidad y meticulosidad, cualidades adquiridas durante su formación aunado al ejercicio de hábitos científicos para la elaboración, difusión y aprendizaje del conocimiento.

Como se ha dicho las teóricas en enfermería han considerado esta disciplina desde varias concepciones de acuerdo a sus modelos teóricos.

Leininger considera como principal concepto, a la cultura, y que estos cuidados sean congruentes, los cuales son los que dejan al paciente convencido de que ha recibido una poderosa fuerza sanadora para la salud.

Orem define la actividad de enfermería como un marco de una relación interpersonal legítima para actuar, saber y ayudar a las personas a cubrir sus necesidades terapéuticamente de autocuidado. Su premisa central es "las personas pueden beneficiarse de la enfermería porque están sujetas a limitaciones asociadas a la salud, las cuales les

hacen incapaces de mantener un auto cuidado continuo o un cuidado en dependencia”. (Cutcliffe, McKenna, & Hyrkas, 2011)

Por otro lado Henderson considera a la enfermería como una profesión independiente con funciones, de asistencia al individuo sano o enfermo, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte placentera).

De modo que cada modelo de enfermería hace alusión a la palabra cuidado así como hacen referencia a los cuatro elementos esenciales del metaparadigma que lo describen: cuidado, salud, persona y ambiente. (Cutcliffe, McKenna, & Hyrkas, 2011)

5.2. EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

Vázquez Mendoza menciona al cuidado como “un intercambio terapéutico, interpersonal, único y recíproco, cuyos resultados pueden resumir en: crecimiento del sujeto del cuidado y del cuidador y aumento del potencial para el autocuidado” (Mendoza, 2002)

Por consiguiente, la enfermería es una disciplina profesional, que se fundamenta por su propia historia, antropología, filosofía así como valores propios, principios éticos y su marco legal con lo que sustenta su práctica.

Aunque para la enfermería, es necesario reconocer e incorporar los conocimientos políticos y sociales como lo propone Sr. Callista Roy en la formación de enfermeras.

Las enfermeras saben cómo reducir y localizar el conocimiento y saben cómo controlar las variables, lo que no saben es la mayor parte de la base filosófica el conocimiento, generar y crear conocimientos para resolver problemas en la práctica profesional de la enfermería, realizar investigación científica, calificaciones de la enfermera.

Asimismo la prestación de cuidados, independientemente de su forma e importancia, es obviamente desde la perspectiva de los cuidados, por lo que el cuidado requiere una base científica sólida y contrastada. El cuidado requiere, en la actualidad, un reconocimiento social ya que la práctica se sustenta en lo científico y se basa en teorías que lo sustentan y vuelve a la enfermería cada vez más autónoma. (Pinto Afanador, 2021)

No obstante, a medida que se modifica el panorama demográfico y epidemiológico, aumenta el número de hospitalizaciones por enfermedades nuevas, agudas o por complicaciones causadas por enfermedades crónicas, la amplitud de las habilidades básicas y las ciencias de la enfermería deben hacer frente a estos cambios. Por lo tanto en el siglo XX continúa y a la fecha, el desarrollo de teorías de enfermería, tras el esfuerzo de los profesionales de enfermería de acuerdo al campo de aplicación del cuidado. (Zabalegui Yárnoz, 2021)

El cuidado implica el reconocimiento de las necesidades del otro, a una relación, un vínculo que puede incluir o no aspectos afectivos, pero que siempre busca proporcionar bienestar. La tarea de cuidado une al cuidador con la persona que requiere cuidado en aspectos que tiene que ver con las acciones relacionadas con su bienestar físico, mental y social en termino de poder y también en cuestiones que pueden relacionarse con los sentimientos, Cuidar es un acto de individual que uno se da a si mismo cuando adquiere autonomía, y cuando esto sucede con el paciente es entonces que se convierte en intercambio.

Los cuidados representan todo este conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como beber, comer, evacuar, lavarse, levantarse, moverse, desplazarse, el cuidado es el centro medio y fin de la práctica de enfermería, están constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y ayudar a otro a adquirir autosuficiencia. (Barbosa Silva, L. 2017)

5.3. PROCESO CUIDADO ENFERMERO

El proceso cuidado enfermero nace de la evolución de sustentar científicamente el cuidado, si bien ya se ejecutaba con las acciones de enfermería, se comenzó a dar orden y secuencia a sus pasos. Actualmente se considera como la herramienta la cual es apoyo para la calidad de atención en la relación enfermero – paciente, constituye un instrumento que permite cubrir e individualizar las necesidades del paciente, familia, comunidad, asegura a la enfermería clarificar las necesidades prioritarias y sistematizar a las intervenciones de enfermería; este proceso tiende a ser flexible, continuo. (PCE, 2021)

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de cuidado de Enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos; valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Estos pasos como ya se ha mencionado, se entrelazan y pueden recomenzar a la par de la evolución del padecimiento del paciente. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen. (T. Heather Herdman, PhD, RN, FN y Shigemi Kamitsuru, 2015-2017)

5.4. ETAPAS DE PROCESO CUIDADO ENFERMERO

5.4.1. Primera Etapa Valoración

En esta etapa es primordial identificar los factores y las situaciones que van a determinar aquellos problemas presentes, en el cual se refleja el estado de salud del individuo, tiene como finalidad dirigirse a un objetivo en común, respondiendo a un cambio continuo.

Mediante la realización de la colecta de información de diversas fuentes involucradas en este proceso, como lo son: el individuo propiamente; la familia, la cual tiene relación directa con este; el diferente equipo multidisciplinario de salud; aquellos registros clínicos que se tienen; los exámenes físicos realizados; los laboratorios recabados; y algunas otras pruebas diagnósticas que se llevaron a cabo en la estancia del paciente. Para la recolecta de esta información se utilizan diversos métodos como la interacción personal, la observación y la medición.

La realización de la valoración y el registro tienen una base teórica a partir de diversos conocimientos que van en conjunto y adaptados con los patrones funcionales de Marjory Gordon, basada en una valoración sistemática, organizada, haciendo énfasis en los datos objetivos y subjetivos empleando diversas técnicas directas e indirectas analizando y empleando los datos obtenidos.

Es importante seguir un orden en la valoración de forma que, en la práctica y aplicación, el personal de salud adquiera habilidades para no olvidar ningún dato relevante, obteniendo

la mayor información posible en el tiempo disponible y adecuado para la valoración de enfermería, adaptándose en cualquier lugar o área especializada. (Pinto Afanador, 2021)

Los antecedentes tienen un papel importante ya que se refiere a todo aquel hecho que ha ocurrido anteriormente y comprenden alguna hospitalización previa sea o no relacionada con la patología actual que se busca analizar. Ésta también abarca enfermedades crónicas – degenerativas o algún patrón de comportamiento que sean base para referenciar los hechos en el tiempo.

Un dato debe tener información concreta, que acapará el estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Métodos para obtener datos.

Entrevista clínica: es la técnica esencial en esta etapa, aquí se registra el mayor número de datos.

La comunicación debe llevar un propósito específico en la cual la enfermera realiza la historia general del paciente, facilitando la relación enfermera/paciente, con la creación de un ambiente favorable. Es importante resumir los datos más significativos.

Las técnicas verbales mediante el interrogatorio nos permiten obtener información, aclarar respuestas directamente y verificar los datos. Reformular consiste en repetir o expresar de una manera abierta, o de otra forma, lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente para confirmar algún dato, se deben tomar en cuenta las técnicas no verbales que pueden aumentar la comunicación durante el desarrollo de la entrevista, de esta forma pueden transmitirse mensajes con mayor efectividad por medio de: la expresión facial, la forma de estar y la posición corporal, la gesticulación, el contacto físico, y la forma de hablar. Recalamos que durante este proceso es importante mantener ciertas cualidades y empatía para con nuestro paciente como lo son la concreción, mostrarse cálido y tratarse con respeto.

La observación es aquel momento del primer contacto con el paciente, es ahí cuando la enfermera comienza con la recolección de datos mediante esta técnica, a través de la relación previamente mencionada: enfermera - paciente. Se utilizan los diversos sentidos para un mejor análisis y mediante estos se confirman o descartan ciertos datos.

La exploración física va centrada en la profundidad de la respuesta de la persona, para efectuar dicha actividad, se realizan cuatro técnicas específicas para llegar a este paso:

Inspección: este consta de un examen visual cuidadoso y además global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en ciertas características físicas como lo son tamaño, forma, situación anatómica, textura, color, aspecto, movimientos y simetría.

Palpación: mediante el tacto determinar ciertas características, sobre todo de la estructura corporal, tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulso, vibraciones, consistencia y movilidad. Esta técnica es mayormente utilizada para tentar órganos en abdomen, diversos movimientos corporales y la expresión facial que nos será guía en la valoración.

Percusión: implica dar un par de golpes con uno o varios dedos, estos sobre la superficie corporal, la finalidad es obtener algún sonido. Diferenciando éstos e identificándolos como: “sordos”, que son los que aparecen cuando se percuten músculos o huesos; “mates”, los cuales aparecen en el hígado y bazo; “hipersonidos”, que se presentan en el pulmón normal lleno de aire y, por último; los “timpánicos”, están en el estómago lleno de aire.

Auscultación: esta consiste en escuchar los sonidos emitidos por los órganos del cuerpo, se emplean herramientas como el estetoscopio y determinamos características de la zona a explorar. (L. Lorente, 2021)

Existen diversos criterios para la valoración:

El criterio que abarca de la cabeza a los pies, siguiendo el orden de los diferentes órganos del cuerpo humano, se comienza por el aspecto general del paciente de la cabeza hasta las extremidades.

El de valoración por sistemas y aparatos en el cual hay una medición de las constantes vitales y a continuación cada aparato o sistema de forma independiente, es importante recalcar que debe hacerse énfasis en las zonas más afectadas.

Valoración por patrones funcionales, recolecta los datos primordialmente en los hábitos y costumbres tanto del individuo como de la familia, determinando el funcionamiento positivo, negativo o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

La organización de los fatos en la cual se debe agrupar la información obtenida de tal forma que nos ayude a una fácil identificación del problema empleando los patrones funcionales de Gordon, la estructura debe ir agrupada por categorías de información.

El registro de manera sistematizada constituye un sistema de comunicación amplia entre los profesionales del equipo sanitario, tomando en cuenta la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros, la gestión y aquellas pruebas de carácter legal.

Por último, la validación de los datos significa que hemos reunido información verdadera y dicho paso es primordial, debe estar basado en hechos asegurándonos que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. (PCE, 2021)

5.4.2. Segunda Etapa Diagnóstico

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería. Se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico. Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo (Enfermería, 2021).

Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer profesional.” La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios” (Tendencias y modelos mas utilizados en el cuidado de enfermería, 2015)

Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros.

Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
- Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
- Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
- Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada
- Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.

Docencia: la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el currículo básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el estudio, permite organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de enfermería que deberían poseer los alumnos.

Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:

- Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
- Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia
- Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
- Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
- Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
- Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
- Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
- Mejorar y facilitar la comunicación inter e interdisciplinar.

Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:

Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.

Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.

Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.

Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.

Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.

Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos. Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación

y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. (salud s. d., 2021)

Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

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

2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

4.- 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, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo: (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa, tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)

De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc. Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc. de maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.)

Tipos de diagnósticos: Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de (Etapas del PAE, 2021)(designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles. (Etapas del PAE, 2021)

Real:

Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición

características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Alto Riesgo:

Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1. a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato:

PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible:

Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar:

Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud. Podemos añadir un quinto tipo:

De síndrome:

Comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices: Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa. (Etapas del PAE, 2021)

La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.

Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal

Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.

Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.

No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.

No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.

No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.

No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.

No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

5.4.3. Tercera Etapa Planeación

En la tercera fase del proceso de atención de enfermería se contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico.

La planeación incluye las siguientes etapas:

- 1).- Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un paciente tiene varios problemas.
- 2).- Determinación de objetivos o metas esperadas. Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema. Los resultados o metas, deben

estar centrados en el comportamiento del paciente atendido, ser claros, concisos, observables y medibles.

Abarcan múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funcional del cuerpo), síntomas, conocimientos, habilidades psicomotrices y los estados emocionales.

3).- Planeación de las intervenciones de enfermería. Están destinadas a ayudar al paciente a lograr las metas del cuidado. Se enfocan en la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería.

Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Adaptar o diseñar un plan de cuidados basados en conocimientos actualizados de las ciencias enfermeras, biológicas, sociales, físicas y comportamentales.
2. Por cada diagnóstico enfermero identificado establecer objetivos pactados con el paciente, definidos de formas realistas y mensurables, congruentes con el resto de tratamientos planificados que especifiquen el tiempo de consecución y dirigidos a maximizar la autonomía del paciente.
3. Prescribir y priorizar las intervenciones dirigidas a conseguir los objetivos pactados o establecidos y a favorecer la participación del paciente.
4. Prescribir y priorizar estas intervenciones con base en la aplicación de los resultados de la valoración y de los conocimientos científicos vigentes.
5. Prescribir las intervenciones con base en el servicio enfermero que se requiera.
6. Revisar y actualizar el plan de cuidados para adaptarlo a la evolución del estado de salud del paciente.
7. Determinar las áreas de colaboración con otros profesionales.

Para llevar a cabo esta etapa del proceso cuidado enfermero se requiere de la utilización de 2 fuentes bibliográficas principalmente

1.- Clasificación de resultados de enfermería (NOC): incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones enfermeras. Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones. También hace uso de un lenguaje estandarizado de cara a universalizar el conocimiento enfermero. Facilita la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el paciente. Su contenido favorece la optimización de la información para la evaluación de la efectividad de los cuidados enfermeros complementándose con la información aportada a través de otras clasificaciones.

2.- Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC): recoge las intervenciones de enfermería en consonancia con el diagnóstico enfermero, adecuadas al resultado que esperamos obtener en el paciente, y que incluyen las acciones que se deben realizar para alcanzar dicho fin. La NIC utiliza un lenguaje normalizado y global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería desde la base de que el uso del lenguaje normalizado no inhibe la práctica; sino que más bien sirve para comunicar la esencia de los cuidados de enfermería a otros y ayuda a mejorar la práctica a través de la investigación. (Guirao- Goris, Camaño Puig, & Cuesta Zambrana)

4.4. Cuarta Etapa Ejecución

La ejecución es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al paciente, En forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participa en su atención y sus familiares. (Barrera & Reyes Gomez, 2003)

Para Iyer P, Taptich B, Bernocchi, 1997, citado por Universidad de Antioquia La ejecución es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del paciente. (Arteaga Henao, 2016)

Para Pérez, M.J. (2002) En esta etapa se lleva a cabo la ejecución de las intervenciones en enfermería y durante el desarrollo de esta se requiere:

- 1) Validar: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de los diagnósticos.
- 2) Documentar el plan de atención: para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance.
- 3) Continuar con la recolección de datos: a lo largo de la ejecución enfermería continúa la recolección de información, ésta puede utilizarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención.

5.4.5. Quinta Etapa Evaluación

La última fase de enfermería es estar presente durante la ejecución del cuidado, lo cual es continuo que se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera (o) valora la efectividad de las actuaciones de enfermería. (Etapas del PAE, 2021)

La evaluación requiere el examen de varios aspectos como:

- El examen físico del paciente
- El análisis del historial clínico
- La entrevista con el paciente

Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear

correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, no puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir.

En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

- Medir los cambios del paciente
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención de la enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el paciente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva (PCE, 2021)

5.4.6. PROBLEMÁTICA DE LA SALUD DE LA PERSONA

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR:

Entre las enfermedades con mayor discapacidad en el mundo de acuerdo a la ONU, son: (ONU, 2021)

1. La cardiopatía isquémica
2. Accidente cerebrovascular
3. Enfermedad pulmonar obstructiva
4. Infecciones del sistema respiratorio inferior
5. Afecciones neonatales (nacimiento, asfixia, trauma al nacer, parto prematuro)
6. Cánceres de tráquea y bronquios Enfermedad de Alzheimer y otras

7. Enfermedades diarreicas Diabetes Mellitus
8. Enfermedades renales
9. Diabetes Mellitus
10. Enfermedades renales

Si bien no se identifican las enfermedades mentales dentro de estas estadísticas, hemos de suponer que en cada una de ellas permea la afección mental, entre las principales la ansiedad y la depresión; siendo esta combinación, la que mayormente produzca una discapacidad o lo que se considera años de vida perdidos por discapacidad, donde se modifican los estilos de vida que conllevan a posicionar a la enfermedad mental.

Como sugiere el DSM-5, también tiene otras clasificaciones de depresión mayor, se dice que antes o después del episodio maníaco, puede haber episodios hipomaníacos o episodios graves en el manual.

Episodios depresivos el DSM-5 mencionó que puede haber cinco síntomas de depresión mayor en el mismo período o en unas pocas semanas, algunos síntomas como:

- (1) estado de ánimo deprimido:
- (2) pérdida de interés o de placer.

Se menciona DSM5 que podrían presentar algunos estados de exterioriza el trastorno de depresión mayor:

- 1) Estado de ánimo deprimido la mayor puede presentarse parte del día o casi todos los días, en ese lapso o depende de cómo se sienta (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p.ej., se le ve lloroso) **(Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)**
- 2) Disminución importante del interés o el placer pueden presentar una para todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.

- 3) En esta se pueden decir que hay pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso esto se debe a la disminución o aumento del apetito casi 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 la energía casi todos los días.
- 7) Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada.
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días
- 9) Pensamientos suicidas recurrentes ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. (DSM-5, OCTUBRE 18)

HISTORIA:

El concepto de depresión tiene un concepto en otros tiempos como depresión en Europa Occidental de los cuales podremos referirnos en los sistemas médicos relacionados, los conceptos claves de nuestra civilización, en las islas del Egeo. (Aguirre Baztán, 2021)

Según algunas fuentes de épocas las cuales constituye en diversas teorías.

En el presente nos adentraremos algunos aspectos de esta evolución histórica que más influyen en el concepto actual de depresión.

La historia de la depresión a través de las tres palabras que mencionan como Melancolía, Acedia, Depresión, que representan las tres perspectivas culturales de la filosofía occidental: cosmológica, teológica.

- Melancolía:

Esto se defiende acuerdo de la real academia como tristeza vaga, profunda, sosegada y permanente, nacida de causas físicas o morales, que hace que quien la padece no encuentre gusto ni diversión en nada (REA, 2014), la Melaina chole (atra bilis, bilis negra) o melancolía provenía de la alteración del equilibrio humor De acuerdo con la idea hipocrática (siglos V y IV a JC) "bilis negra" (uno de los cuatro humores corporales) produciría el estado patológico melancólico depresivo. (Aguirre Baztán, 2021)

Según los hipocráticos, la tristeza se le añadió síntoma fundamental que son: el miedo, que esta como asociado melancolía está ligado estas dos pasiones (tristeza y miedo).

Los cuales tienen una postura eclécticas y aun propiamente en el psicológico-religiosas contexto según para ellos tenían una explicación de la melancolía. Así, Celso (c.50 pJC), Sorano de Éfeso (siglo II pJC), (Aguirre Baztán, 2021)

- Acedia : Esto viene El término griego akédeia, akedía (a--kédos = sin cuidado), es traducido al latín por acedia (en autores como Casiano, Alcuino, Jonas de Orleans) desde la invasión bárbara, la cultura se refugia en los monasterios y en las catedrales, Desde el Y ámbito del monacato se comienza hablar de Acedia un síndrome de tristeza y dejadez, de inhibición y apatía, de angustia y pereza.

Esta forma estos autores creían que accedía se basaba en cuestiones religiosas de las cuales para ellos se enfocaban a que eran pecados capitales o cuestiones que provocan un pecado en los cuales mencionaba los siete pecados capitales algunos agregaron ocho el cual incluía la acedia como pecado.

Durante la Edad Media, coexistían estas dos diagnósticos sobre la acedia refieran a melancolía como la tristeza, eximía de culpa, pues se trataba de una enfermedad corporal; mientras de los cuales tenían que combatir con confesión, oración y trabajo manual.

Está claro que estas influencia de las ideas teológicas de la acedia sobre el pueblo llano fue grande (Aguirre Baztán, 2021)

Esto indica que desde la época de Hipócrates a la actualidad la depresión está presente como enfermedad hasta que Adolph Mayer propuso retirar el termino melancolía para remplazarlo como se conoce en la actualidad “depresión “. (Aguirre Baztán, 2021)

ETIOLOGÍA:

En algunos estudios que origina a factores que se debe a la depresión mayor se puede considera que se debe a varios factores que destacan son tres tipos de factores etiológico –patógenos como son:

- Genético

- Biológico
- Social

La causa exacta de la depresión aún no se conoce. Se cree que son genéticamente responsables del 50% de la causa (menos en la llamada depresión de aparición tardía), lo que significa que la depresión es más común en los familiares de primer grado de los pacientes porque También se puede decir que otro factor es el trastorno emocional, en términos de salud mental, los hombres son más comunes que las mujeres, según la Organización Mundial de la Salud, esto afectará a 300 millones de personas en el mundo. (OMS, 2021)

En término generales la depresión estadísticamente desafortunadamente demuestran en una investigación arrojó que los países más deprimidos, los 10 países con la población más deprimida, menciona La Organización Mundial de la Salud (OMS). (NIVEL, 2021)

1. Francia con 21%
2. Estados Unidos con 19.2%
3. Brasil con 18.4%
4. Holanda con 17.9%
5. Nueva Zelanda con 17.8%
6. Ucrania con 14.6%
7. Bélgica con 14.1%
8. Colombia con 13.3%
9. Líbano con 10.9%
10. España con 10.6%

Es importante destacar que hay muy poco apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas como también a que no afectan en las actividades de su entorno como escolares, laborales ,sociales , familiares. (NIVEL, 2021)

Esto con lleva a que aumente cada año se suiciden cerca de 800 000 personas, hay que destacar que el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

Desafortunadamente el 79% de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos, algunos de los medios que se utilizan para suicidarse más comunes son la ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio en todo el mundo. (OMS, 2021)

Con todo, la depresión ocupa el cuarto lugar en discapacidad. Al igual que las cifras registradas por INEGI en México, tienen más probabilidades de sufrir abuso físico, abuso sexual y acoso porque tienen más probabilidades de sufrir abuso físico, abuso sexual que los hombres, la tasa de prevalencia 34,85 millones de personas el 14,48 millones de hombres y 20,37 millones de mujeres. Además, destaca el hecho de que del total de personas que se sienten deprimidas, sólo 1,63 millones de personas toman antidepresivos, mientras que 33,19 millones de personas toman antidepresivos. En este indicador, las diferencias de género son muy importantes, pues en los hombres el sentimiento de "muy deprimido" afecta a 2.095 millones, mientras que la misma intensidad de emociones en las mujeres afecta a 4.95 millones. Además, del número total de personas que toman antidepresivos, aproximadamente 414.000 son hombres y 1,22 millones son mujeres. (salud S. d., 2019)

NEUROBIOLOGÍA DE DEPRESIÓN:

Es importante hablar del cerebro antes de empezar abordar la neurobiología sin el cerebro no podríamos sentir o procesar toda la información que nos llega así como los sentimientos y emociones que producen una complicada mezcla de procesos químicos y eléctricos .

El cerebro está presente en los procesos más importantes del ser humano como lo muestra

Los principales afectados en la depresión de la neurobiología son el hipocampo, amígdala, hipotálamo, estructuras límbicas, corteza y cerebro (imágenes en anexo 1). (Sequeira Cordero Andrey, 2019)

La neurobiología de la Depresión Psicótica es desconocida, pese a varios estudios han demostrado anomalías no se ha podido demostrar la causas etiológicas, ya que los estudios se hicieron con pacientes que ya habían desarrollado la enfermedad. Origen de

trastorno de estado de ánimo tenga la disfunción de las neuronas que componen estos circuitos, los sistemas neuroquímicos que modulan sus actividades. La neurobiología se debe a las alteraciones de la adaptabilidad neuronal que pueden desembocar fácilmente a la TDM.

Se caracteriza por una disminución regional del volumen del SNC que probablemente es secundario a la disminución del número y del tamaño de la Galia y las neuronas como las morfología de las dendritas ,el SNC tiene la facilidad para adaptarse a las variables a los estímulos externos hay muchos variables a la modificación neuroquímicas como la concentración sináptica de la noradrenalina o serotonina ,pueden desarrollar una alteración de cascada de acontecimientos asociados al desarrollo de la alteraciones de la adaptabilidad neuronal de este puede desembocar a una TDM. (Sequeira Cordero Andrey, 2019)

La regulación del humor es modulada de los sistemas adrenérgicos, serotoninérgico mediante

1. El correcto funcionamiento de diversos receptores o transportadores pre y postsinápticos.
2. La adecuada secreción de noradrenalina, serotonina, o ambas de las neuronas parasimpáticas.
3. La intacta composición que afecta a la adecuada producción /estimulación de mensajeros intracelulares como la adenosina monofosfato cíclica.

De esta forma las áreas del cerebro afectados por la depresión son los siguientes aspectos (anexo de imagen 2)

- Hipocampo: se encarga a la alteración de la memoria ,sentimientos de inutilidad, desesperanza y culpa
- Amígdala: se faculta ,ansiedad ,motivación reducida
- Hipotálamo: se corresponde el aumento o disminución del sueño y del apetito disminución de la energía del libido
- Estructuras límbicas: alteraciones emocionales
- Corteza frontal: se encarga al estado de ánimo deprimido, problemas para concentrarse
- Cerebelo: se afecta el retraso psicomotor /agitación

En términos generales la bioquímica de la depresión alteraciones monoaminérgica como las se fundamenta al modelo de desregulación en el que no implica una sola vía de neurotransmisores sino una alteración de varias la no adrenérgica, serotoninérgico y dopaminérgica, el funcionamiento de las cascadas bioquímicas intraneuronales.

En este sentido los neurotransmisores implicados más importantes, se establecen principalmente a través de mecanismos; la conexión axionica y la transmisión simpática se producen en áreas especialmente tanto de la neurona pre sináptica en la post sináptica, es liberado como en la actividad específica de la neurona de forma selectiva y sobre las neuronas postsináptica a través de receptores

El SNC los tres sistemas de neurotransmisores más importantes como los mono amina, aminoácidos y neuropéptidos es importante destacar que los neurotransmisores más implicado en el desarrollo de la enfermedad y actúan los fármacos antidepresivo el mecanismos de acción de algunos fármacos

➤ Serotonina :

La serotonina es producida a partir del aminoácido triptófano, el cual es

Transportado a través de la barrera hematoencefálica hasta las neuronas por el gran transportador neutral de aminoácidos,

El triptófano debe competir con estos otros aminoácidos para el transporte en el cerebro. Por lo tanto, la cantidad de triptófano transportado depende tanto de su concentración de los otros aminoácidos en el cuerpo, la neurona, se lleva a cabo el proceso de síntesis de serotonina

La serotonina cerebral desempeña un papel fundamental en la patogénica de la depresión y además está bien demostrada su participación en el control de la ansiedad. (Beatriz Adriana Díaz Villa, 2012,11)

➤ Noradrenalina :

Es un neurotransmisor que se ha relacionado con la motivación, el estado de alerta y vigilia, el nivel de conciencia, la percepción de los impulsos sensitivos, la regulación del sueño, del apetito y de la conducta sexual, se encuentran alteradas en el paciente deprimido. Por otro lado es una catecolamina que se sintetiza entre otras localizaciones

en el SNC se produce mediante una hidroxilación de la dopamina se concentran preferentemente en las varicosidades que existen a lo largo de los axones es el principal regulador de la liberación de la misma noradrenalina como también actúa impide la liberación de más noradrenalina se trata de un mecanismo de retroalimentación. (Beatriz Adriana Díaz Villa, 2012,11)

➤ Dopamina:

La dopamina se comporta como un neurotransmisor independiente en varios lugares de SNC tiene la función de almacenamiento y liberación, recepción como la serotonina, noradrenalina, función una proteína específica cuya actividad no es inhibidor por los antidepresivos así como la serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motriz.

Por estas razones los fármacos antidepresivos puede producir un incremento de serotonina y la noradrenalina (Tortora, 2010)

Podemos encontrar varios tipos de trastornos depresivos que son:

EL TRASTORNO DEPRESIVO GRAVE:

El concepto de trastorno depresivo tiene variación en su clasificación de acuerdo a la duración e intensidad de los síntomas como lo describe Diagnostico y Manual psiquitrico DSM-5.

Se caracteriza por una combinación de síntomas que se podrían en esta como son la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras, incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un puede ocurrir solo una vez en el curso de la vida de una persona, o mayormente, recurre durante toda su vida. (Cristina, 2021)

El trastorno depresivo mayor (TDM), tiene un alta prevalencia de morbilidad en mundialmente, además de que es uno de los principales factores de riesgo los cuales puede llevar al suicidio.

5.4.7. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

En cuanto a la psicoterapia, hay una variedad de intervenciones adecuadas, cada una de las cuales incluye el tipo de depresión y la propia condición del paciente.

De esta forma, el tratamiento de la depresión mayor requiere el apoyo de antidepresivos y psicoterapia. La monoterapia se trata de esta manera. Al iniciar el tratamiento farmacológico, debe solicitar alguna información sobre la enfermedad en la entrevista clínica:

1. Dolor crónico inespecífico
2. Enfermedades crónicas (diabetes, padecimientos cardiovasculares, etc.)
3. Estado posparto
4. Estresores psicosociales recientes

Para que un tratamiento tenga éxito en el control de la depresión, éste debe cumplir con dos criterios, uno el farmacológico tomando en cuenta las propiedades farmacológicas en las depresiones moderadas y severas la farmacoterapia es la línea de indicación para su tratamiento. (ANEXO TABLA DE MEDICAMENTOS 3) y segundo, cumplir con psicoterapia ya que ambos aseguran el control y éxito en la mejoría del paciente, siempre y cuando sean continuos y sin interrupción. Para el tratamiento farmacológico se deben cumplir varios criterios: (salud S. d., 2019)

- Se debe indicar por un médico especialista en psiquiatría e iniciar la dosis más baja e incrementar paulatinamente de acuerdo a la respuesta.
- En el tratamiento, la duración por lo menos de 9 meses con la remisión de los síntomas pero es sugerible mantener el tratamiento farmacológico ya que esta enfermedad se controla, probablemente ya con dosis bajas pero permanentes.
- Evitar la interrupción del medicamento, existe riesgo de presentar náusea, cefalea, ansiedad, mialgia, trastornos del sueño, manía, taquicardia, arritmias o ataques de pánico. El único en indicar la interrupción o modificación de las dosis es el médico.

Aunado al tratamiento farmacológico se introdujo como tratamiento alternativo más para pacientes con ideación suicida persistente, la Terapia Electroconvulsiva (TEC), pero por el estigma que le rodea y difícil acceso a ella, no es un tratamiento visto de manera frecuente.

Es importante señalar que es de suma importancia que el diagnóstico y tratamiento se obtiene de la entrevista clínica y éste debe iniciar en cuanto el mismo paciente sea que acepte la enfermedad. Para el sustento diagnóstico se recurre al apoyo de escalas de valoración de la depresión, siendo la más recomendada y usada la de Hamilton. Se recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

- Depresión ligera/menor: 8-13
 - Depresión moderada: 14-18
 - Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23(ANEXO) (Hamilton, 2021)

5.5. MODELO TEÓRICO DE BETY NEUMANN

5.5.1. Modelo de sistemas:

La teórica que mejor puede abordar la depresión y sus necesidades es Betty Neumann y su modelo de sistema.

El sistema de Neumann está relacionado con la relación de cada persona con su nivel de estrés específico, cómo estas personas reaccionan y reconstruyen los factores externos que causaron el nivel de estrés de esa persona.

Betty Neumann nació el 11 de septiembre de 1924 en Ohio, Estados Unidos. Vivió en su ciudad natal hasta que se graduó de la escuela secundaria en 1942. En 1944, comenzó a recibir formación en enfermería.

Asistió a un curso de formación de tres años y recibió un título oficial de enfermería en 1947. En el mismo año se mudó a Los Ángeles, donde comenzó a trabajar como miembro de enfermería en el Hospital General de Los Ángeles.

Trabajó exclusivamente en el departamento de enfermedades infecciosas, donde rápidamente se convirtió en la enfermera jefe del hospital.

En 1956 comenzó a estudiar salud pública, después de completar sus estudios de 1964 a 1966, trabajó como estudiante en el Programa de Salud Mental de la Universidad de California, Los Ángeles. Asimismo, en 1970 desarrolló un modelo que se centró en la teoría y la práctica de la enfermería. (Modelos y teorías en enfermería, 199)

Esto se apoya en la investigación personal de cada persona y cómo las interacciones con factores externos afectan sus actitudes, en otras palabras el modelo de Neumann ha sido implementado por varias enfermeras que trabajan con familiares o clientes individuales.

Además, para diagnosticar con precisión la enfermedad de cada paciente. Se basan en sistemas abiertos y proporcionan un enfoque unificado para resolver una amplia gama de problemas.

Lo que se debe a que el sistema actúa en una forma para que el paciente individual pueda definirse como una cuestión social un sistema del paciente en interacción con el entorno.

En este sentido la percepción que se identifican en el modelo son: Abordaje integral, Sistema abierto, entorno sistema del paciente, línea normal de defensa, línea flexible de defensa, salud, factores estresantes, grado de reacción, prevención de intervención y reconstitución.

Los pacientes son considerados como un todo que podrías que tener muchas variables que afectan al sistema del paciente como los son las fisiológicas, psicológicas, socioculturales, del desarrollo y espirituales, ella tomó la iniciativa de corregirla palabra en contexto de término de holístico por integral refiere que todo los humanos son un todo.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Bety Neumann lleva a la práctica el cuidado con el paciente describiendo que éste mantiene una relación recíproca con el entorno en la que interactúa con éste ajustándose a sí mismo; resalta 4 dimensiones: (Modelo de Sistemas, 2021)

- Persona
- Entorno
- Salud
- Enfermería

Plasma el cuidado en tres etapas:

1) DIAGNÓSTICO :

Consiste en la obtención de datos que pueden determinar el nivel de bienestar del paciente.

2) OBJETIVOS DE ENFERMERÍA :

Para corregir las variaciones del bienestar encontrado.

3) RESULTADOS DE ENFERMERÍA:

Establecen la relación con el objetivo para realizar intervenciones en beneficio del paciente.

El modelo propone tres niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria) cuyo propósito es conseguir el nivel máximo posible de estabilidad del sistema del paciente. (Anexo diagrama 4) (Modelo de Sistemas, 2021)

VI RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

Ficha de datos:

NOMBRE :	B.I.G		
DOMICILIO	Simón Díaz	SEXO :	Femenino
ESCOLARIDAD	Licenciatura	EDAD:	35
CEI-10	CIE-9-MC : F32.1	ALERGIAS	negadas
ESTADO CIVIL	soltera		
OCUPACION	LIC. GEOGRAFÍA		

6.1 VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDON.

1. Percepción y manejo de salud

Se describen sus hábitos de higiene personal adecuada, baño general y cambio de ropa diario, higiene bucal 3 veces al día; vive en zona urbanizada, en casa de sus padres, de tres habitaciones; se completó el registro de vacunación, las alergias se negaron; la percepción de salud reconoce su enfermedad, congruente con la manifestación de tristeza. Comportamiento saludable sufre de depresión y ansiedad, tiene regular cuidado de su enfermedad, y suficiente conocimiento para mejorar su salud, asegura de participar en las

consulta, medicamento quetiapina de 100 mg por la noche y sertralina 50mg por la mañana; toxicomanías sólo fuma esporádicamente de tres a cuatro cigarrillos cada tres meses y bebedora social de cuatro a seis vasos de alcohol con frecuencia de 1 vez cada dos meses niega accidentes en el trabajo, el tráfico o el hogar sin hospitalizaciones previas.

2. Nutricional metabólico:

Temperatura (36.2°C) Frecuencia respiratoria (22x´) Frecuencia cardiaca (76x´) TALLA (1,70 cm) PESO (90kg), IMC (32) obesidad grado 1, consume las tres comidas diarias, no sigue ninguna dieta especial, ingesta de líquidos de dos litros al día, la varía con té y/o refresco. Evita el café refiere no agrada. Sobre el tipo de alimentos que consume son frutas, de las verduras evita el chayote, acerca de la carne prefiere pescado, las legumbres casi no las ingiere y lácteos de manera regular; evita los chocolates. Cuando se siente ansiosa presenta conducta alimentaria de Pica sobre todo de carbohidratos.

Valoración cefalocaudal: cabeza sin alteraciones, cabello largo bien implantado, pabellones auriculares simétricos, ambos conductos auditivos limpios, con membrana timpánica íntegra sin datos de inflamación, nariz central, ojos simétricos problemas en la boca: cavidad bucal adecuada con piezas bucales completas, tiene alteraciones bucales por caries en tres piezas molares, buena deglución de los alimentos sin dificultades para masticar, tragar, problemas digestivos de pirosis, no consume suplementos alimenticios o vitaminas, valoración de la piel íntegra a simple vista no obstante refiere tener cicatrices queloides por cutting en ambos antebrazos por heridas superficiales de hace 4 años, fragilidad de uñas buena coloración llenado capilar a los 4 segundos hidratación regular, sin prurito o edemas.

3. Eliminación:

Eliminación intestinal escasa y de consistencia de acuerdo con la escala Bristol tipo 1 color café, refiere tres días sin evacuar, dolor al defecar Eva 5-10, no se encuentra sangre en heces, uso de laxantes o alimentos con fibra cada tres veces al mes. Su eliminación urinaria es de 4 micciones al día, características de la orina color amarilla paja. Piel: niega sudoración copiosa, niega infecciones de vías urinarias, abdomen globoso, distendido, peristaltismo presente pero disminuido en frecuencia (1-2 ruidos peristálticos x´).

4. Actividad -reposo

No realiza ejercicio, menciona que antes de la pandemia acudía a natación; en su tiempo libre y recreo lee; su estilo es más sedentario actualmente; en la escala de Barthel con puntuación de 100 que indica total independencia, normal se observa un leve temblor en manos el cual al estar con la paciente haciendo la valoración se observó al tomar varias cosas sin que ella se diera cuenta, como el tomar un lapicero, llaves u objetos diversos.

5. Sueño- descanso

Describe que su sueño es normal, pero cuando presenta su ánimo bajo es cuando se descompensa y presenta dificultades para dormir; actualmente refiere poco descanso cuando duerme y que la duración de su sueño es apenas de 3-4horas y ya lleva tres días en esta circunstancia. Como hábito antes de acostarse es tomar un vaso de leche; como problemas de salud psicológica presenta ansiedad y depresión relacionada a situaciones ambientales que la provoquen estrés en el trabajo debido a alguna discusión en su área laboral. Tratamientos farmacológicos la quetiapina de 100mg por la noche y 50mg de sertralina por la mañana; niega presencia de ronquidos o apneas del sueño.

6. Cognitivo –perceptual:

Nivel de consciencia de acuerdo a la escala Glasgow en 15 puntos, orientación en las tres esferas no se le dificulta leer y escribir, como problemas para expresar ideas y memoria, dificultades para la toma de decisiones, problemas de lenguaje con leve dislexia no significativa que interfiera en el desarrollo de su rol y actividades; síntomas depresivos, tiene alteraciones perceptivas por problemas de visión con apoyo de lentes de baja graduación y los usa sólo para lectura, alteraciones de la conducta sólo cuando está ansiosa se acentúa la irritabilidad, intranquilidad, agitación con variabilidad en su duración y tiende a aislarse en su habitación hasta que mejora.

7. Autopercepción:

Refiere no sentirse conforme con ella misma sin ser específica al interrogatorio, se conoce cuando tiene ansiedad o se siente irritable o triste en momentos que se acerca su ciclo menstrual, asimismo comenta que en el mes de diciembre se acentúan los mismos síntomas; expresa que hay días en los que presenta pensamientos suicidas, como

antecedente, lleva tres intentos previos de moderada a alta letalidad, los cuales relata que el primero fue al inicio de ser diagnosticada, con intento ahorcarse pero no llega a su fin ya que la descubre su familia, el segundo fue con pastillas de midazolam no paso a mayores pues se arrepintió, el tercer intento fue también por medio de ahorcamiento, siendo la familia quien le quita la soga del cuello, pero la paciente comenta que de ese momento refiere no tener recuerdos de ese intento todo es información que le proporcionan sus padres.

7. ROL / RELACIÓN:

Vive con su padres, estructura y tipo de familia es nuclear extendida, viviendo bajo el mismo techo papa, mama, hermanos, sobrinos; rol en la familia de hija mayor, ningún problema de relación en la familia cuenta con el apoyo familiar y no depende de nadie. No pertenece a ningún grupo social, las cosas le van bien en el ámbito laboral ocasionalmente presenta estrés. Datos relativos a pérdidas de seres queridos el año pasado por la pandemia, un tío, un amigo y una de sus mascotas. Sin relación personal actual, aunque describe que las relaciones que ha tenido han sido de corta duración y sin presentarse problemas durante ellas.

8. SEXUALIDAD –REPRODUCCIÓN:

Menarca fue a los 12 años ciclo menstrual con duración 5/28, regular FUM 12 de julio del 2021. Métodos anticonceptivos el condón actualmente no cuenta con pareja. Embarazos 0, abortos 0, IVSA fue a los 26 años; menciona haber tenido solo tres relaciones en su vida y han sido de duración corta y no significativas, al preguntar si tenía satisfacción sexual comenta que no, se interroga antecedente de algún tipo de abuso (físico o sexual) pero se queda callada, en un momento muestra una cara sonriente al contestar dice que no al querer indagar acerca de su respuesta dudosa solo contesta que no, evasiva al tema.

9. ADAPTACIÓN TOLERANCIA:

Cambios importantes en los dos últimos años la pérdida de su perro, hace un año el de un familiar y un amigo (ambos por Covid-19); no ha tenido alguna crisis en los últimos dos años se ha mantenido estable, refiere además tensión la mayor parte del tiempo eventualmente por horarios en el trabajo; cuando está tensa menciona realizar técnicas de relajación, y

consume sólo su medicamento de base. Cuando ha tenido cualquier problema en su vida lo ha tratado con el apoyo de su familia y amigos cercanos.

10. VALOR Y CREENCIA

Sus planes en el futuro no son concretos; se describe agradecida con Dios. Refiere satisfacción de lo que ha realizado en su vida y se describe en ocasiones como tener sensación de soledad. Pertenece a la religión católica, ante los problemas sabe que cuenta con el apoyo de su familia y de la religión. No relaciona las ideas suicidas ni los actos previos con la religión.

6.2 DIAGNOSTICO ENFERMERO

6.3 PLANIFICACIÓN (INDICADORES DE CALIDAD)

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón tolerancia – estrés</p> <p>Datos objetivos</p> <p>Intentos suicidas previos (tres veces)</p> <p>Medición del estado de ánimo a través de la escala de Beck 17pts.</p> <p>Datos subjetivos</p> <p>Expresa frases con doble mensaje “estaría mejor si durmiera por mucho tiempo”.</p> <p>Sin expresión clara acerca de un proyecto de vida.</p> <p>Semblante triste y pensativo.</p>	<p>Dominio:</p> <p>11 seguridad /protección</p> <p>Clase:</p> <p>3 violencia</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>Riesgo de conducta suicida (00150)</p> <p>Factor(es) de riesgo:</p> <p>Desesperanza</p> <p>Manifestaciones deseos de morir</p> <p>POBLACIÓN EN RIESGO</p> <p>Antecedentes de intento de suicidio</p>	<p>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</p> <p><u>Autocontrol del impulso suicida (1408)</u></p>		
		Dominio	Clase	
		III salud psicosocial	(O) Autocontrol	
		Criterio de resultado: Nunca demostrado (1), raramente demostrado (2), a veces demostrado(3), frecuentemente demostrado (4), siempre demostrado(5)		
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*
140804 Verbaliza ideas de suicidio, si existen	2	5		
140824 Obtiene tratamiento para la depresión	3	5		
140810 Revela planes de suicidio existente	2	4		

6.4. EJECUCIÓN (NIC, GPC, FUNDAMENTACIÓN DE CADA INTERVENCIÓN)

6.5 EVALUACIÓN

INTERVENCIÓNES (NIC) /GPC** (1)	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>IMSS-161-09 (Depresión)</p> <p>CAMPO: (III) CONDUCTUAL</p> <p>CLASE: (O) TERAPIA CONDUCTUAL</p> <p>INTERVENCIÓN: <u>Manejo de la conducta autolesión(4354)</u></p> <p>Comunicar las expectativas y consecuencias de la conducta del paciente Retirar los objetos peligrosos del entorno del paciente Comunicar el riesgo de los demás cuidadores Ayudar al paciente a identificar las situaciones y/o sentimientos que puedan provocar la autolesión</p>	<p>Riesgo de suicidio relacionado con ánimo deprimido, sentimientos de minusvalía, enojo hacia sí mismo, interpretaciones equivocadas de la realidad. Baja autoestima relacionada a la indefensión aprendida, sentimientos de abandono por alguien importante, o alteración cognitiva con visiones negativas de sí mismo (C.Towsend, 2011) El riesgo de suicidio aumenta en gran medida Si tiene un plan y en particular los medios para llevarlo a cabo. La seguridad del paciente es prioridad de enfermería. La observación cercana es necesaria para asegurarse que no se haga daño de ninguna manera. Estar alerta a los intentos de suicidio o escape facilita la prevención o la interrupción de que se lastime. El paciente necesita ayuda para resolver problemas. La comunicación eficiente y las técnicas de asertividad aumentan la autoestima (C.Towsend, 2011).</p>	<p>Criterio de resultado : <u>Autocontrol del impulso suicida (1408)</u></p>	
		<p>indicador (es)</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>2</p>	<p>Puntuación final</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>4</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACION		
Patrón (es): 5.Sueño – descanso Datos objetivos: Horas de sueño reducidas Ojeras Datos subjetivos Refiere irritabilidad y cansancio por sueño no reparador y cuatro días sin dormir	Dominio: (4) actividad /reposo Clase: 1 toma de conciencia de la salud Etiqueta diagnóstica: <u>Insomnio (00095)</u> Factores(s) relacionado(s) Depresión Características definitorias: Alteración de la concentración Alteración del patrón del sueño Dificultad para conciliar el sueño	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		Sueño (0004)		
		Dominio salud funcional (I)	Clase (A)Mantenimiento de energía	
		Criterio de resultado: gravemente comprometido(1), sustancialmente comprometido (2),Moderadamente comprometido(3),levemente comprometido(4),no comprometido (5) *(1) Grave, (2) Sustancial, (3) Moderado, (4) Leve, (5) Ninguno		
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación diana
000401 Horas de sueño	2	4		
* 000421 Dificultad para conciliar el sueño	1	4		
* 000406 Sueño interrumpido	3	4		
* 000417 Dependencia de las ayudas del sueño	3	4		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC** (1) GPC para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>CAMPO: (I)FISIOLÓGICO BÁSICO</p> <p>CLASE: (F) FACILITACIÓN DEL AUTO CUIDADO</p> <p>INTERVENCION: <u>Mejora el sueño (1850)</u></p> <p>Determinar el patrón de sueño /vigilancia del paciente.</p> <p>Ajustar el ambiente (luz, ,ruido, temperatura, colchón, cama) para favorecer el sueño.</p> <p>Identificar las medicaciones que el paciente tomado para el sueño.</p>	<p>El hipotálamo controla funciones vegetativas e interviene en la conducta, generando alteraciones de la actividad (dinamismo, pasividad) e impulsos sensoriales según la estimulación del área de satisfacción (serenidad, docilidad, placer) o del área de aversión (dolor, ira, miedo, ansiedad, huida).</p> <p>La hostilidad, tedio, monotonía, fatiga, lentitud, irritabilidad, bajo rendimiento y esclavitud de sí mismo, son manifestaciones por falta de descanso (Reyes Gomez , 2009).</p> <p>En el insomnio agudo, se recomienda una entrevista en la que se valore el comienzo y curso clínico del insomnio, y su relación con posibles situaciones desencadenantes. Además, se debe identificar posibles factores precursores del insomnio crónico (vulnerabilidad y malos hábitos de sueño).</p> <p>Inicialmente se recomienda tener en cuenta las posibles patologías concomitantes, la posibilidad de modificación de los factores del estilo de vida que afecten a la calidad del sueño y la contribución que algunos fármacos pueden tener en el insomnio.</p> <p>Los hipnóticos no benzodiazepínicos, zolpidem, zopiclona, han demostrado ser eficaces en el tratamiento del insomnio a corto plazo.</p> <p>Parece existir asociación entre los resultados positivos de las intervenciones psicológicas y la propia adherencia a las mismas (SOCIAL, 2009)</p>	<p>Criterio de resultado: Sueño (0004)</p>	
		<p>Indicadores</p>	<p>Puntuación final</p>
		2	4
		1	4
		3	4
		3	4

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACION			
<p>Patrón (es): Adaptación Tolerancia al estrés</p> <p>Datos objetivos Medición del estado de ánimo a través de la escala de Beck 17pts. Medición del estado de ansiedad a través de la escala de Hamilton</p> <p>Subjetivos Expresa nerviosismo, desconcentración, mirada inquieta. Forma de expresión exaltada Alimentación en pica Irritabilidad</p>	<p>Dominio:9 Afrontamiento /Tolerancia</p> <p>Clase: Gestión Salud</p> <p>Etiqueta diagnóstica: <u>Ansiedad (00146)</u></p> <p>Factores(s) relacionado(s) o Ansiedad</p> <p>Características definitorias: Ausencias de contacto visual Llanto Risa involuntaria Vergüenza respecto a la expresión emocional</p>	<p>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC) <u>Autocontrol de la ansiedad (1402)</u></p>			
		<p>Dominio 3 salud psicosocial</p>		<p>Clase (o) autocontrol</p>	
		<p>Criterio de resultado: 1 NUNCA DEMOSTRADO. 2 RARAMENTE DEMOSTRADO, 3 A VECES DEMOSTRADO, 4 FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO, 5 SIEMPRE DEMOSTRADO</p>			
		<p>Indicador (es)</p>		<p>Puntuación inicial</p>	<p>Puntuación diana</p>
<p>140202 Elimina precursores de la ansiedad</p>		2	4		
<p>140203 Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso</p>		2	4		
<p>140204 Busca información para la ansiedad</p>		2	4		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC** (1) MSS-392-10 (ANSIEDAD)	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>CAMPO: (III) CONDUCTUAL</p> <p>CLASE: (T) FOMENTO DE LA COMODIDAD PSICOLOGICA</p> <p>INTERVENCION: <u>Técnica de relajación (5880)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mantener la calma de una manera deliberada ● Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo y ansiedad ● Sentarse hablar con el paciente ● Proporcionar tiempo y espacio para estar a solas ,según corresponda 	<p>La relajación es un estado de descenso generalizado de estimulación consciente, fisiológica o de conducta, o también una reducción de la excitación.</p> <p>La respuesta del organismo cuando se está relajado, se caracteriza por un descenso de los ritmos cardíacos respiratorios, de la presión arterial y del consumo de oxígeno, en contraparte, hay un aumento de la actividad cerebral alfa y de la temperatura periférica de la piel. (Potter, 2015)</p> <p>Las personas bajo estrés responden con una excitación fisiológica que puede ser peligrosa por periodos prolongados.</p> <p>De hecho, se ha demostrado que la respuesta al estrés es la causa principal, ya sea directa o indirecta, de enfermedades coronarias, cáncer, molestias pulmonares, lesiones accidentales, cirrosis hepática y suicidio.</p> <p>Las terapias complementarias ayudan al personal de enfermería a ver al paciente de una manera holística. Casi todas las terapias complementarias consideran la conexión de la mente y cuerpo, y tratan de mejorar los poderes curativos del propio cuerpo.</p> <p>Durante la meditación, conforme el individuo se vuelve despreocupado con el enfoque elegido, disminuyen las frecuencias respiratoria, cardíaca y presión arterial. Todo el metabolismo disminuye, se reduce también la necesidad de consumo de oxígeno. (C.Townsend, 2011)</p>	<p>Criterio de resultado: <u>Autocontrol de la ansiedad (1402)</u></p>	
		<p>Indicadores</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	<p>Puntuación final</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>

VII. PLAN DE ALTA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: B.I.G

EDAD: 35 AÑOS SEXO: FEMENINO

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO: DEPRESION MAYOR

FECHA DE ELABORACIÓN: 1 DE AGOSTO DEL 2021

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
<p>COMUNICACIÓN</p> <p>(Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Tener contacto de médico tratante en primera instancia• Lugares en donde tiene consulta de psicología: Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez de lunes a viernes 8:00-12:00 <p>Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña"</p> <p>Carretera Matehuala km 5, Fracc. Los Olivos,</p> <p>C.P. 78430, Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P.</p> <p>Directora: Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez</p> <p>Correo: cpsi.neumann.directora@gmail.com</p> <p>Tel: 01-444-100-92-50 / 01-444-100-92-79</p> <p>Urgencias las 24 horas</p> <p>Consultorio en CePsNeC Médica San Luis:</p> <p>Mariano Arista 743, Segundo Piso, Consultorio 219</p> <p>Col. Moderna 78230. San Luis Potosí, México</p> <p>Tel/WhatsApp: 444 202 2742</p>

<p>URGENTE</p> <p>(Identificación de signos de alarma o recaída)</p>	<p>Signos de alerta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Asilamiento social ● Frases con doble mensaje que indiquen Desesperanza ● Vigilar cuando deje de realizar actividades que acostumbra a hacer ● Pérdida del apetito y deje de comer por un día completo ● Cuando se observe que ha perdido las ganas de arreglarse descuidando de su higiene personal.
<p>INFORMACIÓN</p> <p>(Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)</p>	<p>Educar respecto a la depresión, que es el estado mental que se caracteriza por sentimientos permanentes de tristeza, desesperación, pérdida de la energía y dificultad para manejarse en la vida cotidiana normal. Otros síntomas de la depresión incluyen sentimientos de inutilidad y desesperanza, pérdida del placer en la realización de actividades, cambios en los hábitos de alimentación o dormir, y pensamientos de muerte o suicidio. Es una enfermedad que bien tratada y asimilada tiene buen control y la persona puede realizarse en cualquier ámbito (escolar, laboral, social). Orientar a que si no se atienden las recaídas pueden llevar a realizar actos severos que atenten contra su vida. Motivar a la familia para que sean recursos de apoyo que participen en el cuidado de su familiar con esta condición.</p>
<p>DIETA</p> <p>(Información relativa a la nutrición)</p>	<p>Comer contenido en alto en fibra y la Ingesta de líquidos aumentar para evitar alteraciones de la eliminación (infecciones urinarias y/o estreñimiento).</p> <p>Evitar el consumo de chocolate y café ya que interfieren con el metabolismo de algunos antidepressivos no permitiendo hacer el efecto 100 por ciento deseado.</p> <p>Evitar de alcohol ya que ninguna enfermedad debe ser tratada en su combinación por la interacción farmacológica y por ende el riesgo de intoxicación es alto.</p>
<p>AMBIENTE</p>	<p>Orientar acerca del afrontamiento al cambio; esto reduce el riesgo de suicidio ante las crisis que se puedan presentar.</p>

<p>(Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)</p>	<p>Participar y comprometerse a la interacción social, ya que se considera como factor protector el pertenecer a grupos donde se compartan experiencias sociales o personales y que estos tengan objetivos de crecimiento claros y motivadores.</p> <p>Saber cómo manejar el estrés ofreciendo estrategias para ella, desde técnicas de relajación, meditación, hasta programas como mindfulness que ayuda a controlar el estrés.</p>
<p>RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE (Prácticas recreativas saludables)</p>	<p>Buscar actividades de ejercicio físico de baja intensidad de manera inicial para ir acostumbrado al cuerpo y crear rutinas que se conviertan en hábitos.</p> <p>Buscar grupos de relajación; orientar que pueden ser desde casa por medio del internet, o cercanos al hogar.</p> <p>Caminar por 20 minutos diarios; ya que se considera como la primera barrera a romper del sedentarismo, y cuyos beneficios son enormes tanto físicos como mentalmente.</p>
<p>MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO</p>	<p>Tener conocimiento del beneficio de su medicamento, y de su uso, dosis, horarios, tipo de alimentos permitidos o contraindicados para que no perjudiquen la interacción farmacológica.</p> <p>Además de asistir a terapia psicológica, es importante recalcar que la medicación por sí sola no hará mayor efecto que cuando esta es acompañada de intervención psicológica con un terapeuta profesional. Ambos profesionales pondrán énfasis en trabajar con el paciente principalmente en las áreas que motivaron la presencia de su padecimiento.</p>
<p>ESPIRITUALIDAD (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)</p>	<p>Redes sociales seguras que eviten desestabilizar al paciente, sino aquellas que generen crecimiento personal y desarrollo de habilidades sociales y motiven su autoestima.</p> <p>Grupos de apoyo confiables en redes sociales, orientar a personajes líderes en salud mental y espiritual que le permitan a la paciente adherirse y participar cuya respuesta le genere motivación y seguridad en sí misma.</p>

VIII CONCLUSIONES

Como reflejan las estadísticas, las enfermedades mentales forman parte de un gran porcentaje presente en la población a nivel mundial. Lo que convierte en un reto para los profesionales de la salud adquirir los conocimientos y habilidades prácticas de abordaje suficientes que permitan generar estrategias de cuidado individualizadas que respondan a la necesidad de atención que demandan estos pacientes.

Podremos implementar planes de alta individualizados para pacientes con depresión mayor. La depresión se puede controlar, el suicidio se puede prevenir. Sin embargo, a pesar de ser una enfermedad común, como advierte la Organización Mundial de la Salud, solo unas pocas personas con depresión reciben tratamiento.

La participación del profesional de enfermería en las demandas de atención en pacientes con enfermedad mental es cada día más desafiante, debido a que estamos en una sociedad en constante evolución, con grandes desafíos en la atención de la salud, en donde existen contrastes tan diferentes, y donde sobresalen creencias erróneas cargadas de estigmas.

Por lo que se requiere activa participación del profesional de la salud para sensibilizarse y ejecutar intervenciones que le lleven a educar en salud mental a la población en general para a su vez sensibilizar a las personas y que funjan en un futuro como protectores de los derechos humanos y dignidad de la persona con este tipo de afecciones.

En específico en relación con la atención a la mujer con depresión, es indispensable dejar de lado la perspectiva personal, creencias erróneas y evitar realizar juicios precipitados en contra de la mujer o personas con padecimientos mentales, se debe mantener en todo momento de la atención una postura de profesionalismo, crear un ambiente de seguridad y confianza para que se sientan libres de acceder a un servicio de manejo de la depresión, realizar la atención con empatía y tratar de reconfortar los sentimientos ambivalentes que la mujer pueda presentar, ofrecer tratamiento de forma individualizada fomentando su participación activa.

Recordar que es fundamental el derecho que otorga la constitución de los estados unidos mexicanos en su artículo 4° el derecho a la salud.

Es por ello que se resulta fundamental seguir trabajando de manera ardua desde la formación del alumnado de enfermería fomentando la capacitación continua y la documentación de casos reales que permitan deslumbrar las ventajas, desventajas, amenazas, necesidades, áreas de oportunidad, y las deficiencias que se presentan en torno a la atención de los pacientes psiquiátricos.

Para terminar, la oportunidad que ofrece este trabajo es el despertar la conciencia por la necesidad de especializarse pues de otra manera no se es congruente con la atención holística que se nos enseña en las aulas de la licenciatura.

IX BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre Baztán, Á. (17 de julio de 2021). *Antropología de la depresión. Revista Mal Estar e Subjetividade* 2008. Obtenido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000300002&lng=pt&tlng=es
2. Arteaga Henao, M. V. (2016). *Universidad de Antioquia*. Recuperado el 08 de 09 de 2021, de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61962>
3. Barrera, S. R., & Reyes Gomez, E. (2003). *Fundamentos de Enfermería* (3° edición ed.). Bogota, Colombia: Manual Moderno.
4. Beatriz Adriana Díaz Villa, C. G. (2012,11). *Actualidades en neurobiología de la depresión*. Rev Latinoam Psiquiatría. Recuperado el 2021 de 08 de 23, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123i.pdf>
5. Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM & Wagner CM. . (2014). *Clasificación d intervenciones de enfermería (nic)*. España: el sevier.
6. C.Towsend, M. (2011). *Libro de Fundamentos de Psiquitria*. (c. Edición, Ed.) España: educando.
7. Cristina, B. (29 de 07 de 2021). *Trastorno depresivo mayor o depresión*. Obtenido de <https://psicologosalamancablanca.com/trastorno-depresivo-mayor/>
8. *Cuidado real de enfermería* . (2 de agosto de 2021). Obtenido de <https://www.enfermeriadeciudadreal.com/actualizacion-e-intervencion-de-enfermeria-en-el-estrenimiento-del-anciano-661.htm>
9. Cutcliffe, J., mckenna, H., & Hyrkas, K. (2011). *Modelos de Enfermería. Aplicación a la práctica*. Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
10. Depresion. (17 de julio de 2021). *Instituto Naciona de la Salud Nacional*. Obtenido de http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/depresion_esp.pdf
11. DSM-5. (OCTUBRE 18). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales quinta edición*. American Psychiatric Publishing, 800 Maine Ave. SW, Suite 900, Washington, DC: a Asociación Americana de Psiquiatría, <https://psychiatryonline.org>. Obtenido de https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_octubre2018_es.pdf

12. Enfermería, E. P. (14 de 09 de 2021). Obtenido de <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>
13. Española, d. R. (octubre de 2014). *Rea*. Obtenido de <https://dle.rae.es/melancol%C3%ada>
14. *Etapas del PAE*. (16 de 08 de 2021). Obtenido de <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/etapas.html>
15. Eugenia, C. V., & Guarnizo, M. (11 de Septiembre de 2021). *Enfermería disciplinaria*. Obtenido de academia edu.: https://www.academia.edu/31702346/Enfermer%C3%ada_como_disciplina
16. Guirao- Goris, J. A., Camaño Puig, R. E., & Cuesta Zambrana, A. (s.f.). *Diagnosticos de Enfermería*. (edvm, Ed.) Recuperado el 18 de 09 de 2021, de <https://www.uv.es/joguigo/materiales-dominio-profesional/l libre.pdf>
17. Hamilton. (24 de julio de 2021). *Instrumentos de evaluación para los trastornos depresivos*. Obtenido de Escala de depresion : https://salme.jalisco.gob.mx/sites/salme.jalisco.gob.mx/files/escala_6.1.1.pdf
18. Hernández, L. E. (2002). *Revista de enfermería mexicana cardiología* . Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en022d.pdf>
19. L. Lorente, M. D. (14 de 09 de 2021). *Introducción a la Exploración Clínica* . Obtenido de <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-54484/11%20Exploraci%C3%b3n%20Resumida.pdf>
20. M Bulecchek, g., k.butcher, h., & M.Dochertman , j. (s.f.). *Clasificación de intervenciones noc*.
21. Marriner Tomey, A. &. (199). *Modelos y teorías en enfermería* (9ª edición ed.). Madrid: Elsevier. Recuperado el 10
22. Marriner Tomey, A. &. (199). *Modelos y teorías en enfermería*. (2018, Ed.) Madrid : Elsevier. Recuperado el 2021 de agosto de 10
23. Martínez Martín, M. L., & Chamorro Rebollo, E. (24 abril 2017). *Historia de la Enfermería* (3ª edición ed.). Madrid España: Elsevier.
24. Mendoza, E. (2002). *El arte de la ciencia de cuidado*. Bogota. Colombia: Grupo Cuidado .
25. *Modelo de Sistemas*. (27 de 08 de 2021). Obtenido de <http://www.nursite.com.ar/teoricos/neuman/neuman.htm>
26. *Modelos y teorías en enfermería* (9ª edición ed.). (199). Elsevier. Recuperado el 10
27. Montes, c. (24 de julio de 2021). *La Depresión y su Etiología: Una Patología Compleja*. Obtenido de https://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_1703.pdf

28. Moorhead , sanson, e., & jonsson, m. (2014). *Clasificacio de resultados de enfermeria noc*. Barcelona españa: elservier.
29. MSD. (18 de julio de 2021). *Manual MSD*. Obtenido de Version para Profesionales: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>
30. NIVEL, A. (2021). LOS DIEZ PAISES CON DEPRESION . *ALTO NIVEL* , <https://www.altonivel.com.mx/empresas/negocios/11894-los-10-paises-con-mayor-depresion-en-el-mundo/>.
31. OMS. (Julio de 2021). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www3.paho.org/hq/index.php?Option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es
32. Oms. (Julio de 2021). *Organizacion Mundial de la Salud* . Obtenido de https://www3.paho.org/hq/index.php?Option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es
33. ONU. (14 de 08 de 2021). *Organizacion de Naciones Unidades*. Obtenido de <https://news.un.org/es/story/2020/12/1485362>
34. Pablo Young, H. A. (7 de septiembre de 2021). *Florence Nightingale y la Enfermería en el Hospital Británico*. Obtenido de <https://sacp.org.ar/revista/14-numeros-antteriores/volumen-25-numero-1/70-florence-nightingale-y-la-enfermeria-en-el-hospital-britanico>
35. PCE. (17 de julio de 2021). *Proceso Cuidado Enferero* . Obtenido de <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>
36. Pinto Afanador, N. (2021). *El cuidado como objeto del conocimiento de enfermeria*.
37. Ponti, L. (10 de marzo 2016). *La enfermeria y su rol en la Educacion para la salud*. UAI.TESEO.
38. Potosi, S. D. (2021 de septiembre de 2021). *Pide salud a la poblacion de atender de manera oportuna la depresion* . Obtenido de <https://slp.gob.mx/ssalud/Paginas/Noticias/2020/Pide-Salud-a-la-poblacion-atender-de-manera-oportuna-la-depresion.aspx>
39. Potter, P. A. (2015). *Fundamentos de Enfermeria* (8ª edicion ed.). España, Barcelona: Elsevier. Recuperado el 13 de Septiembre de 2021
40. Psicologicos, p. E. (Rev. Mal-Estar Subj. V.8 n.3 Fortaleza set. 2008). *Scientific Electronic Library Online (scielo)* -. Obtenido de Revista Mal Estar e Subjetividade: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?Lng=pt>

41. Raile Alligood, M., & Tomey, A. M. (2018). *Modelos y Teorías en Enfermería* (9^o edición ed.). Madrid: Elsevier.
42. REA. (octubre de 2014). Obtenido de Real academia española : <https://dle.rae.es/melancol%C3%ada>
43. Reyes Gomez , E. (2009). *Fundamentos de enfermería* (39 ed.). Bogota, Colombia: Manual Moderna.
44. S, S. D. (s.f.). Obtenido de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/algoritmo_depresion.pdf
45. Salud, S. D. (19 de 03 de 2019). *Algoritmo de Atencion Clinica*. Recuperado el 29 de 08 de 2021, de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/algoritmo_depresion.pdf
46. Salud, S. D. (2020). *Panorama Epidemiologia de Enfermeades No Trasmitibles*. Secretaria de salud, salubridad. Mexico: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Recuperado el 10 de Septiembre de 2021, de https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/pano-OMENT/panoepid_ENT2020.pdf
47. Salud, s. D. (18 de 09 de 2021). *Metodología del proceso de enfermería para el cuidado estandarizado*. Obtenido de <https://www.ssaver.gob.mx/enfermeria/files/2016/10/TEMA-III-METODOLOG%C3%8DA-DEL-PROCESO-DE-ENFERMER%C3%8DA-DIAGNOSTICO.pdf>
48. SALUD, S. D. (2021). *PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN MÉXICO*. MEXICO : Dirección General de Epidemiología www.gob.mx/salud.
49. SEN. (24 de JULIO de 2021). *Circulacion del hipocampo* . Obtenido de Escala de depresión de Hamilton: <https://www.hipocampo.org/hamilton.asp>
50. Sequeira Cordero Andrey, F. T. (Noviembre - Diciembre de 2019). Neurobiología de la depresión. *Revesita Mexicana de Neurociencia*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2009/rmn096j.pdf>
51. SOCIAL, M. D. (2009). *GPC Manejo de pacientes con Insomio en Atencion Primaria*. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL.
52. *Tendencias y modelos mas utilizados en el cuidado de enfermeria*. (09 de 2015). Obtenido de <https://m.exam-10.com/medicina/23180/index.html?Page=4>
53. *Tendencias y modelos mas utilizados en el cuidado de enfermeria*. (14 de 09 de 2021). Obtenido de <https://m.exam-10.com/medicina/23180/index.html>
54. *Teo*. (1 de June 2013 de 2013). Obtenido de Universidad de Tennessee. Health Science Library & Biocommunications Center: <http://teoriasenenfermeria.blogspot.com/>

55. Tortora, G. J. (2010). *PRINCIPIOS DE ANATOMIA Y FISIOLOGIA*. BUENOS AIRES: MEDICA PANAMERICANA.
56. Zabalegui Yárnoz, A. (13 de septiembre de 2021). El Rol del Profesional de Enfermería. *Scielo*, 3(Arquichan). Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v3n1/v3n1a04.pdf>

X GLOSARIO DE TERMINOS

A

ANHEDONIA

Es un término que expresa la incapacidad de disfrutar de las cosas agradables de la vida y de experimentar placer, tanto en el aspecto físico, como psicológico o social.

ANSIEDAD

centrada en el paciente. Supone un cambio cultural significativo, añadiendo a la evidencia y la eficiencia, la consideración de la efectividad y la autonomía del paciente respecto a sus preferencias, como factores determinantes de la toma de decisiones.

ATENCIÓN

centrada en el paciente. Supone un cambio cultural significativo, añadiendo a la evidencia y la eficiencia, la consideración de la efectividad y la autonomía del paciente respecto a sus preferencias, como factores determinantes de la toma de decisiones.

AUTOESTIMA

En resumen, es la precepción evolutiva de nosotros mismos.el amor propio.

C

CIE-10

Es un sistema de clasificación de todas las enfermedades.

D

DEPRESIÓN.

Es un conjunto de signos y síntomas caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.

DIETA.

Conjunto de alimentos y platillos que se consumen cada día, y constituye la unidad de la alimentación.

DISTÍMICO

El término distimia proviene del griego “dys” y “thymós”, que significan “anormal” y “humor” respectivamente. Que afecta la percepción que tiene la persona sobre sí misma y el entorno que la rodea.

DSM-5.

Es un Manual Diagnóstico y Estadístico estandarizado que detalla y clasifica los trastornos mentales para la mejoría de la diagnosis, del tratamiento, y de la investigación en el campo de la psiquiatría.

E

Es un método simple de clasificación de las heces de forma visual. El aspecto de las heces y su consistencia pueden aportar una valiosa información a la hora de diagnosticar un cuadro de estreñimiento y valorar los tiempos de tránsito intestinal.

ESCALA DE BARTHEL

La escala BVD/Barthel permite determinar el grado de dependencia de una persona o la necesidad de ayuda para realizar diez acciones básicas diarias, desde comer, a asearse, ir al baño, moverse, vestirse, etc. Cada una de estas acciones se evalúa con una puntuación de 10, 5 ó 0, en función del grado de ayuda que necesite (ninguna, alguna o todo.)

ESCALA HAMILTON

Escala diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión.

ESCALA -INVENTARIO- DE BECK.

La Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse.

ETIOLOGIA

Estudio sobre las causas de las cosas. Parte de la medicina que estudia el origen o las causas de las enfermedades. "en un momento de su vida, Pasteur decidió consagrar íntegramente su actividad al estudio de la etiología de las enfermedades contagiosas del hombre.

G

GPC

Guía de Práctica Clínica es un conjunto de recomendaciones dirigidas a optimizar la atención a los pacientes y que se basan en la revisión sistemática de la evidencia y la valoración de los beneficios y los riesgos de las opciones asistenciales alternativas. Guía de Práctica Clínica es un conjunto de recomendaciones dirigidas a optimizar la atención a los pacientes y que se basan en la revisión sistemática de la evidencia y la valoración de los beneficios y los riesgos de las opciones asistenciales alternativas.

H

HACEDORA.

Que hace o ejecuta algo.

I

IMC

El índice de masa corporal (IMC) es un número que se calcula con base en el peso y la estatura de la persona. Para la mayoría de las personas, es un indicador confiable de

la gordura y se usa para identificar las categorías de peso que pueden llevar a problemas de salud.

INSOMNIO. Dificultad para conciliar y para mantener Insomnio el sueño o despertar precoz. Se manifiesta por la perturbación de la calidad o de la cantidad de sueño con repercusiones sobre la actividad diurna.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales esta legalmente autorizado a realizar de acuerdo a su formación académica y experiencia personal.

M

MEDIDAS DE HIGIENE DEL SUEÑO

Son sugerencias encaminadas a modificar situaciones identificadas como coadyuvantes en el insomnio. Como, por ejemplo, se suele recomendar despertarse todos los días a la misma hora, no irse a la cama a dormir si no se tiene sueño, evitar actividades estimulantes que inhiban la somnolencia, mantener condiciones cómodas para dormir, etc.

MENARCA.

es el término médico de la primera menstruación en una mujer, es decir la primera ovulación que se presenta cuando, biológicamente.

N

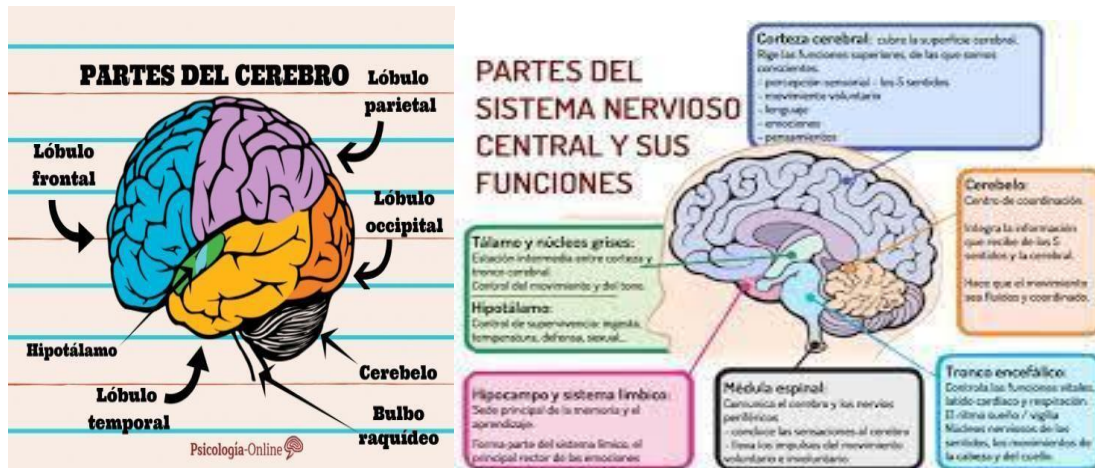
NANDA

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) define los diagnósticos de enfermería como,juicio clínico sobre un problema de salud actual o potencial, de forma individual, familiar o comunitaria, que facilitan la elección de intervenciones y objetivos de enfermería, que la enfermera está capacitada para realizar.

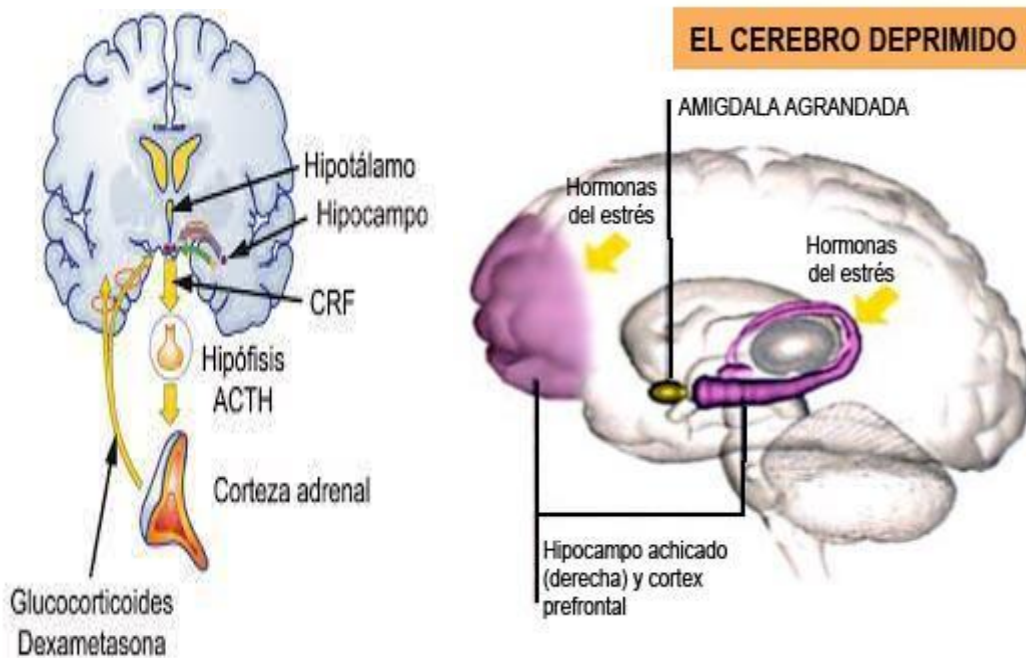
T

Taxonomía Es un término que expresa la incapacidad de disfrutar de las cosas agradables de la vida y de experimentar placer, tanto en el aspecto físico, como psicológico o social.

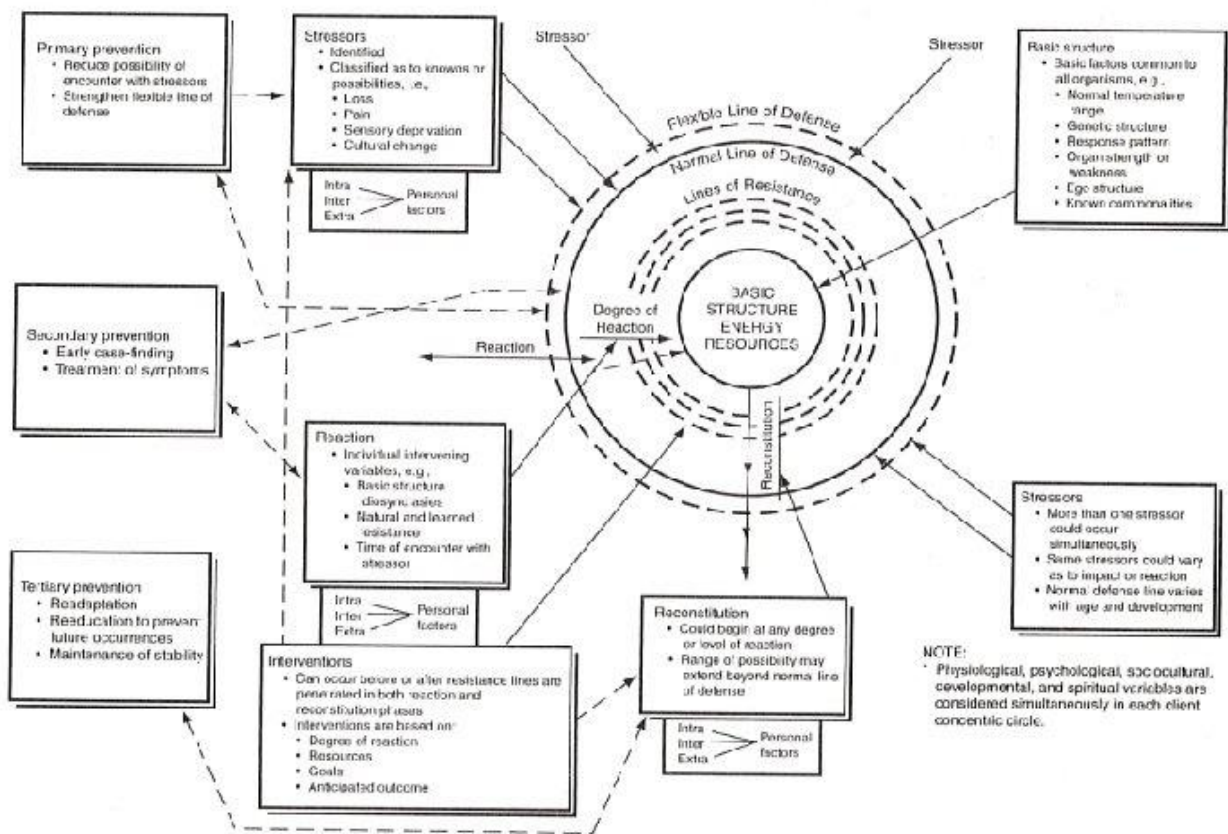
XI ANEXO IMÁGENES



ANEXO IMAGEN 1 PARTES DEL CEREBRO



ANEXO 2. IMAGEN FUNCIONES DEL CEREBRO DEPRIMIDO



ANEXO 4. MODELOS DE SISTEMAS

Citalopram	20 mg cada 24 h, incrementar hasta 40 mg/día
Escitalopram	10 mg cada 24 h, incrementar hasta 20 mg/día
Fluoxetina	20 mg cada 24 h (por la mañana), incrementar hasta 60 mg/día no se recomienda indicar como primera elección en adulto mayores de 65 años
Paroxetina	20 mg cada 24 h (por la mañana) incrementar hasta 60 mg/día
Sertralina	50 mg cada 24 h (por la mañana o por la noche), incrementar hasta 200 mg/día

ANEXO 5. TABLA DE MEDICAMENTOS

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como: <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) <ol style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) <ol style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

ANEXO 6. ESCALA DE HAMILTON

1. <i>Deseo de vivir</i> 0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno
2. <i>Deseo de morir</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
3. <i>Razones para vivir/morir</i> 0. Porque seguir viviendo vale más que morir 1. Aproximadamente iguales 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. <i>Deseo de intentar activamente el suicidio</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
5. <i>Deseos pasivos de suicidio</i> 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. <i>Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</i> 0. Breve, periodos pasajeros 1. Por amplios periodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. <i>Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</i> 0. Raro, ocasional 1. Intermitente 2. Persistente o continuo
8. <i>Actitud hacia la ideación/deseo</i> 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación
9. <i>Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out</i> 0. Tiene sentido del control 1. Inseguro 2. No tiene sentido del control
10. <i>Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)</i> 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. <i>Razones para el intento contemplado</i> 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. <i>Método (especificidad/planificación del intento contemplado)</i> 0. No considerado 1. Considerado, pero detalles no calculados 2. Detalles calculados/bien formulados
13. <i>Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</i> 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa 2. Método y oportunidad accesibles 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto
14. <i>Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento</i> 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente 1. Inseguridad sobre su valor 2. Seguro de su valor, capacidad
15. <i>Expectativas/espera del intento actual</i> 0. No 1. Incierto 2. Si
16. <i>Preparación actual para el intento contemplado</i> 0. Ninguna 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.) 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
17. <i>Nota suicida</i> 0. Ninguna 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada 2. Nota terminada
18. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)</i> 0. Ninguno 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
19. <i>Engaño/encubrimiento del intento contemplado</i> 0. Reveló las ideas abiertamente 1. Frenó lo que estaba expresando 2. Intentó engañar, ocultar, mentir